CÁMARA DE DIPUTADOS
ÁREA DE TRÁMITE DOCUMENTARIO
RECIBIDO
PROPOSICIÓN LEGISLATIVA
00701-2026-2031-CD
RU 53303-CD
28 OCTUBRE 2026 04:13 p. m.
FIRMADO DIGITALMENTE: EBOHORQUEZ

PROPOSICIÓN LEGISLATIVA QUE MODIFICA LA LEY 30947, LEY DE SALUD MENTAL, PARA FORTALECER LAS GARANTÍAS FRENTE AL INTERNAMIENTO Y LA HOSPITALIZACIÓN SIN CONSENTIMIENTO, LA DETECCIÓN TEMPRANA DEL RIESGO SUICIDA Y LA TRANSPARENCIA Y FISCALIZACIÓN DE RESULTADOS

Los diputados integrantes del Grupo Parlamentario **FUERZA POPULAR** y a iniciativa de la diputada **MARÍA LUISA SILUPU INGA**, en ejercicio de la atribución que les confiere el artículo 107 de la Constitución Política del Perú y los artículos 98 y 107 del Reglamento de la Cámara de Diputados, presentan la siguiente proposición legislativa:

FÓRMULA LEGAL

LEY QUE MODIFICA LA LEY 30947, LEY DE SALUD MENTAL, PARA FORTALECER LAS GARANTÍAS FRENTE AL INTERNAMIENTO Y LA HOSPITALIZACIÓN SIN CONSENTIMIENTO, LA DETECCIÓN TEMPRANA DEL RIESGO SUICIDA Y LA TRANSPARENCIA Y FISCALIZACIÓN DE RESULTADOS

Artículo 1. Objeto de la ley

La presente ley tiene por objeto modificar la Ley 30947, Ley de Salud Mental, a fin de precisar las garantías del consentimiento informado y del internamiento sin consentimiento, fortalecer la detección temprana en los servicios públicos de salud y el seguimiento posterior al intento de suicidio, y establecer indicadores de resultado y disposiciones de implementación progresiva, transparencia y fiscalización sobre su cumplimiento.

Artículo 2. Finalidad

2.1. La presente ley tiene por finalidad fortalecer la protección de los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud mental mediante garantías frente al internamiento y la hospitalización sin consentimiento, mecanismos de detección temprana y seguimiento, así como instrumentos de transparencia, evaluación y fiscalización de resultados.

2.2. Las garantías previstas en los artículos 27-A, 27-B, 27-C, 28-A y 43-A de la Ley 30947 son exigibles a los establecimientos de salud públicos, privados y mixtos, según corresponda.

2.3. Las obligaciones a cargo de las entidades públicas se implementan progresivamente, en el marco de sus competencias, con cargo a sus presupuestos institucionales, conforme a la disponibilidad presupuestaria y sin demandar recursos adicionales al Tesoro Público.

Artículo 3. Modificación de los artículos 5, 9, 25 y 29 de la Ley 30947, Ley de Salud Mental

Se modifican el numeral 3 del artículo 5, los numerales 19 y 20 del artículo 9, el artículo 25, modificado por la Ley 32575, y el numeral 2 del artículo 29 de la Ley 30947, Ley de Salud Mental, en los siguientes términos:

«Artículo 5. Definiciones

Para efectos de la presente ley, se entiende por:

[…]

3. Internamiento. Proceso por el cual el paciente en una situación de emergencia psiquiátrica es ingresado a un establecimiento de salud para recibir atención inmediata y específica por un periodo no mayor de doce horas, improrrogable. Vencido dicho plazo, la permanencia de la persona solo puede continuar bajo la figura de la hospitalización, previa decisión médica motivada y registrada en la historia clínica. El reglamento de la presente ley establece las condiciones de las emergencias psiquiátricas.

[…]»

«Artículo 9. Derechos en el ámbito de los servicios de salud mental

[…]

19. No recibir ningún método anticonceptivo, incluida la anticoncepción quirúrgica, sin su consentimiento informado, previo, libre y expreso. Dicho consentimiento se recaba en un momento en que la persona no se encuentre en situación de crisis por el problema de salud mental diagnosticado. La situación de crisis no habilita, en ningún caso, a que el establecimiento de salud o el personal de salud administre dichos métodos sin consentimiento ni sustituya la voluntad de la persona.

20. Tener acceso a servicios de anticoncepción y de salud sexual y reproductiva, independientemente de su diagnóstico clínico, incluidos los trastornos del desarrollo intelectual, y contar con los apoyos y salvaguardias necesarios para el ejercicio de su capacidad jurídica, conforme al Decreto Legislativo 1384, Decreto Legislativo que reconoce y regula la capacidad jurídica de las personas con discapacidad en igualdad de condiciones.»

«Artículo 25. Competencia para el diagnóstico

[…]

El Ministerio de Salud aprueba, mediante norma técnica, los criterios objetivos de complejidad a que se refiere el párrafo precedente, así como las rutas de referencia, contrarreferencia e interconsulta. La norma técnica establece los supuestos, condiciones y mecanismos de interconsulta con médico psiquiatra, priorizando los casos de trastorno mental grave, primer episodio psicótico, riesgo suicida e indicación de hospitalización. La interconsulta puede realizarse mediante telesalud, conforme a la normativa vigente.»

«Artículo 29. La hospitalización por mandato judicial

[…]

2. En caso de que la evaluación psiquiátrica diagnosticase problemas de salud mental que requieran la hospitalización en un establecimiento de salud, el juez penal puede disponer una medida de seguridad de hospitalización, previa audiencia con presencia del Ministerio Público y del abogado defensor, la que se lleva a cabo en un plazo no mayor de cuarenta y ocho horas de recibida la evaluación psiquiátrica. La duración de la medida es fijada por el juez mediante resolución motivada y no puede exceder del tiempo que considere necesario la junta médica ni del tiempo de duración de la pena que hubiera correspondido por

el hecho punible, conforme al artículo 75 del Código Penal, aplicándose el plazo que resulte menor.»

Artículo 4. Incorporación de disposiciones a la Ley 30947, Ley de Salud Mental

Se incorporan el numeral 11 al artículo 5, el numeral 25 al artículo 9 y los artículos 14-A, 17-A, 27-A, 27-B, 27-C, 28-A y 43-A a la Ley 30947, Ley de Salud Mental, en los siguientes términos:

«Artículo 5. Definiciones

[…]

11. Emergencia psiquiátrica. Condición repentina e inesperada, asociada a un problema de salud mental, que requiere atención inmediata por poner en peligro inminente la vida o la salud de la persona, o por poder dejarle secuelas invalidantes. La emergencia psiquiátrica es una condición clínica actual y transitoria; ningún diagnóstico, por sí solo, configura una emergencia psiquiátrica ni permite presumirla.»

«Artículo 9. Derechos en el ámbito de los servicios de salud mental

[…]

25. No ser internado ni hospitalizado sin su consentimiento informado, libre y expreso, salvo en los supuestos y con las garantías previstas en los artículos 27-A y 27-B. Este derecho no limita el ejercicio de las acciones de garantía que correspondan.»

«Artículo 14-A. Transparencia, indicadores de resultado y fiscalización en salud mental

14-A.1. El Ministerio de Salud pública de manera permanente, gratuita, en formato de datos abiertos y con actualización no menor a trimestral, los indicadores previstos en el numeral 14-A.2, la ejecución presupuestal de los programas presupuestales vinculados a la salud mental, los planes e instrumentos de implementación progresiva aprobados por el sector y su grado de avance, y la red de servicios en funcionamiento.

14-A.2. El Ministerio de Salud aprueba y mantiene actualizado un conjunto mínimo de indicadores de resultado en salud mental, que comprende la cobertura efectiva de atención, la continuidad de cuidados tras el alta hospitalaria, la tasa de reingreso hospitalario, el seguimiento posterior al intento de suicidio previsto en el artículo 43-A y la mortalidad por suicidio. Los indicadores de producción, de personas atendidas o de atenciones realizadas no sustituyen a los indicadores de resultado.

14-A.3. Los indicadores se desagregan por departamento y se publican con la periodicidad prevista en el numeral 14-A.1. Su medición se sustenta en los registros administrativos y sistemas de información existentes.

14-A.4. La publicación se realiza sobre las plataformas informáticas existentes del Ministerio de Salud. Su incumplimiento genera responsabilidad funcional conforme al Texto Único Ordenado de la Ley 27806, Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública.

14-A.5. Los informes de supervisión y fiscalización que emita la Superintendencia Nacional de Salud sobre el cumplimiento de las disposiciones de la presente ley, en el marco de las competencias que le reconoce el Decreto Legislativo 1158, son públicos, se publican conforme al numeral 14-A.1 y se

remiten anualmente a la Comisión de Salud y Población del Congreso de la República.»

«Artículo 17-A. Detección temprana

17-A.1. Los establecimientos de salud del primer nivel de atención realizan acciones de detección temprana de problemas de salud mental, priorizando la depresión, el riesgo suicida, el consumo de alcohol y otras drogas, y la violencia. Los instrumentos de tamizaje, su cobertura y su despliegue se establecen por el Ministerio de Salud mediante norma técnica.

17-A.2. Los instrumentos de tamizaje solo se aplican donde se encuentre asegurada la ruta de atención, derivación y seguimiento que apruebe el Ministerio de Salud, de modo que todo caso detectado cuente con tratamiento y seguimiento oportunos.

17-A.3. La detección temprana se implementa de manera progresiva, conforme a la capacidad de respuesta de la red de servicios de salud mental y a la disponibilidad presupuestaria de las entidades competentes, con cargo a sus presupuestos institucionales y sin demandar recursos adicionales al Tesoro Público.»

«Artículo 27-A. Internamiento y hospitalización sin consentimiento: procedencia

27-A.1. El internamiento y la hospitalización sin el consentimiento de la persona son medidas excepcionales y de último recurso. Su procedencia, al momento del ingreso, requiere que concurran, de manera conjunta:

a) La existencia de una emergencia psiquiátrica debidamente diagnosticada.

b) Un riesgo inminente para la vida o la integridad de la persona o de terceros.

c) La inexistencia de una alternativa terapéutica menos restrictiva.

d) La imposibilidad material de obtener el consentimiento informado en ese momento.

27-A.2. El ingreso requiere informe médico escrito y motivado que acredite la concurrencia de las cuatro condiciones señaladas, registrado en la historia clínica al momento del ingreso.

27-A.3. Dentro de las veinticuatro horas siguientes al ingreso, el establecimiento de salud lo comunica al Ministerio Público y a la persona de apoyo o al familiar que la persona hubiera designado.

27-A.4. El Ministerio Público verifica de oficio la concurrencia de las condiciones del ingreso, puede entrevistarse con la persona y puede solicitar la revisión judicial de la medida.

27-A.5. En ningún caso procede el internamiento o la hospitalización sin consentimiento por las siguientes razones:

a) La discapacidad o el diagnóstico de la persona.

b) Las conductas socialmente disruptivas que no supongan riesgo inminente.

c) El consumo de sustancias psicoactivas en ausencia de emergencia psiquiátrica.

d) La situación de abandono o de desprotección de la persona, que se atiende conforme a los artículos 30 y 31.»

«<u>Artículo 27-B.</u> Permanencia, revisión y cese

27-B.1. La permanencia de la persona hospitalizada sin su consentimiento requiere que subsistan el riesgo inminente para la vida o la integridad de la persona o de terceros y la inexistencia de una alternativa terapéutica menos restrictiva. No es exigible que subsista la emergencia psiquiátrica que motivó el ingreso.

27-B.2. La junta médica psiquiátrica del establecimiento reevalúa la permanencia cada siete días calendario, mediante informe motivado registrado en la historia clínica que verifica la subsistencia de las condiciones previstas en el numeral 27-B.1.

27-B.3. La permanencia de la hospitalización sin consentimiento por más de treinta días calendario está sujeta a control judicial. El establecimiento de salud solicita la correspondiente autorización al órgano jurisdiccional competente, conforme a las normas procesales aplicables. La persona hospitalizada tiene derecho a contar con asistencia legal durante el procedimiento y, cuando corresponda, con defensa pública conforme a la legislación vigente.

27-B.4. La persona, su persona de apoyo o su familiar pueden solicitar la revisión judicial de la medida en cualquier momento, sin necesidad de que hayan transcurrido los plazos previstos en los numerales 27-B.2 y 27-B.3.

27-B.5. La medida cesa de inmediato cuando desaparece cualquiera de las condiciones previstas en el numeral 27-B.1 o cuando se deniega la autorización judicial.

27-B.6. Lo dispuesto en los artículos 27-A y 27-B no es aplicable a la hospitalización dispuesta por mandato judicial, que se rige por el artículo 29. Las medidas adoptadas se registran en la historia clínica y se reportan al Ministerio de Salud conforme al reglamento, para su publicación en términos agregados conforme al artículo 14-A.»

«<u>Artículo 27-C.</u> Voluntades anticipadas en salud mental

27-C.1. Toda persona puede expresar por escrito, en cualquier momento en que no se encuentre en situación de crisis, sus preferencias respecto de las intervenciones y tratamientos de salud mental que desea o no recibir, y designar a la persona de apoyo que la asista conforme al Decreto Legislativo 1384. El documento se suscribe ante el establecimiento de salud en el que la persona se atiende y se incorpora a su historia clínica, sin más formalidad ni registro adicional.

27-C.2. El documento puede ser modificado o dejado sin efecto por la persona en cualquier momento, con la misma formalidad.

27-C.3. El personal de salud consulta la historia clínica y observa las voluntades anticipadas registradas. El apartamiento de ellas solo procede cuando su cumplimiento genere un riesgo inminente para la vida o la integridad de la persona o de terceros, y requiere informe médico escrito y motivado registrado en la historia clínica.

27-C.4. La existencia o inexistencia de voluntades anticipadas no condiciona el acceso a la atención ni sustituye el consentimiento informado.»

«<u>Artículo 28-A.</u> Contención física o mecánica y aislamiento

28-A.1. La contención física o mecánica y el aislamiento son medidas excepcionales y de último recurso. Solo proceden ante un riesgo inminente para la vida o la integridad de la persona o de terceros, cuando hayan resultado

insuficientes las medidas menos restrictivas, y por el tiempo estrictamente necesario para que cese el riesgo.

28-A.2. Toda medida requiere indicación médica escrita y motivada, supervisión clínica y registro en la historia clínica. El reglamento y la norma técnica que apruebe el Ministerio de Salud establecen los protocolos clínicos, las condiciones de aplicación y los intervalos de reevaluación.

28-A.3. Las medidas adoptadas conforme al presente artículo se reportan al Ministerio de Salud en la forma que establezca el reglamento, para su publicación en términos agregados conforme al artículo 14-A.»

«Artículo 43-A. Seguimiento posterior al intento de suicidio

43-A.1. Todo establecimiento de salud que atienda a una persona por intento de suicidio o lesión autoinfligida registra el evento y comunica el egreso al centro de salud mental comunitaria de la jurisdicción del domicilio de la persona. Cuando la jurisdicción no cuente con dicho centro, la comunicación se dirige al establecimiento del primer nivel de atención que corresponda.

43-A.2. El establecimiento de salud competente realiza el seguimiento de la persona conforme a los criterios de riesgo, oportunidad, periodicidad y modalidad establecidos por el Ministerio de Salud mediante norma técnica. El seguimiento puede efectuarse de manera presencial, domiciliaria o mediante telesalud, según corresponda. Su implementación es progresiva, de acuerdo con la capacidad operativa y disponibilidad presupuestaria de las entidades competentes, con cargo a sus presupuestos institucionales y sin demandar recursos adicionales al Tesoro Público.

43-A.3. Ningún establecimiento de salud puede condicionar la atención por los daños derivados del intento de suicidio o de lesiones autoinfligidas al pago previo o a la suscripción de pagarés, letras de cambio o cualquier otro medio de pago o garantía.»

Artículo 5. Modificación de las disposiciones complementarias finales Primera y Séptima de la Ley 30947, Ley de Salud Mental

Se modifican el numeral 7 de la Primera Disposición Complementaria Final y la Séptima Disposición Complementaria Final de la Ley 30947, Ley de Salud Mental, en los siguientes términos:

«PRIMERA. Reforma de la atención en salud mental

[…]

7. La reorientación progresiva de los recursos de los hospitales psiquiátricos a la comunidad. Los recursos presupuestales que se liberen como consecuencia de la reducción de camas o de la reconversión de servicios en los establecimientos especializados de salud mental se reprograman, dentro del mismo pliego, a favor de los servicios previstos en la Segunda Disposición Complementaria Final, conforme a las normas del Sistema Nacional de Presupuesto Público. Dicha reprogramación no constituye creación ni incremento de gasto público.

[…]»

«SÉPTIMA. Implementación progresiva y fortalecimiento de servicios de salud mental

[…]

El informe anual comprende los indicadores de resultado previstos en el numeral 14-A.2, desagregados por departamento; los planes e instrumentos de implementación progresiva aprobados por el sector y su grado de avance; los resultados de la supervisión y fiscalización a que se refiere el numeral 14-A.5; y el avance en la reprogramación de recursos a que se refiere el numeral 7 de la Primera Disposición Complementaria Final. El informe se publica en el portal institucional del Ministerio de Salud.

[…]»

DISPOSICIONES COMPLEMENTARIAS FINALES

PRIMERA. Reglamentación y normas técnicas

El Poder Ejecutivo adecúa el Reglamento de la Ley 30947, aprobado por Decreto Supremo 007-2020-SA y modificado por el Decreto Supremo 011-2025-SA, a lo dispuesto en la presente ley, en un plazo no mayor de ciento veinte días calendario contados a partir de su publicación.

El Ministerio de Salud, en ejercicio de su rectoría sectorial, aprueba o adecúa las normas técnicas y demás disposiciones necesarias para la implementación de la presente ley, incluidas las previstas en los artículos 17-A y 43-A de la Ley 30947, dentro de los ciento ochenta días calendario siguientes a la entrada en vigor de la adecuación reglamentaria, conforme a su disponibilidad presupuestaria y sin demandar recursos adicionales al Tesoro Público.

SEGUNDA. Adecuación terminológica

Toda referencia contenida en la Ley 30947 y en sus normas reglamentarias al término «retardo mental» se entiende hecha a «trastorno del desarrollo intelectual», conforme a la Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud vigente.

TERCERA. Regla de interpretación sobre internamiento y hospitalización

Toda referencia de la Ley 30947 y de sus normas reglamentarias al internamiento por un periodo superior a doce horas se entiende hecha a la hospitalización, incluidos el numeral 5 del artículo 9 y los artículos 31 y 33 de dicha ley.

CUARTA. Financiamiento

La implementación de la presente ley se efectúa de manera progresiva, en el marco de las competencias de las entidades involucradas y conforme a su disponibilidad presupuestaria, con cargo a sus respectivos presupuestos institucionales, sin demandar recursos adicionales al Tesoro Público ni generar obligaciones de financiamiento no previstas en las leyes anuales de presupuesto del sector público.

Las disposiciones de carácter operativo se implementan conforme a la capacidad institucional y a las normas técnicas que emitan las entidades competentes.

DISPOSICIÓN COMPLEMENTARIA TRANSITORIA

ÚNICA. Régimen transitorio de las medidas en curso

Las personas que a la entrada en vigencia de la presente ley se encuentren internadas u hospitalizadas sin su consentimiento son evaluadas por la junta médica psiquiátrica del establecimiento, de manera progresiva y dentro del plazo razonable que establezca la adecuación reglamentaria prevista en la Primera Disposición Complementaria Final, priorizando las hospitalizaciones de mayor duración, a fin de determinar si subsisten las condiciones de permanencia previstas en el numeral 27-B.1 de la Ley 30947. De no subsistir, la medida cesa de inmediato y se aplica lo dispuesto en los artículos 30, 31 y 33 de dicha ley. De subsistir, los plazos previstos en los numerales 27-B.2 y 27-B.3 se computan desde la fecha de la evaluación.

La evaluación se realiza por las juntas médicas psiquiátricas en el marco de sus funciones ordinarias, sin demandar recursos adicionales al Tesoro Público.

Lima, 16 de octubre de 2026

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

I. Planteamiento del problema público

La Ley 30947, Ley de Salud Mental, publicada el 23 de mayo de 2019, estableció el marco legal para garantizar el acceso a los servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación en salud mental, sobre la base del modelo de atención comunitaria y del respeto a los derechos humanos y a la dignidad de la persona. Dicha ley fue modificada por la Ley 31627, que incorporó el Capítulo X sobre información para la prevención del suicidio, y por la Ley 32575, que modificó su artículo 25 en materia de competencia para el diagnóstico. Fue reglamentada mediante el Decreto Supremo 007-2020-SA, a su vez modificado por el Decreto Supremo 011-2025-SA.

La salud mental constituye un componente indisociable del derecho a la salud reconocido en el artículo 7 de la Constitución Política del Perú. Su protección compromete, además, el derecho a la libertad y seguridad personales reconocido en el artículo 2, el derecho a la integridad personal y el derecho al libre desarrollo de la personalidad. Tratándose de personas con discapacidad psicosocial, el estándar aplicable es el de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, incorporada al ordenamiento nacional y desarrollada internamente por el Decreto Legislativo 1384, que reconoce y regula la capacidad jurídica de las personas con discapacidad en igualdad de condiciones.

Del análisis de la Ley 30947 y de sus normas modificatorias y reglamentarias se advierte que el ordenamiento vigente reconoce con suficiencia los derechos de la persona usuaria de los servicios de salud mental —el artículo 9 enumera veinticuatro— pero adolece de un déficit estructural en los mecanismos que garantizan su cumplimiento, permiten verificarlo y sancionan su vulneración. En concreto:

a) Ausencia de un régimen legal del internamiento y la hospitalización sin consentimiento.

Fuera de la hospitalización por mandato judicial regulada en el artículo 29, el ordenamiento peruano regula el ingreso de una persona a un establecimiento de salud sin su consentimiento mediante una única cláusula: el literal d) del artículo 11 de la Ley 26842, Ley General de Salud, en la redacción dada por la Primera Disposición Complementaria Modificatoria de la Ley 30947, conforme al cual el tratamiento e internamiento se realizan con el consentimiento informado, libre y voluntario del usuario, "salvo en situaciones de emergencia". La ley no define la emergencia psiquiátrica, no fija plazo máximo, no establece requisitos de motivación, no prevé comunicación a autoridad alguna, no contempla revisión periódica ni control judicial, y no regula el cese de la medida. Se trata de una restricción de la libertad personal sin procedimiento, sin plazo y sin control.

b) Inexistencia de regulación de la contención física o mecánica y del aislamiento.

La Ley 30947 no menciona la contención física o mecánica ni el aislamiento. El artículo 9 reconoce el derecho a recibir tratamiento lo menos restrictivo posible y a no ser medicado como castigo, pero ninguna norma con rango de ley establece los supuestos de procedencia, la exigencia de indicación médica motivada, los intervalos de reevaluación ni el registro de estas medidas, pese a tratarse de las intervenciones de mayor intensidad restrictiva que se practican en los servicios de salud mental.

c) Falta de una entidad de fiscalización distinta de la obligada.

El artículo 13 de la Ley 30947 encarga al Ministerio de Salud, simultáneamente, la conducción de la política de salud mental, la definición de sus indicadores y el resguardo y supervisión permanente del respeto de los derechos de los usuarios.

La ley no articula mecanismo alguno de supervisión externa: la misma entidad obligada a implementar es la encargada de verificar su propio cumplimiento. Si bien la Superintendencia Nacional de Salud ejerce potestad de supervisión sobre las instituciones prestadoras y administradoras de fondos de aseguramiento conforme al Decreto Legislativo 1158, la Ley 30947 no la menciona ni delimita su intervención en esta materia.

d) Ausencia de indicadores de resultado y de obligaciones de transparencia verificables.

La Séptima Disposición Complementaria Final ordena aprobar un plan quinquenal e informar anualmente al Pleno del Congreso, sin precisar qué debe medirse ni prever consecuencia por incumplimiento. El numeral 7 de la Primera Disposición Complementaria Final manda reorientar progresivamente los recursos de los hospitales psiquiátricos a la comunidad, sin establecer mecanismo presupuestal alguno. El artículo 10 obliga a los seguros públicos y privados a cubrir la atención en salud mental, sin cronograma, sin metas y sin responsable identificado. En consecuencia, el país no dispone de información pública, periódica y desagregada que permita verificar si la ley se cumple.

e) Inexistencia de una ruta obligatoria de seguimiento posterior al intento de suicidio.

El intento de suicidio previo es el predictor individual más potente de un suicidio consumado. La Ley 30947 incorporó, mediante la Ley 31627, un capítulo sobre información para la prevención del suicidio centrado en el tratamiento mediático de la noticia, pero no estableció obligación alguna de contacto, derivación ni seguimiento de la persona atendida por un intento de suicidio tras el alta hospitalaria. Tampoco prohíbe con rango legal condicionar esa atención al pago previo o a la suscripción de títulos valores, pese a que el propio Seguro Social de Salud dejó sin efecto dicha práctica mediante la Resolución 350-GG-ESSALUD-2020.

El problema público, en síntesis, no es la ausencia de reconocimiento de derechos, sino la ausencia de las condiciones que los hacen exigibles: responsable identificado, plazo determinado, indicador verificable y fiscalización a cargo de una entidad distinta de la obligada.

II. Evidencia que sustenta el problema

La evidencia que sustenta la presente iniciativa es de tres órdenes: epidemiológica y económica, que acredita la magnitud del problema de salud pública; comparada, que acredita que las soluciones propuestas cuentan con precedentes consolidados en la región; y normativa y operativa, que acredita que el déficit descrito es verificable en el propio texto de las normas vigentes y que la oportunidad de corregirlo es ahora.

2.1. Magnitud del problema en el mundo

Los trastornos mentales presentan alta prevalencia, inicio temprano en el ciclo vital y baja mortalidad directa, pero generan una carga de discapacidad que los sitúa entre las principales causas de años vividos con discapacidad a nivel mundial. A ello se suma una brecha de tratamiento persistente: una proporción mayoritaria de las personas con un trastorno mental no recibe atención alguna, y la proporción se agrava en los países de ingreso medio y bajo.

Tabla 1.

Indicadores globales de salud mental

Indicador	Descripción
Personas con trastorno mental (millones)	El informe referencial de la OMS (World Mental Health Report: Transforming mental health for all) fijó la cifra de base en 970 millones de personas afectadas (1 de cada 8 a nivel global), señalando un incremento de alrededor del 25% en trastornos de ansiedad y depresión tras el inicio de la pandemia de COVID-19.
Prevalencia de depresión y ansiedad (%)	A nivel poblacional general estandarizado por edad, la OMS reporta que aproximadamente el 5% de los adultos padecen depresión (3.8% de la población total). La ansiedad se sitúa en rangos globales cercanos al 4%.
Brecha de tratamiento (%)	El Mental Health Atlas de la OMS evidencia una asimetría estructural: en países de ingresos bajos y medios-bajos, entre el 75% y más del 85% de las personas con trastornos mentales graves no reciben tratamiento adecuado; en países de altos ingresos, la brecha ronda entre el 35% y el 50%.
Tasa de mortalidad por suicidio (x 100 000)	Las estimaciones mundiales estandarizadas por edad (OMS) sitúan la media global en torno a 9 por cada 100 000 habitantes (representando más de 700 000 muertes anuales).
Gasto público en salud mental (% del gasto en salud)	Según los informes del Mental Health Atlas de la OMS, el promedio mundial de asignación gubernamental a salud mental permanece por debajo del 2% del presupuesto general de salud, descendiendo a menos del 1% en varias regiones de ingresos bajos.

Elaboración propia en base a datos de la OMS (2020, 2021, 2022).

2.2 El costo económico de la inacción

La omisión de intervenir en salud mental no es una decisión presupuestalmente neutra. La carga económica de los trastornos mentales se expresa en pérdida de productividad, ausentismo, discapacidad prematura, costos de atención de comorbilidades y mortalidad evitable. La literatura económica disponible coincide en que el costo de no intervenir excede sostenidamente el costo de la intervención, y que el escalamiento del tratamiento de la depresión y la ansiedad presenta una razón de retorno favorable.

Tabla 2.

Costo económico de los trastornos mentales

Estimación	Descripción
Pérdida económica mundial acumulada por trastornos mentales	El estudio de Harvard y el Foro Económico Mundial cuantificó el impacto económico global derivado de las enfermedades no transmisibles y condiciones de salud mental. Proyectó que entre 2011 y 2030 el costo acumulado por trastornos mentales superaría los 16 billones de dólares estadounidenses, principalmente por pérdida de productividad laboral (absentismo, presentismo y salida

	prematura de la fuerza de trabajo) y capital humano.
Costo total estimado como porcentaje del PBI	La OCDE evalúa periódicamente la carga financiera de la salud mental en economías desarrolladas. En su informe conjunto con la Comisión Europea (Health at a Glance: Europe), calculó que las patologías mentales generan un costo superior al 4.1% – 4.2% del PIB, distribuido entre costos médicos directos (1.3% del PIB), gasto en esquemas de seguridad social / pensiones de invalidez (1.2% del PIB) y costos indirectos en el mercado laboral (1.6% del PIB).
Retorno por cada dólar invertido en tratamiento de depresión y ansiedad	El modelo econométrico global liderado por Dan Chisholm (Lancet Psychiatry / OMS) evaluó 36 países de ingresos bajos, medianos y altos. Determinó que cada dólar destinado a intervenciones farmacológicas y psicosociales escaladas contra la depresión y la ansiedad genera un retorno de US$ 4 en años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) y restitución de capacidad productiva laboral.
Costo estimado del suicidio y del intento de suicidio	No existe una cifra única agregada a nivel mundial para todas las edades debido a subregistros, pero se cuenta con dos mediciones estandarizadas de referencia: • UNICEF (2021): Calculó una pérdida anual de capital humano de US$ 47 000 millones atribuible específicamente al suicidio en niños, adolescentes y jóvenes (0 a 19 años) en términos de paridad de poder adquisitivo (PPA). • Shepard et al. / CDC (2016): Estimó los costos médicos directos y la pérdida de productividad económica en EE. UU., ubicándolos entre US$ 58 400 millones (reportados) y US$ 93 500 millones (ajustados por subregistro), de los cuales más del 90% corresponde a costos indirectos por pérdida de ingresos potenciales.
Costo anual estimado para el Perú	Evaluaciones de impacto socioeconómico en el Perú (desarrolladas por gremios de análisis económico como ComexPerú a partir de metodologías de la OPS y el Banco Mundial) sitúan la pérdida anual del país en torno al 3.5% del PBI (alrededor de US$ 1 700 millones). Más del 80% de esta carga responde a pérdidas de productividad en la Población en Edad de Trabajar (PET) no atendida oportunamente.

Elaboración propia en base a Bloom et. Al (2011), Patel et. Al (2018), OCDE (2018) y COMEX (2020).

2.3 Experiencia comparada: cómo regulan la materia los ordenamientos de la región

Las soluciones que propone la presente iniciativa no constituyen construcciones inéditas. Los principales ordenamientos de la región han regulado con rango de ley el internamiento sin consentimiento, estableciendo comunicación obligatoria a una autoridad externa, plazos de revisión y control judicial o cuasi judicial.

Tabla 3.

Regulación comparada del internamiento sin consentimiento

País y norma	Garantía frente al internamiento sin consentimiento	Correspondencia con la presente iniciativa
Brasil — Ley 10.216 (2001)	La internación involuntaria debe ser comunicada al Ministerio Público en un plazo breve, tanto al inicio como al término de la medida; se prohíbe la internación en instituciones con características asilares.	Artículo 27-A.3 y 27-A.4: comunicación al Ministerio Público dentro de las veinticuatro horas y verificación de oficio.
Argentina — Ley 26.657 (2010)	Crea un Órgano de Revisión en el ámbito del Ministerio Público de la Defensa; la internación involuntaria debe notificarse al juez, que la autoriza o deniega, con plazos de revisión periódica.	Artículos 14-A y 27-B: fiscalización externa y autorización judicial de la permanencia prolongada, sin crear órgano nuevo.
Chile — Ley 21.331 (2021)	Regula el consentimiento informado, los tratamientos involuntarios y las garantías de las personas con discapacidad psíquica o intelectual.	Artículos 27-A, 27-B y 27-C: consentimiento, excepcionalidad y voluntades anticipadas.
Perú — Ley 30947 (2019)	No regula la materia. El internamiento sin consentimiento fuera del mandato judicial se ampara en una cláusula de excepción sin plazo ni control.	Vacío que la presente iniciativa corrige.

Elaboración propia.

En el plano de la organización de servicios, la experiencia internacional de reforma de la atención en salud mental muestra un desplazamiento sostenido del hospital psiquiátrico hacia dispositivos comunitarios, con reducción del número de camas de larga estancia y reasignación de los recursos liberados a servicios territoriales. Ese es precisamente el proceso que ordena el numeral 7 de la Primera Disposición Complementaria Final de la Ley 30947 y que la presente iniciativa dota de mecanismo presupuestal.

2.4 La situación en el Perú

La Ley 30947 se encuentra vigente desde mayo de 2019. A pesar de que la ley lleva más de 6 años de vigencia, no se cuentan con indicadores oficiales que midan la situación real de la salud mental en el Perú. La asociación "Origen" ha recopilado los siguientes datos, que nos pueden dar luces del estado situacional de la salud mental:

- El país solo cuenta con 294 psiquiatras en el sistema público para atender a más de 34 millones de personas.
- Al 2025, solo se contaban con 253 centros de salud mental comunitario administrados por el MINSA.
- 40% de los jóvenes peruanos entre 18 y 24 años presentan dificultades clínicas en salud mental.
- En 2024, la línea 113 opción 5 (para suicidios) atendió más de 66,000 llamadas.

La ausencia de indicadores medibles y verificables por parte del sector público impide a los decisores públicos definir cuales son las acciones adecuadas para mejorar la estrategia de implementación de la política sanitaria. Por lo tanto, es vital contar con una plataforma que unifique y transparente la situación actual, las acciones realizadas y el presupuesto destinado para cada una de ellas.

2.5 La oportunidad: expansión de servicios sin garantías previas

El Ministerio de Salud aprobó, mediante la Resolución Ministerial 686-2024/MINSA, el Plan Nacional de Fortalecimiento de Servicios de Salud Mental Comunitaria 2024-2028, y mediante la Resolución Ministerial 681-2025/MINSA, la Norma Técnica de Salud de las Unidades de Hospitalización de Salud Mental y Adicciones. El sector se encuentra, en consecuencia, expandiendo la oferta de camas de hospitalización en salud mental en hospitales generales.

Este dato invierte la valoración del problema. Mientras la capacidad de hospitalización en salud mental permanecía concentrada en un número reducido de establecimientos especializados, el silencio de la ley sobre las garantías del internamiento sin consentimiento resultaba tolerable por su limitado alcance. Desde el momento en que esa capacidad se despliega en la red de hospitales generales de todo el país, cada nueva unidad constituye un espacio donde puede practicarse una restricción de la libertad personal sin procedimiento, sin plazo, sin control externo y sin registro. Las garantías deben estar vigentes cuando los servicios se expanden, y no después del primer caso relevante.

III. Objetivos generales y específicos

Objetivo general

- Dotar de exigibilidad efectiva a los derechos ya reconocidos por la Ley 30947, mediante la identificación del responsable de cada obligación, el establecimiento de plazos y garantías, la fijación de indicadores de resultado verificables y la publicidad de la supervisión ejercida por una entidad distinta de la obligada.

Objetivos específicos

- Establecer con rango de ley las condiciones de procedencia, las garantías de revisión y las causales de cese del internamiento y la hospitalización sin consentimiento, así como el control judicial de su permanencia prolongada.
- Regular la contención física o mecánica y el aislamiento como medidas excepcionales y de último recurso, con indicación médica motivada, reevaluación periódica y registro obligatorio.
- Reconocer las voluntades anticipadas en salud mental como mecanismo de apoyo a la decisión, sin crear registros ni formalidades adicionales.
- Fortalecer la detección temprana en el primer nivel de atención, mediante instrumentos de tamizaje definidos por el Ministerio de Salud y condicionados a la existencia de una ruta de atención asegurada.
- Reconocer el seguimiento posterior al intento de suicidio, conforme a criterios de riesgo definidos por el Ministerio de Salud, y prohibir con rango legal el condicionamiento de esa atención al pago previo o a la suscripción de títulos valores.
- Establecer un conjunto mínimo de indicadores de resultado en salud mental, de publicación periódica, gratuita y desagregada por departamento, y dar

publicidad a los resultados de la supervisión que ejerce la Superintendencia Nacional de Salud conforme a sus competencias.

IV. Fundamentación de la iniciativa

La iniciativa no pretende alterar el diseño de la Ley 30947, ni su modelo de atención comunitaria, ni los derechos ya reconocidos a la persona usuaria de los servicios de salud mental. Pretende dotarlos de exigibilidad efectiva, elevando a rango legal las garantías frente al internamiento y la hospitalización sin consentimiento, la regulación de la contención y el aislamiento, el reconocimiento de las voluntades anticipadas, la ruta de seguimiento posterior al intento de suicidio y el régimen de indicadores, transparencia y fiscalización, en armonía con el Decreto Legislativo 1384 y con las competencias de la Superintendencia Nacional de Salud.

La elección del rango legal no es indiferente. Tratándose de restricciones a la libertad personal y a la integridad de la persona, el principio de reserva de ley impide que las condiciones de procedencia, los plazos y las garantías de revisión se establezcan por norma reglamentaria o por norma técnica sectorial, modificables por el propio obligado. Del mismo modo, la obligación de publicar indicadores de resultado carece de eficacia si su contenido queda librado a la decisión de la entidad cuyo desempeño se pretende medir.

Al mismo tiempo, la iniciativa distingue entre aquello que corresponde establecer por ley —derechos, garantías, excepcionalidad del internamiento, control, transparencia y obligación general de seguimiento— y aquello que corresponde definir al Ministerio de Salud en ejercicio de su rectoría sectorial: instrumentos de tamizaje, protocolos clínicos, rutas asistenciales, criterios de interconsulta, plazos y periodicidad del seguimiento y modalidades de implementación. Por ello, la propuesta remite dichos aspectos a la norma técnica y al Reglamento de la Ley 30947, aprobado por Decreto Supremo 007-2020-SA y modificado por Decreto Supremo 011-2025-SA, que es el instrumento que el Poder Ejecutivo utiliza para desarrollar este tipo de contenidos, en concordancia con la Norma Técnica de Salud 237-MINSA/DGIESP-2025, aprobada por Resolución Ministerial 681-2025/MINSA.

En materia de implementación progresiva, la iniciativa no crea nuevos cronogramas mediante ley. Opta por reforzar los instrumentos de gestión ya existentes —el plan a que se refiere la Séptima Disposición Complementaria Final de la Ley 30947 y el Plan Nacional de Fortalecimiento de Servicios de Salud Mental Comunitaria 2024-2028, aprobado por Resolución Ministerial 686-2024/MINSA—, y somete su grado de avance a obligaciones de publicación e informe periódico. De este modo se preserva la rectoría sectorial y se evita presentar como futuras obligaciones que ya se encuentran vigentes, como la cobertura prevista en el artículo 10 de la Ley 30947.

Respecto de la detección temprana, detectar casos sin asegurar su tratamiento y seguimiento no solo resulta ineficaz, sino que expone al personal de salud a incurrir en omisiones en el ejercicio de sus funciones. Por ello, el artículo 17-A condiciona la aplicación de los instrumentos de tamizaje a la existencia de una ruta de atención, derivación y seguimiento asegurada, y vincula su despliegue a la capacidad de respuesta de la red de servicios, que hoy se sostiene en 253 centros de salud mental comunitaria y 294 psiquiatras en el sistema público, conforme a los datos consignados en el numeral 2.4. La progresividad permite que la detección avance al mismo ritmo en que se amplía dicha capacidad.

V. Antecedentes legislativos, investigaciones y fuentes utilizadas

Constituyen el marco de referencia directo de la presente iniciativa: la Ley 30947, Ley de Salud Mental; la Ley 31627, que modificó sus artículos 16 y su Tercera Disposición Complementaria Final e incorporó el Capítulo X; la Ley 32575, que modificó su artículo

25; el Decreto Supremo 007-2020-SA, que aprueba su Reglamento; y el Decreto Supremo 011-2025-SA, que lo modifica.

Se han considerado, asimismo, la Ley 26842, Ley General de Salud, en particular su artículo 11; la Ley 29414, Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud; el Decreto Legislativo 1384, que reconoce y regula la capacidad jurídica de las personas con discapacidad en igualdad de condiciones; el Decreto Legislativo 1158, que regula la Superintendencia Nacional de Salud; la Ley 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud; y el Texto Único Ordenado de la Ley 27806, Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública.

En el plano internacional se han considerado la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y la Observación General 1 de su Comité; la Convención Americana sobre Derechos Humanos; los Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental de las Naciones Unidas; y la jurisprudencia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos en el caso Ximenes Lopes contra Brasil.

En materia de normas sectoriales se han considerado, entre otras, la Resolución Ministerial 686-2024/MINSA, que aprueba el Plan Nacional de Fortalecimiento de Servicios de Salud Mental Comunitaria 2024-2028; la Resolución Ministerial 681-2025/MINSA, que aprueba la Norma Técnica de Salud de las Unidades de Hospitalización de Salud Mental y Adicciones; la Resolución Ministerial 663-2023/MINSA, sobre continuidad de cuidados; la Resolución Ministerial 154-2025/MINSA, sobre primer episodio psicótico; y la Resolución 350-GG-ESSALUD-2020, que dejó sin efecto la cobranza por atenciones derivadas del intento de suicidio.

Revisado el sistema de seguimiento de proposiciones legislativas, no se ha identificado iniciativa en trámite que verse específicamente sobre las garantías del internamiento y la hospitalización sin consentimiento, la contención y el aislamiento, el seguimiento posterior al intento de suicidio y el régimen de indicadores y fiscalización en salud mental. La presente propuesta no reproduce total ni parcialmente iniciativas de terceros y las fuentes normativas y doctrinarias empleadas se consignan expresamente.

Se deja constancia de que, por referirse la iniciativa a derechos de personas con discapacidad psicosocial, corresponde solicitar la opinión del Consejo Nacional para la Integración de la Persona con Discapacidad y promover la participación de las organizaciones de personas con discapacidad psicosocial y de familiares y usuarios de los servicios de salud mental, conforme al artículo 4.3 de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.

VI. Sectores comprendidos

La iniciativa comprende al sector Salud —Ministerio de Salud, Seguro Social de Salud, Seguro Integral de Salud, gobiernos regionales, sanidad de las Fuerzas Armadas y de la Policía Nacional del Perú, establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo públicos, privados y mixtos, y Superintendencia Nacional de Salud—; al sector Justicia y Derechos Humanos, en lo relativo a la defensa pública; al Poder Judicial y al Ministerio Público, en el ejercicio de las competencias de control previstas en los artículos 27-A y 27-B; y al sector Mujer y Poblaciones Vulnerables, en lo relativo a las personas en situación de abandono o desprotección. Comprende, en calidad de destinatarias de la protección, a las personas usuarias de los servicios de salud mental, a sus personas de apoyo y a sus familiares.

VII. Efecto de la vigencia de la norma sobre la legislación nacional

La presente iniciativa modifica el numeral 3 del artículo 5, los numerales 19 y 20 del artículo 9, el artículo 25 —modificado por la Ley 32575— y el numeral 2 del artículo 29 de la Ley 30947. Incorpora el numeral 11 al artículo 5, el numeral 25 al artículo 9 y los artículos 14-A, 17-A, 27-A, 27-B, 27-C, 28-A y 43-A. Modifica, asimismo, el numeral 7 de la Primera Disposición Complementaria Final y la Séptima Disposición Complementaria Final.

No deroga disposición alguna de la Ley 30947 ni afecta los derechos ya reconocidos a la persona usuaria. Se integra de manera complementaria con la Ley 26842, con la Ley 29414, con el Decreto Legislativo 1384 y con el marco competencial de la Superintendencia Nacional de Salud, sin generar antinomias. La Tercera Disposición Complementaria Final de la presente ley incorpora una regla de interpretación que preserva la coherencia del numeral 5 del artículo 9 y de los artículos 31 y 33 de la Ley 30947 con la nueva delimitación entre internamiento y hospitalización. La adecuación del Reglamento aprobado por Decreto Supremo 007-2020-SA queda a cargo del Poder Ejecutivo dentro del plazo previsto en la Primera Disposición Complementaria Final.

VIII. Análisis de constitucionalidad y convencionalidad

La iniciativa se sustenta en el artículo 7 de la Constitución Política del Perú, que reconoce el derecho de toda persona a la protección de su salud y establece que la persona incapacitada para velar por sí misma a causa de una deficiencia física o mental tiene derecho al respeto de su dignidad y a un régimen legal de protección, atención, readaptación y seguridad; en el artículo 9, que atribuye al Estado la responsabilidad de diseñar y conducir la política nacional de salud; y en el numeral 24 del artículo 2, que garantiza la libertad y seguridad personales. La Cuarta Disposición Final y Transitoria ordena interpretar los derechos constitucionales de conformidad con los tratados sobre derechos humanos ratificados por el Perú.

En el plano convencional, la iniciativa se alinea con la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, en particular con su artículo 12, sobre igual reconocimiento como persona ante la ley, y con su artículo 14, sobre libertad y seguridad de la persona; con el artículo 7 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos; y con los criterios establecidos por la Corte Interamericana de Derechos Humanos en el caso Ximenes Lopes contra Brasil, que fijó el deber estatal de regular y fiscalizar la atención en salud mental, incluida la prestada por entidades privadas.

La iniciativa toma nota de la posición del Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, expresada en su Observación General 1 y en sus directrices sobre el artículo 14, conforme a la cual la privación de libertad basada en la deficiencia real o percibida resulta contraria a la Convención. La presente propuesta se orienta en esa misma dirección por tres vías concurrentes. En primer lugar, el numeral 27-A.5 prohíbe expresamente el internamiento y la hospitalización sin consentimiento fundados en la discapacidad o en el diagnóstico de la persona, en conductas socialmente disruptivas que no supongan riesgo inminente, en el consumo de sustancias psicoactivas en ausencia de emergencia psiquiátrica o en la situación de abandono o desprotección, con lo cual excluye precisamente los supuestos que el Comité identifica como incompatibles con la Convención. En segundo lugar, el artículo 27-C reconoce las voluntades anticipadas en salud mental y la designación de la persona de apoyo conforme al Decreto Legislativo 1384, desplazando el modelo de sustitución de la voluntad hacia un modelo de apoyo a la decisión. En tercer lugar, los artículos 27-B y 14-A someten la medida a revisión médica periódica, a control judicial, a cese inmediato y a registro y publicación agregada.

La iniciativa parte de una constatación fáctica: la hospitalización sin consentimiento se practica hoy en el Perú al amparo de una cláusula de excepción carente de procedimiento, plazo y control. La alternativa real no es, en el estado actual del ordenamiento, la ausencia de internamientos involuntarios, sino su práctica sin garantía alguna. Establecer condiciones estrictas y concurrentes, control externo y cese obligatorio constituye, en ese contexto, una medida de protección y no de habilitación, y resulta compatible con el deber de adopción progresiva de medidas que la propia Convención impone.

IX. Análisis costo-beneficio

La iniciativa no genera costo adicional al erario nacional. No crea unidades orgánicas, plazas ni pliegos presupuestales, no autoriza incremento del gasto público y no dispone transferencias ni habilitaciones con cargo al Tesoro Público. La supervisión corresponde a una entidad ya existente y presupuestada, que la ejerce dentro de sus competencias vigentes. La detección temprana se despliega conforme a la norma técnica del Ministerio de Salud y a la capacidad de respuesta de la red de servicios. Las obligaciones de registro, motivación y reporte se cumplen sobre la historia clínica y los sistemas de información existentes. La reevaluación por junta médica psiquiátrica se realiza en el marco de las funciones ordinarias de una instancia que la Ley 30947 ya contempla en el numeral 5 de su artículo 5. El control judicial de la hospitalización prolongada se tramita conforme a las normas procesales aplicables, sin crear procedimientos ni órganos nuevos, con cargo a los presupuestos institucionales de las entidades competentes. La implementación de la detección temprana y del seguimiento posterior al intento de suicidio es progresiva, conforme a las normas técnicas del Ministerio de Salud, a la capacidad operativa y a la disponibilidad presupuestaria de cada pliego.

Desde la perspectiva del costo evitado, corresponde considerar que la ausencia de detección temprana, de continuidad de cuidados y de seguimiento posterior al intento de suicidio genera hoy costos efectivos para el Estado, expresados en reingresos hospitalarios, hospitalizaciones prolongadas, atenciones de emergencia recurrentes, discapacidad prematura y mortalidad evitable. La evidencia consignada en la Tabla 2 acredita que el retorno de la inversión en salud mental es favorable y que el costo de la omisión excede al de la intervención.

La iniciativa no irroga gasto público adicional ni contiene propuestas de creación o aumento de gasto, en observancia del artículo 79 de la Constitución Política del Perú y del literal a) del artículo 107 del Reglamento de la Cámara de Diputados.

X. Vinculación con las Políticas de Estado del Acuerdo Nacional

La iniciativa se vincula con la Política de Estado 13, "Acceso universal a los servicios de salud y a la seguridad social", en cuanto fortalece la exigibilidad de las prestaciones de salud mental y su cobertura por los seguros públicos; con la Política de Estado 11, "Promoción de la igualdad de oportunidades sin discriminación", en cuanto protege a las personas con discapacidad psicosocial frente a restricciones fundadas en su diagnóstico; con la Política de Estado 16, "Fortalecimiento de la familia, protección y promoción de la niñez, la adolescencia y la juventud", en cuanto la detección temprana y el seguimiento posterior al intento de suicidio alcanzan de manera prioritaria a la población adolescente y joven; y con la Política de Estado 24, "Afirmación de un Estado eficiente y transparente", en cuanto incorpora indicadores de resultado, publicación en datos abiertos y fiscalización a cargo de una entidad distinta de la obligada.

Lugar, fecha y firmas

Lima, 16 de octubre de 2026.

FIRMA DIGITAL
Firmado digitalmente por: SILUPU INGA Maria Luisa FAU 20161749126 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 16/10/2026 18:07:28-0500

María Luisa Silupu Inga — Diputada autora

FIRMA DIGITAL
Firmado digitalmente por: CHACON DE VETTORI Cecilia Isabel FAU 20161749126 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 27/10/2026 15:36:28-0500

Certificación del vocero del grupo parlamentario

Firmas de respaldo (no menos de cinco miembros del grupo parlamentario)

FIRMA DIGITAL
Firmado digitalmente por: INFANTES CASTAÑEDA Mery Eliana FAU 20161749126 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 27/10/2026 16:31:41-0500

FIRMA DIGITAL
Firmado digitalmente por: GAMARRA PITA Luzmila Maria Del Carmen FAU 20161749126 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 27/10/2026 16:40:07-0500

FIRMA DIGITAL
Firmado digitalmente por: PINASCO MONTENEGRO Nary Benvinda FAU 20161749126 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 28/10/2026 09:59:04-0500

FIRMA DIGITAL
Firmado digitalmente por: RAMOS ROSALES Maria Candelaria FAU 20161749126 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 28/10/2026 11:35:27-0500

FIRMA DIGITAL
Firmado digitalmente por: PACHECO QUISPE Marco Antonio FAU 20161749126 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 28/10/2026 14:03:12-0500