



NOTA DE INFORMACIÓN REFERENCIAL 88/2024-2025-ASISP/DIP

Salud mental

Lima, 14 de julio de 2025

ÍNDICE

Presentación	3
I. Aspectos generales	4
II. Historia de la salud mental en el Perú	5
III. Políticas públicas	6
IV. Ley 30947. Ley de salud mental	9
V. Estado situacional de la salud mental en el Perú	14
VI. Anexo. Legislación nacional	30

PRESENTACIÓN

El Departamento de Investigación Parlamentaria, a través del Área de Servicios de Investigación y Seguimiento Presupuestal, ha elaborado la presente Nota de Información Referencial, en atención al requerimiento efectuado por el señor Congresista Eduardo Salhuana Cavides, mediante el cual solicita información referida a la salud mental.

Para la elaboración se ha consultado la información disponible en fuentes oficiales sobre la materia; cuyas referencias se consignan en el documento.

Esperamos poder brindar información que contribuya a la labor parlamentaria

I. ASPECTOS GENERALES

La Organización Mundial de la Salud (OMS)¹ define la salud mental como un estado de bienestar mental que permite a las personas hacer frente a los momentos de estrés de la vida, desarrollar todas sus habilidades, aprender y trabajar adecuadamente e integrarse en su entorno. La salud mental tiene un valor intrínseco y fundamental, y forma parte de nuestro bienestar general.

El *Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades*² del Ministerio de Salud señala las definiciones operativas de la salud mental:

- ✓ Intento de suicidio: Conducta potencialmente lesiva autoinfligida y sin resultado fatal, para la que existe evidencia, implícita o explícita de intencionalidad de provocarse la muerte. Dicha conducta puede provocar o no lesiones, independientemente de la letalidad del método.
- ✓ Primer episodio psicótico: Aparición abrupta por primera vez en la vida, de un episodio de síntomas psicóticos caracterizado por la presencia de síntomas afectivos y cognitivos de índole positiva y también con frecuencia, de índole negativa.
- ✓ Episodio depresivo: Se define como la presencia en las últimas dos semanas de al menos seis (episodio depresivo moderado) u ocho (episodio depresivo grave) de los síntomas que se indican a continuación: 1. Ánimo deprimido la mayor parte del día y casi todos los días; 2. Pérdida de energía; 3. Pérdida de interés en las cosas que antes le gustaban; 4. Pérdida de confianza; 5. Culpabilidad; 6. Conducta suicida; 7. Dificultad para concentrarse; 8. Retardo o agitación psicomotriz; 9. Problemas de sueño; y 10. Alteración del apetito.

Además, indica que el monitoreo epidemiológico de salud mental en establecimientos de salud es el proceso constante y sistemático de recolección de datos sobre problemas de salud mental prioritarios en centros de salud seleccionados (Centros de salud mental comunitarios y Hospitales) que llevan a cabo el diagnóstico y cuidado de estos casos.

¹ Organización Mundial de la Salud (OMS). 2025. https://www.who.int/es/health-topics/mental-health#tab=tab_1

² Sala situacional de problemas de salud mental priorizados. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades. Viceministerio de salud pública. Ministerio de salud. https://app7.dge.gob.pe/maps/sala_salud_mental/

II. HISTORIA DE LA SALUD MENTAL EN EL PERÚ

A partir de 1859, en Lima se encontraban las llamadas "loquerías", relacionadas con hospitales como el de la Misericordia, con condiciones lamentables para los internos.³

El Asilo Colonia de la Magdalena, posteriormente reconocido como Hospital Víctor Larco Herrera, bajo la dirección de Hermilio Valdizán, se estableció en 1918, señalando el comienzo de la institución psiquiátrica contemporánea.⁴

El Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi" es un establecimiento psiquiátrico peruano situado en Lima y administrado por el Ministerio de Salud del Perú (MINSA). Su alcance es nacional y desarrolla investigación científica, docencia, innovación y perfeccionamiento tecnológico, también brinda atención altamente especializada y propone normas en salud mental. Fue fundado entre 1979 y 1982, con la suscripción de un convenio de cooperación entre los gobiernos de Perú y Japón.⁵

2.1. El punto de partida: La crisis de la salud mental postconflicto

El periodo inicial se distinguió por la identificación oficial de la crisis de salud mental que afectaba al país debido al conflicto armado interno y las condiciones socioeconómicas desfavorables.⁶

El informe final de la Comisión de la Verdad y Reconciliación resaltó el estado de desamparo de la salud mental de la población en diversas regiones del país, especialmente en las áreas más impactadas por la violencia política.⁷

2.2. La estrategia sanitaria nacional de salud mental y cultura de paz

En 2004, la *Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Mental y Cultura de Paz* fue establecida por el Ministerio de Salud (MINSA). Definida por la Resolución Ministerial 771-2004/MINSA⁸, permitió establecer la salud mental como un derecho humano y un elemento esencial para el progreso nacional.

³ Hospital de la Misericordia (Lima). Wikipedia. La enciclopedia libre. https://es.wikipedia.org/wiki/Hospital_de_la_Misericordia_%28Lima%29?utm_source=chatgpt.com

⁴ Hospital Víctor Larco Herrera. Wikipedia. La enciclopedia libre. https://es.wikipedia.org/wiki/Hospital_V%C3%ADctor_Larco_Herrera?utm_source=chatgpt.com

⁵ Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado - Hideyo Noguchi. Wikipedia. La enciclopedia libre. https://es.wikipedia.org/wiki/Instituto_Nacional_de_Salud_Mental_Honorio_Delgado_-_Hideyo_Noguchi?utm_source=chatgpt.com

⁶ KENDALL, Rommy; MATOS, Luis; CABRA, Mirian. Salud mental en el Perú, luego de la violencia política. Intervenciones itinerantes. 2006. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832006000200012

⁷ OELSCHLEGEL, Adrian. El informe final de la Comisión de la Verdad y reconciliación en el Perú. Un resumen crítico respecto a los avances de sus recomendaciones. Anuario de derecho constitucional latinoamericano. 2006. <https://www.corteidh.or.cr/tablas/r08047-26.pdf>

⁸ Resolución Ministerial 771-2004/MINSA. Ministerio de Salud. 2.8.2004. <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/253112-771-2004-minsa>

2.3. Creación de la Dirección de Salud Mental

Simultáneamente a la estrategia de salud, se aprobó -mediante la Resolución Ministerial N° 943-2006/MINSA- el Documento Técnico *Plan Nacional de Salud Mental*⁹, Este plan¹⁰ se basa en los *Lineamientos para la Acción Mental* (Ministerio de Salud, 2004) y en la *Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Mental y Cultural de Paz* (Ministerio de Salud, 2004), constituyendo un documento técnico normativo que promueve iniciativas y actividades sectoriales e intersectoriales de mayor impacto, que trascienden el proceso de la enfermedad, y generan entornos y estilos de vida saludables.

2.4. Vigilancia e indicadores

A partir de 2016, el Ministerio de Salud ha instaurado el monitoreo centinela de suicidio, episodios de depresión moderada/grave y primer episodio psicótico, mediante la Directiva Sanitaria 071-MINSA/CDC-V.01¹¹. *Directiva sanitaria para la vigilancia de problemas de salud mental priorizados en establecimientos de salud centinela y mediante encuesta poblacional*.

III. POLÍTICAS PÚBLICAS

3.1. Plan Nacional de Fortalecimiento de Servicios de Salud Mental Comunitaria 2018-2021

El *Plan Nacional de Fortalecimiento de Servicios de Salud Mental Comunitaria 2018-2021*, fue aprobado mediante Resolución Ministerial 356-2018/MINSA¹². Establece¹³ los objetivos estratégicos, metas e indicadores para consolidar el modelo comunitario de atención en salud mental y cerrar las brechas existentes en el acceso a servicios.

Asimismo, tiene como finalidad de contribuir a mejorar el estado de salud mental de la población peruana, disminuyendo la discapacidad y la mortalidad prematura por problemas de salud mental.

Las actividades del presente Plan fueron dirigidas a la población con seguro integral de salud y sin ningún tipo de seguro de salud. Se estimó que esta población, en el año

⁹ Resolución Ministerial 943-2006-MINSA. Ministerio de salud. 7.10.2006. <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/250887-943-2006-minsa>

¹⁰ Documento técnico normativo. Plan Nacional de Salud Mental. Ministerio de Salud. 2006. http://bvs.minsa.gob.pe/local/DGSP/454_DGSP237.pdf

¹¹ Directiva sanitaria 071-MINSA/CDC-V.01. Directiva sanitaria para la vigilancia de problemas de salud mental priorizados en establecimientos de salud centinela y mediante encuesta poblacional. Ministerio de Salud. 2017. <https://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/5377.pdf>

¹² Resolución Ministerial 356-2018/MINSA. Ministerio de Salud. 20.4.2018. <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/187244-356-2018-minsa>

¹³ Documento Técnico. Plan nacional de fortalecimiento de servicios de salud mental comunitaria 2018 - 2021. Ministerio de Salud. 2018. https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/321004/Plan_nacional_de_fortalecimiento_de_servicios_de_salud_mental_comunitaria_2018_-_2021_Documento_t%C3%A9cnico20190613-19707-thzjbn.pdf?v=1560469709

2018, ascendería a 22,674,340 personas y que se incrementaría aproximadamente 3,1% hacia el año 2031 alcanzando 23,370,056 personas.¹⁴

El presupuesto para los cuatro (4) años fue de S/ 513 100 521.¹⁵

La Defensoría de Pueblo¹⁶, en el 2023, señaló que se lograron alcanzar algunas de las metas planteadas en el *Plan Nacional de Fortalecimiento de Servicios de Salud Mental Comunitaria 2018-2021*; así como el caso de los centros de salud mental comunitarios, (respecto a los cuales se había planteado implementar 250 para el año 2021). Por ejemplo, a septiembre del 2023, el Minsa señaló que ya se contaba con 276.

De igual manera sucedió con las unidades de hospitalización en salud mental y adicciones en hospitales generales, para las cuales se había planteado una meta de 43. Y a septiembre del 2023 existían 48.

Agregó la Defensoría que, en lo que se refiere al presupuesto asignado a la política de salud mental, se reconoce la necesidad de priorizar su atención en la agenda nacional, pero preocupa que el incremento presupuestal de los últimos años (desde 2015) se encuentra lejos de cubrir la brecha de atención. Todavía 8 de cada 10 personas que necesitan atención en su salud mental, no reciben el tratamiento adecuado. Esto ocurre por la falta de información, falta de servicios cercanos a la comunidad, estigma, prejuicios, entre otros factores.

3.2. Plan de salud mental Perú 2020-2021 (En el contexto COVID-19)

El *Plan de salud mental Perú 2020-2021* (en el contexto COVID-19), fue aprobado por la Resolución Ministerial 363-2020-MINSA¹⁷. Tiene por finalidad el bienestar de la población del Perú a través del cuidado de la salud mental en el contexto del COVID-19.¹⁸

Asimismo, buscó reducir el impacto de la pandemia del COVID-19 en la salud mental de la población, fortaleciendo sus recursos individuales y comunitarios de afrontamiento, y atendiendo a las personas con problemas mentales en el contexto de la crisis económica y social derivada de ella.

El plan comprende la relevancia del mantenimiento de la salud mental como un elemento crucial durante la emergencia de salud pública. En este contexto, sostiene

¹⁴ P. 16

¹⁵ P. 76

¹⁶ Defensoría del Pueblo: Salud mental no se prioriza en la agenda nacional. 10.10.2023. https://www.defensoria.gob.pe/defensoria-del-pueblo-salud-mental-no-se-prioriza-en-la-agenda-nacional/?utm_source=

¹⁷ Resolución ministerial 363-2020-MINSA. Ministerio de Salud. 6.6.2020. https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/804253/RM_363-2020-MINSA.PDF?v=1591472165

¹⁸ Documento Técnico. Plan de salud mental Perú 2020-2021 (En el contexto COVID-19). Ministerio de Salud. 2.9.2021. <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/2149352/Estudio%20Comparativo.pdf?v=1630594590>

que el primer nivel de atención (que incluye a los Centros de Salud Mental Comunitaria) debe establecer nuevos protocolos de atención para garantizar la contención a través de los servicios de atención diferenciada para el cuidado de individuos con COVID-19.

El presupuesto para su implementación para el 2020 fue de 121,999,985 millones. Para el 2021 fue de 334,759,305 millones.

La Defensoría del Pueblo¹⁹ en sus conclusiones sobre los avances y limitaciones en el proceso de desinstitucionalización en los servicios de salud mental a nivel nacional, en el contexto de la emergencia sanitaria por coronavirus²⁰ señaló lo siguiente:

- ✓ No se cumplió con las metas propuestas en el “Plan Nacional de Reforzamiento de los Servicios de Salud y Contención del Covid-19” para los años 2020 y 2021.
- ✓ Durante el estado de emergencia se reforzó el uso de las herramientas de la telemedicina para atender a las personas usuarias.
- ✓ Existe una brecha del 65% en la implementación de hogares protegidos (HP) a nivel nacional, lo cual no favorece el proceso de desinstitucionalización.
- ✓ A febrero del 2022, se encontraron un total de 233 personas usuarias de los servicios de hogares protegidos (HP) a nivel nacional, a pesar de que, si tenemos en cuenta el número total de hogares protegidos (HP) inaugurados a la fecha, y la capacidad máxima por cada uno de estos según la Norma Técnica, existe una capacidad de atención de hasta 456 personas usuarias a nivel nacional, lo que nos deja con una brecha del 49%.
- ✓ El 95% de hogares protegidos (HP) no tiene disponibilidad para brindar atención con intérprete de lengua de señas en caso una persona sorda así lo solicite.
- ✓ El 18% de hogares protegidos (HP) señala que el presupuesto asignado al presente año no es suficiente para atender las necesidades de salud mental de la población.

3.3. Plan Nacional de Fortalecimiento de Servicios de Salud Mental Comunitaria 2024-2028

El *Plan Nacional de Fortalecimiento de Servicios de Salud Mental Comunitaria 2024-2028*, aprobado mediante la Resolución Ministerial 686-2024-MINSA²¹, representa una

¹⁹ Defensoría del Pueblo: Salud mental no se prioriza en la agenda nacional. 10.10.2023. https://www.defensoria.gob.pe/defensoria-del-pueblo-salud-mental-no-se-prioriza-en-la-agenda-nacional/?utm_source=

²⁰ Serie de Informes Especiales 004-2022-DPA avances y limitaciones en el proceso de desinstitucionalización en los servicios de salud mental a nivel nacional, en el contexto de la emergencia sanitaria por coronavirus. Supervisión a establecimientos psiquiátricos y hogares protegidos. 9.2022. <https://www.defensoria.gob.pe/wp-content/uploads/2022/09/Informe-salud-mental-final.pdf>

²¹ Resolución Ministerial 686-2024-MINSA. Plan Nacional de Fortalecimiento de Servicios de Salud Mental Comunitaria 2024-2028. Ministerio de Salud. 15.10.2024. <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/6094628-686-2024-minsa>

herramienta de planificación relevante. Define las metas estratégicas, objetivos e indicadores para fortalecer el modelo de atención en salud mental en la comunidad y reducir las desigualdades presentes en el acceso a servicios.

Su objetivo es ayudar a mejorar la condición de salud mental de la población peruana, reduciendo la discapacidad y la mortalidad prematura debido a problemas de salud mental. Sus metas concretas comprenden el robustecimiento del primer y segundo nivel de atención, la puesta en marcha de centros y servicios de salud mental comunitaria con capacidad de resolución, y la formación de redes de atención comunitaria en áreas geográficas establecidas.

El plan²² señala que se ha estimado que la ratio óptima para cubrir necesidades de atención especializada en salud mental de la población es de un Centro de Salud Mental Comunitaria (CSMC) por 50,000 habitantes. Se requieren 587 CSMC y a la fecha existen 276 CSMC; la brecha estimada es de 318, (en relación con la población general es de 370 CSMC). Esta diferencia es mayor en los departamentos de Lima, Pira, La Libertad, Callao, Lambayeque, Arequipa, Loreto, Cajamarca y Cusco.

Según el Ministerio de Salud²³ el 2024 concluyó con 288 CSMC en funcionamiento en todo el país.

Asimismo, al mismo año, se contaba con 51 unidades de hospitalización en hospitales generales, 94 hogares protegidos, seis servicios de salud mental en establecimientos penitenciarios, 11 equipos móviles para personas con trastornos mentales en situación de calle, 34 Hospitales con módulos de atención al maltrato infantil y del adolescente, 1764 establecimientos de salud del primer nivel de atención con profesionales de psicología y 1201 profesionales de psicología a prestar servicio de Serums en instituciones educativas públicas.

IV. LEY 30947. LEY DE SALUD MENTAL

4.1. Publicación y objeto de la Ley

El 23 de mayo de 2019 se publicó la Ley 30947²⁴, Ley de Salud Mental²⁵, que estableció el marco legal integral para garantizar el acceso a los servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación en salud mental, como condiciones para el pleno ejercicio del derecho a la salud y el bienestar de la persona, la familia y la comunidad.

²² P.25

²³ El Perú cuenta con 288 centros de salud mental comunitaria distribuidos en todo el país. 5.1.2025. <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/1086134-el-peru-cuenta-con-288-centros-de-salud-mental-comunitaria-distribuidos-en-todo-el-pais>

²⁴ Ley 30947. Ley de salud mental. 23.5.2019. <https://spij.minjus.gob.pe/spij-ext-web/#/detallenorma/H1236049>

²⁵ Ley 30947. Ley de Salud Mental. 23.5.2019. <https://spij.minjus.gob.pe/spij-ext-web/#/detallenorma/H1236049>

Asimismo, estableció la atención de la salud mental considerando un modelo de atención comunitaria, así como el respeto ineludible a los derechos humanos y dignidad de la persona, sin discriminación, y el abordaje intercultural, que erradique la estigmatización de las personas con problemas en su salud mental.²⁶

Posteriormente, el 18 de noviembre de 2022 se publicó la Ley 31627, Ley que modifica la Ley 30947, Ley de salud mental, a fin de fortalecer la prevención y promoción de la salud mental de los niños, niñas y adolescentes y otras poblaciones vulnerables²⁷.

Dicha modificación permite incluir la salud mental en las instituciones educativas, así como la prevención del suicidio a través de herramientas y vías de información para la prevención del suicidio, a cargo de los tres poderes del Estado y niveles de gobierno, y de toda persona natural y jurídica cuando se transmita información referente al suicidio, al comportamiento suicida o al intento de suicidio, a través de medios escritos, sonoros y audiovisuales, especialmente a través de medios de prensa.

4.2. Derechos de las Personas con Trastornos Mentales

El capítulo II de la ley se dedica a establecer de manera explícita los derechos en salud mental. Dispone que toda persona tiene derecho a acceder libre y voluntariamente a servicios de salud mental públicos, y a los privados correspondientes, y a recibir atención oportuna de acuerdo con el problema en salud mental. Los servicios de salud incluyen el diagnóstico, tratamiento, recuperación, rehabilitación e inserción social, así como la obligación de los servicios de salud públicos de priorizar la atención a los menores de edad, mujeres víctimas de violencia, personas en situación de pobreza, pobreza extrema o vulnerabilidad, así como víctimas de eventos naturales catastróficos.

El artículo 9 establece los derechos en el ámbito de los servicios de salud mental:

1. Ser atendido por su problema de salud mental en el establecimiento de salud más cercano a su domicilio, protegiéndose la vinculación con su entorno familiar, comunitario y social.
2. Recibir información necesaria sobre los servicios de salud a los que puede acceder y los requisitos necesarios para su uso, previo al sometimiento a procedimientos diagnósticos o terapéuticos.
3. Recibir información completa, oportuna y continuada sobre su estado de salud mental, en términos comprensibles, incluyendo el diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento; así como sobre los riesgos, contraindicaciones, precauciones y advertencias de las intervenciones, tratamientos y medicamentos que se prescriban y administren.
4. Obtener servicios, medicamentos y productos sanitarios adecuados y necesarios para prevenir, promover, conservar o recuperar su salud, según lo requiera, garantizando su acceso en forma oportuna, continua, integral y digna.

²⁶ Expediente Virtual Parlamentario. Ley 30947. Ley de salud mental.
https://www2.congreso.gob.pe/sicr/tradocestproc/Expvirt_2011.nsf/visbusqptramdoc1621/00138?opendocument

²⁷ Ley 31627. Ley que modifica la Ley 30947, Ley de salud mental, a fin de fortalecer la prevención y promoción de la salud mental de los niños, niñas y adolescentes y otras poblaciones vulnerables. 18.11.2022. <https://spijweb.minjus.gob.pe/wp-content/uploads/2022/11/L-31627.pdf>

5. Acceder a servicios de internamiento u hospitalización como recurso terapéutico de carácter excepcional.
6. Acceder a servicios de internamiento u hospitalización en ambientes lo menos restrictivos posibles que correspondan a su necesidad de salud, a fin de garantizar su dignidad y su integridad física.
7. Otorgar su consentimiento informado, que implica la aceptación libre, sin persuasión indebida y otorgada por una persona con problemas de salud mental, o por sus representantes, según sea el caso, después de habersele proporcionado información precisa, suficiente y comprensible sobre el diagnóstico, tratamiento, medidas alternativas posibles y efectos secundarios y riesgos.
8. Ser informado sobre su derecho a negarse a recibir o continuar el tratamiento y a que se le expliquen las consecuencias de esa negativa.
9. Recibir la protección correspondiente de los servicios del Estado contra el abandono por parte de la familia, mediante la implementación de acciones de fortalecimiento de la vinculación familiar y comunitaria y de protección residencial transitoria.
10. Contar con acceso al tratamiento de mayor eficacia y en forma oportuna, a través del uso pleno de sus respectivos seguros, incluida la protección financiera en salud del Estado, cuando corresponda.
11. Recibir tratamientos de eficacia o mecanismos de acción científicamente comprobados o cuyas reacciones adversas y efectos colaterales le hayan sido advertidos.
12. Recibir tratamiento lo menos restrictivo posible, acorde con el diagnóstico que le corresponda.
13. No ser privado de visitas durante el internamiento u hospitalización cuando estas no estén contraindicadas por razones terapéuticas y nunca por razones de sanción o castigo.
14. Recibir la medicación correspondiente con fines terapéuticos o de diagnóstico y nunca como castigo o para conveniencia de terceros.
15. La libertad de movimiento y comunicación con el interior y exterior del establecimiento, siempre y cuando sea compatible con el tratamiento programado. Igual derecho asiste a su representante, de ser el caso.
16. Autorizar o no la presencia de personas que no estén directamente relacionadas con la atención médica, en el momento de las evaluaciones.
17. Ser escuchado y recibir respuesta por la instancia correspondiente cuando se encuentre disconforme con la atención recibida. Para estos efectos, el servicio de salud debe contar con mecanismos claros para la recepción, tratamiento y resolución de quejas, conforme a ley.
18. Permitir que su consentimiento conste por escrito cuando sea sujeto de investigación para la aplicación de medicamentos o tratamientos.
19. No recibir método de anticoncepción sin previo consentimiento informado, emitido por la persona cuando no se encuentre en situación de crisis por el problema de salud mental diagnosticado.
20. Tener acceso a servicios de anticoncepción, independientemente de su diagnóstico clínico, incluido el retardo mental, y contar con el apoyo pertinente del servicio para el ejercicio de su capacidad para obrar y la defensa de sus derechos.
21. No ser discriminado o estigmatizado por tener o padecer, de manera permanente o transitoria, un problema de salud mental.
22. Recibir efectiva rehabilitación, inserción y reinserción familiar, laboral y comunitaria, en los servicios de atención comunitaria en salud mental, así como rehabilitación psicosocial o laboral.
23. Ser atendido con respeto a su dignidad, autonomía y necesidades, conforme a lo dispuesto por la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.
24. Otros derechos que determine la ley.

Estipulando los artículo 10 y 11 que: (i) *los seguros de salud públicos y privados deben cubrir la atención en salud mental dentro de sus planes, incluyendo el tratamiento ambulatorio o el internamiento u hospitalización, así como el acceso a medicamentos y productos sanitarios adecuados y de calidad, con excepción de los seguros con póliza de naturaleza específica* (ii) las personas en condición de pobreza o pobreza extrema con discapacidad mental que no cuenten con seguros deben ser incluidas en el Seguro Integral de Salud (SIS), de acuerdo a un plan progresivo de atención o prestaciones; y (iii) el Ministerio de Justicia y Derechos Humanos en coordinación con el Ministerio de Salud tienen la responsabilidad de velar por la salud mental de las personas privadas de su libertad.

4.3. Reforma de la atención en salud mental y su implementación del modelo de atención comunitaria en salud mental²⁸

La Primera Disposición Complementaria Final, señala que en el contexto de lo estipulado en la ley y en las alianzas internacionales de protección de derechos humanos a las que Perú pertenece, el Poder Ejecutivo promueve el proceso de reforma en la atención de salud mental, con el objetivo de establecer un modelo de atención comunitaria.

Como parte de este proceso se prioriza:

- ✓ La creación y desarrollo de servicios de hospitalización total y parcial en los hospitales generales, a fin de garantizar la atención de las personas con problemas de salud mental.
- ✓ La conformación de servicios de atención comunitaria en salud mental, de carácter multidisciplinario, en el marco de las redes integradas de salud.
- ✓ La creación y desarrollo de establecimientos de salud y de servicios de salud mental, centros de salud mental comunitaria, servicios de hospital de día, hogares y residencias protegidas, centros de rehabilitación psicosocial y sociolaboral y programas dirigidos a personas en situación de calle, entre otros.
- ✓ La incorporación del componente de salud mental en la formación de profesionales y técnicos de la salud.
- ✓ La disponibilidad de psicofármacos para el tratamiento de las personas con problemas de salud mental desde el primer nivel de atención.
- ✓ La desinstitucionalización de las personas con discapacidad que viven en establecimientos de salud.

²⁸ Disposiciones complementarias finales. Ley 30947. Ley de salud mental. 23.5.2019. <https://spij.minjus.gob.pe/spij-ext-web/#/detallenorma/H1236049>

- ✓ La reorientación progresiva de los recursos de los hospitales psiquiátricos a la comunidad.

El Poder Ejecutivo coordina con los gobiernos regionales y locales la implementación, seguimiento y evaluación de las acciones de reforma de la atención en salud mental.

Por otro lado, el modelo de atención comunitaria en salud mental se implementa a través de la creación y desarrollo de servicios asistenciales para la atención de la salud mental de la población, dentro de la red integrada de servicios de salud.

Estos servicios incluyen:

- ✓ Establecimientos de salud sin internamiento:
 - Establecimientos de salud del primer nivel de atención, no especializado con servicios de atención de salud mental.
 - Centros de salud mental comunitaria.
- ✓ Establecimientos de salud con internamiento:
 - Unidades de hospitalización de salud mental y adicciones de los hospitales generales.
 - Unidades de hospital de día de salud mental y adicciones de los hospitales generales.
 - Módulos de atención al maltrato infantil.
 - Establecimientos especializados.
- ✓ Servicios médicos de apoyo:
 - Hogares protegidos.
 - Residencias protegidas.
 - Centros de rehabilitación psicosocial.
 - Centros de rehabilitación laboral.
- ✓ Otros según las necesidades de la población.

4.4. Reglamentación e Implementación

El 5 de marzo de 2020, se aprobó el reglamento de la Ley 30947 a través del Decreto Supremo N° 007-2020-SA²⁹, que definió los procedimientos concretos para la puesta en marcha de las estipulaciones legales. El reglamento especifica elementos operativos tales como los estándares de calidad para los servicios, los protocolos para el manejo de crisis, los sistemas de coordinación entre sectores, y los sistemas de información y seguimiento.

Posteriormente, el reglamento fue modificado por la Resolución Ministerial 546-2024/MINSA³⁰, para fortalecer las acciones de prevención en escuelas y medios de comunicación, reconociendo la importancia de estos espacios en la promoción de la salud mental y la prevención de trastornos mentales, particularmente en niños, niñas y adolescentes y otras poblaciones vulnerables.

Dicha modificación tiene por finalidad realizar acciones de promoción de la salud mental con una mirada longitudinal sobre la vida de la persona en todas las etapas de su ciclo vital, priorizando a niñas, niños y adolescentes y poblaciones vulnerables, así como reducir las muertes evitables por suicidio a través de la difusión de mensajes de información sobre la línea de apoyo 113 opción 5.³¹

5. ESTADO SITUACIONAL DE LA SALUD MENTAL EN EL PERÚ

5.1. Panorama nacional (2021-2025)

Según la Plataforma de seguimiento de las acciones de salud mental. Personas atendidas y atenciones en salud mental nacional y en los Centros de Salud Mental Comunitario (CSMC). Repositorio Único Nacional de Información en salud. Ministerio de Salud, la situación actual de la salud mental en Perú durante el periodo 2021-2025³² muestra una crisis considerable que se ha agravado en el escenario post pandemia. Las cifras más recientes del *Repositorio Único Nacional de Información en salud del Ministerio de Salud (MINSA)* señalan que, en 2024, 1'863,674 millones de casos de trastornos de salud mental y problemas psicosociales fueron atendidos en las instituciones del sector público, lo que representa un aumento significativo en comparación con años anteriores.

²⁹ Decreto Supremo N° 007-2020-SA. Decreto Supremo que aprueba el Reglamento de la Ley N° 30947, Ley de Salud Mental. 5.3.2020. <https://spij.minjus.gob.pe/spij-ext-web/#/detallenorma/H1256401>

³⁰ Resolución ministerial 546-2024/MINSA. Disponen la publicación del proyecto de Decreto Supremo que modifica el Reglamento de la Ley N° 30947, Ley de Salud Mental, aprobado por Decreto Supremo N° 007-2020-SA, y del proyecto de exposición de motivos. 15.8.2024. <https://spij.minjus.gob.pe/spij-ext-web/#/detallenorma/H1382783>

³¹ Anexo. Proyecto del Decreto Supremo que modifica el Reglamento de la Ley 30947, Ley de salud mental, aprobado por Decreto Supremo 007-2020-SA. https://spij.minjus.gob.pe/Graficos/Peru/2024/Agosto/15/RM_546-2024-MINSA.pdf

³² Plataforma de seguimiento de las acciones de salud mental. Personas atendidas y atenciones en salud mental nacional y en los Centros de Salud Mental Comunitario (CSMC). Repositorio Único Nacional de Información en salud. Ministerio de Salud. Nacional. Actualización 24 de junio de 2025. <https://www.minsa.gob.pe/reunis/?op=2&niv=14&tbl=1>

Es importante destacar que, hasta junio de 2025, se han atendido 828, 955 mil casos.

5.2. Panorama Lima Metropolitana³³ (2021-2025)

Las cifras más recientes del Repositorio Único Nacional de Información en salud del Ministerio de Salud (MINSA) señalan que, en 2024, 673,891 mil casos de trastornos de salud mental y problemas psicosociales fueron atendidos en las instituciones del sector público, lo que representa un aumento significativo en comparación con años anteriores.

Hasta junio de 2025, se han atendido 308,438 mil casos.

5.3. Panorama en Lima Metropolitana, en La Victoria, El Agustino; Santa Anita, Ate Vitarte, San Luis y San Juan de Lurigancho (2010-2024)

5.3.1. Pacientes que se atendieron por emergencia³⁴

En el siguiente cuadro, los datos del hospital Hermilio Valdizán del Ministerio de Salud indican que, en Lima Metropolitana, en 2024, se registró un total de 3,919 mil pacientes que recibieron atención de emergencia, lo que representa un incremento considerable desde el año 2010.

- En La Victoria, en 2024 se registró un total de 193 pacientes, lo que constituye un incremento considerable desde el año 2010.
- En El Agustino, en 2024 se registró un total de 254 pacientes, lo que constituye una reducción en relación con el 2023.
- En Santa Anita, en 2024 se registró un total de 412 pacientes de emergencia, lo que representa una reducción en relación con el 2023.
- En Ate Vitarte, en 2024 se registró un total de 925 pacientes, lo que representa una reducción en relación con el 2023.
- En San Luis, no se registran pacientes, únicamente en 2012 se atendieron 44 pacientes de emergencia.
- Finalmente, en San Juan de Lurigancho, en 2024 se registró un total de 925 pacientes, lo que representa una ligera disminución en comparación al 2023.

³³ Plataforma de seguimiento de las acciones de salud mental. Personas atendidas y atenciones en salud mental nacional y en los Centros de Salud Mental Comunitario (CSMC). Repositorio Único Nacional de Información en salud. Ministerio de Salud. Lima metropolitana. Actualización 24 de junio de 2025. <https://www.minsa.gob.pe/reunis/?op=2&niv=14&tbl=1>

³⁴ Estadísticas. Hospital Hermilio Valdizán. Ministerio de Salud. <http://www.hhv.gob.pe/estadisticas/>

Cuadro 1

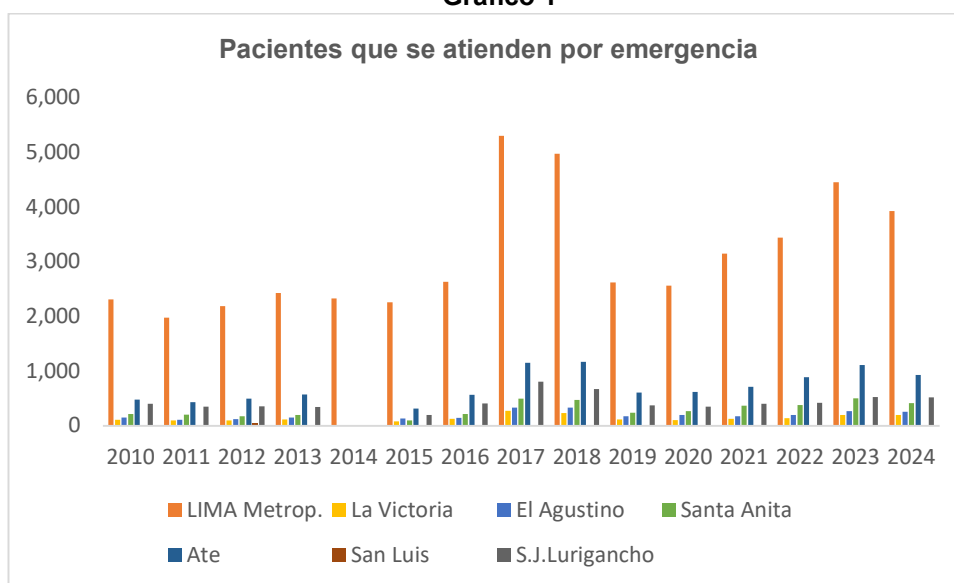
HOSPITAL HERMILO VALDIZAN: PERIL DE PACIENTES QUE SE ATIENDEN EN EMERGENCIA

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
LIMA Metrop.	2,306	1,975	2,180	2,420	2,324	2,252	2,626	5,297	4,966	2,617	2,556	3,142	3,434	4,448	3,919
La Victoria	108	93	92	110		78	125	270	227	112	98	121	135	192	193
El Agustino	145	104	117	148		129	140	326	328	172	193	172	191	262	254
Santa Anita	212	198	170	194		95	213	489	466	234	265	361	375	495	412
Ate	477	427	490	565		309	561	1,149	1,163	601	616	707	882	1,108	925
San Luis			44												0
S.J.Lurigancho	399	348	349	338		193	403	802	669	371	348	399	415	524	515

Fuente: MINSA-Hospital Hermilio Valdizán

Elaboración: ASISP

Gráfico 1



Fuente: MINSA-Hospital Hermilio Valdizán

Elaboración: ASISP

5.3.2. Pacientes que se atendieron por consulta externa³⁵

En el siguiente cuadro, los datos del hospital Hermilio Valdizán del Ministerio de Salud indican que, en Lima Metropolitana, en 2024, se registró un total de 84,628 mil pacientes que recibieron atención por consulta externa, lo que representa un incremento considerable desde el año 2010.

- En La Victoria, en 2024 se registró un total de 2,074 mil pacientes, lo que constituye una reducción en relación con el año 2023.

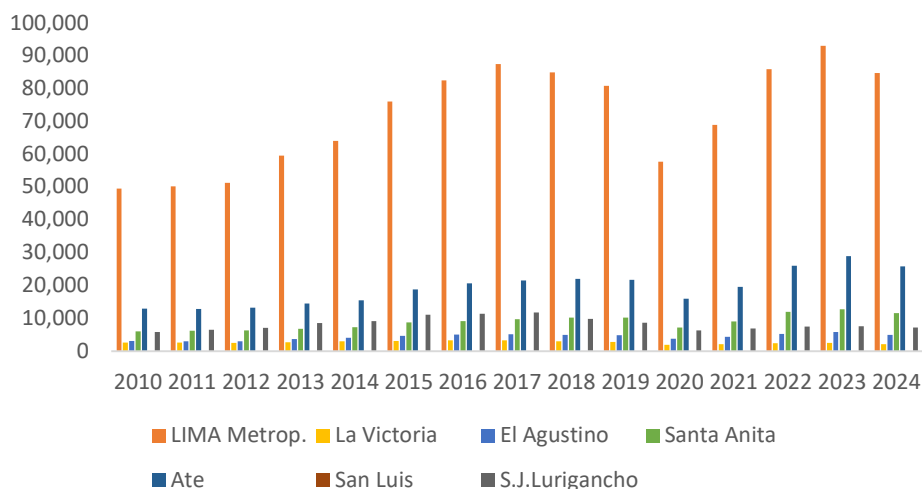
³⁵ Estadísticas. Hospital Hermilio Valdizán. Ministerio de Salud. <http://www.hhv.gob.pe/estadisticas/>

- En El Agustino, en 2024 se registró un total de 4,884 mil pacientes, lo que constituye una reducción en relación con el 2023.
- En Santa Anita, en 2024 se registró un total de 11,535 mil pacientes, lo que representa una reducción en relación con el 2023.
- En Ate Vitarte, en 2024 se registró un total de 25,791 mil pacientes, lo que representa una reducción considerable en relación con el 2023.
- En San Luis, no se registran pacientes.
- Finalmente, en San Juan de Lurigancho, en 2024 se registró un total de 7,118 mil pacientes, lo que representa una disminución en comparación al 2023.

Cuadro 2**HOSPITAL HERMILIO VALDIZAN: CONSULTA EXTERNA**

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
LIMA Metrop.	49,438	50,101	51,241	59,514	63,963	75,980	82,399	87,379	84,843	80,793	57,690	68,821	85,857	92,987	84,628
La Victoria	2,499	2,511	2,412	2,690	2,904	3,056	3,185	3,275	2,945	2,694	1,892	2,044	2,307	2,406	2,074
El Agustino	3,056	2,951	2,961	3,589	3,973	4,590	4,993	5,092	4,851	4,773	3,696	4,326	5,205	5,779	4,884
Santa Anita	5,925	6,187	6,217	6,763	7,182	8,709	9,067	9,685	10,105	10,131	7,166	8,941	11,944	12,731	11,535
Ate	12,864	12,823	13,152	14,394	15,386	18,746	20,548	21,443	21,981	21,654	15,927	19,558	25,960	28,895	25,791
San Luis															
S.J.Lurigancho	5,742	6,472	7,054	8,482	9,084	11,026	11,309	11,751	9,777	8,572	6,205	6,862	7,418	7,471	7,118

Fuente: MINSA-Hospital Hermilio Valdizán
Elaboración: ASISP

Gráfico 2**Pacientes por consulta externa**

Fuente: MINSA-Hospital Hermilio Valdizán
Elaboración: ASISP

5.3.3. Pacientes que se atendieron por hospitalización³⁶

En el siguiente cuadro, los datos del hospital Hermilio Valdizán del Ministerio de Salud indican que, en Lima metropolitana, en 2024, se registró un total de 591 pacientes que recibieron hospitalización, lo que representa una reducción desde el año 2010.

- En La Victoria, en 2024 se registró un total de 24 pacientes, lo que constituye una reducción en relación con el año 2023.
- En El Agustino, en 2024 se registró un total de 36 pacientes, lo que constituye un ligero aumento en relación con el 2023.
- En Santa Anita, en 2024 se registró un total de 43 pacientes, lo que representa una reducción en relación con el 2023.
- En Ate Vitarte, en 2024 se registró un total de 113 pacientes, lo que representa un incremento en relación con el 2023.
- En San Luis, no se registran pacientes.
- Finalmente, en San Juan de Lurigancho, en 2024 se registró un total de 75 pacientes, lo que representa un ligero incremento en comparación al 2023.

³⁶ Estadísticas. Hospital Hermilio Valdizán. Ministerio de Salud. <http://www.hhv.gob.pe/estadisticas/>

Cuadro 3

HOSPITAL HERMILIO VALDIZÁN: HOSPITALIZACIÓN

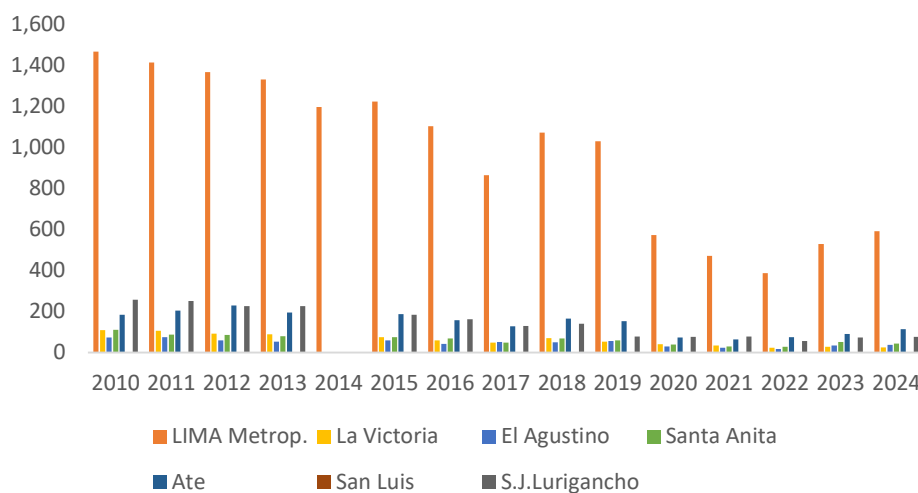
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
LIMA Metrop.	1,466	1,413	1,366	1,331	1,196	1,223	1,102	864	1,071	1,029	572	471	387	528	591
La Victoria	109	105	91	89		74	59	48	69	53	40	33	22	28	24
El Agustino	72	74	58	52		59	42	51	49	56	29	22	16	33	36
Santa Anita	110	87	85	79		74	68	48	68	59	38	29	28	51	43
Ate	184	203	228	194		186	157	128	164	152	72	63	74	90	113
San Luis															
S.J.Lurigancho	256	251	226	225		183	162	129	139	77	75	78	56	72	75

Fuente: MINSA-Hospital Hermilio Valdizán

Elaboración: ASISP

Gráfico 3

Pacientes que se hospitalizaron



Fuente: MINSA-Hospital Hermilio Valdizán

Elaboración: ASISP

5.4. Salud mental: Episodio depresivo moderado y grave situación, primer episodio psicótico e intento suicida (2016-JUN2025).

El Ministerio de Salud (MINSA), a través del Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades³⁷, ofrece los siguientes datos estadísticos acerca del estado situacional nacional de los problemas de salud, incluyendo el episodio de depresión moderada y grave, además del primer episodio psicótico y del intento suicida.

5.4.1. Salud mental: Episodio depresivo moderado y grave situación

³⁷ Sala situacional de problemas de salud mental priorizados. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades. Ministerio de Salud. 30.6.2025. https://app7.dge.gob.pe/maps/sala_salud_mental/

Como se puede apreciar en el siguiente cuadro, los datos del Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades-MINSA³⁸ indican que, a nivel nacional, en 2024, se registró un total de 11,393 mil personas con episodio depresivo moderado y de gravedad, lo que representa un incremento desde el año 2016.

- Hasta junio de 2025, se registra un total 5,477 mil casos.
- En Lima Metropolitana, en 2024, se registró un total de 3,758 mil casos, lo que representa un incremento considerado desde el 2019.
- En La Victoria, en 2024 se registró un total de 104 casos, lo que constituye un incremento elevado en relación con el 2023.
- En El Agustino, en 2024 se registró un total de 75 casos, lo que constituye un incremento en relación con el 2023.
- En Santa Anita, en 2024 se registró un total de 10 casos, lo que representa una reducción en relación con el 2023.
- En Ate Vitarte, en 2024 se registró un total de 72 casos, lo que representa un incremento en relación con el 2023.
- Cabe señalar, hasta junio de 2025, se han registrado 85 casos.
- En San Luis, en 2024 se registró 1 solo caso, en comparación al 2023.
- Finalmente, en San Juan de Lurigancho, en 2024 se registró un total de 1,168 mil casos, lo que representa un incremento en comparación al 2023.

Cuadro 4

SALUD MENTAL: Episodio depresivo moderado y grave situación

	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025.jun
PERU	987	1,061	2,146	3,513	1,983	3,745	5,366	6,681	11,393	5,477
LIMA M.				1,240	522	810	1,188	655	3,758	1,763
La Victoria				15	2	3	6	0	104	1
El Agustino				47	24	54	41	55	75	42
Santa Anita				126	44	86	119	47	10	13
Ate				288	145	182	274	95	72	85
San Luis				5	0	8	2	2	1	0
S.J.Lurigancho				106	7	17	29	14	168	81

Fuente: Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades-MINSA Elaboración: ASISP

³⁸ Episodio depresivo moderado y grave situación. Sala situacional de problemas de salud mental priorizados. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades. Ministerio de Salud. 30.6.2025. https://app7.dge.gob.pe/maps/sala_salud_mental/

Cuadro 5

SALUD MENTAL: Episodio depresivo moderado y grave situación

	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025.jun
PERU	987	1,061	2,146	3,513	1,983	3,745	5,366	6,681	11,393	5,477
Amazonas				211	117	77	195	194	229	93
Áncash				3	0	1	6	1	6	1
Apurímac				65	59	45	32	229	406	188
Arequipa				409	43	141	261	325	484	219
Ayacucho				678	535	1,358	1,276	919	519	169
Cajamarca				4	1	11	196	577	604	271
P.C. del Callao				85	15	3	115	149	305	153
Cusco				83	70	122	111	781	1,235	488
Huancavelica				295	178	173	163	317	200	96
Huánuco				2	2	7	402	466	763	262
Ica				46	6	34	58	256	202	35
Junín				15	6	6	3	8	272	392
La Libertad				32	25	0	0	0	25	76
Lambayeque				5	1	1	2	1	145	109
Lima Prov				74	46	260	212	332	300	46
Lima MLM				1,240	522	810	1,188	655	3,758	1,763
Loreto				176	260	397	595	889	835	293
Madre de Dios				2	0	0	0	0	0	2
Moquegua				11	0	0	1	32	254	100
Pasco				70	93	205	340	164	216	102
Piura				2	1	1	4	77	131	273
Puno				2	0	2	7	174	374	181
San Martín				1	1	0	1	1	5	2
Tacna				1	0	0	1	60	45	100
Tumbes					0	0	66	35	9	12
Ucayali				1	2	91	131	39	71	51

Fuente: Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades-MINSA

Elaboración: ASISP

Gráfico 4



Fuente: Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades-MINSA

Elaboración: ASISP

A continuación, las características sociodemográficas sobre episodio depresivo moderado y grave en el Perú 2025

Cuadro 6

Episodio depresivo moderado y grave, PERÚ - 2025			
Características sociodemográfica	N	Depresivo Grave, N = 962	Depresivo Moderado, N = 4,515
Sexo	5,477		
Masculino		234 (24.32%)	1,035 (22.92%)
Femenino		728 (75.68%)	3,480 (77.08%)
Etapas de vida	5,477		
Niño (0 a 11 años)		4 (0.42%)	25 (0.55%)
Adolescente (12 a 17 años)		130 (13.51%)	431 (9.55%)
Joven (18 a 29 años)		426 (44.28%)	1,544 (34.20%)
Adulto (30 a 59 años)		340 (35.34%)	1,933 (42.81%)
Adulto mayor (60 años a más)		62 (6.44%)	582 (12.89%)
Grado de instrucción	5,477		
Primaria		0 (0.00%)	7 (0.16%)
Secundaria		103 (10.71%)	596 (13.20%)
Superior		450 (46.78%)	2,218 (49.13%)
No especificado		409 (42.52%)	1,694 (37.52%)
Tipo de seguro	5,477		
Seguro Integral de Salud (SIS)		842 (87.53%)	3,877 (85.87%)
EsSalud		76 (7.90%)	363 (8.04%)
Policía Nacional del Perú (PNP)		5 (0.52%)	26 (0.58%)
Fuerzas Armadas		4 (0.42%)	9 (0.20%)
Privado		4 (0.42%)	14 (0.31%)
No especificado		31 (3.22%)	226 (5.01%)
Ocupación	5,477		
Ama de casa		209 (21.73%)	1,235 (27.35%)
Estudiante		316 (32.85%)	1,036 (22.95%)
No informado		210 (21.83%)	936 (20.73%)
Otras		111 (11.54%)	711 (15.75%)
Comerciante formal		25 (2.60%)	144 (3.19%)
Agricultor		20 (2.08%)	103 (2.28%)
Técnico		27 (2.81%)	81 (1.79%)
Informal		9 (0.94%)	87 (1.93%)
Profesor		10 (1.04%)	84 (1.86%)
Desocupado		15 (1.56%)	54 (1.20%)
Obrero		10 (1.04%)	44 (0.97%)

Fuente: Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades-MINSA

5.4.2. Salud mental: Primer episodio psicótico

Como se puede apreciar en el siguiente cuadro, los datos del Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades-MINSA³⁹ indican que, a nivel nacional, en 2024, se registró un total de 1,253 mil personas con episodio psicótico, lo que representa un mayor incremento desde el año 2016.

- Hasta junio de 2025, se registra un total 580 casos.
- En Lima Metropolitana, en 2024, se registró un total de 202 casos, lo que representa un incremento considerado desde el año 2019.
- En La Victoria, en 2024 se registró un total de 2 casos.

³⁹ Primer episodio psicótico. Sala situacional de problemas de salud mental priorizados. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades. Ministerio de Salud. 30.6.2025. https://app7.dge.gob.pe/maps/sala_salud_mental/

- En El Agustino, en 2024 se registró un total de 2, lo que constituye una disminución desde el 2020.
- En Santa Anita, en 2024 se registró un (1) caso, lo que representa una reducción con relación al 2019.
- En Ate Vitarte, en 2024 se registró un total de 5 casos, lo que representa un incremento con relación al 2023.
- En San Luis, en 2019 se registró 1 solo caso.
- Finalmente, en San Juan de Lurigancho, en 2024 se registró un total de 15 casos, lo que representa un incremento en comparación al 2023.

Cuadro 7**SALUD MENTAL: Primer episodio psicótico**

	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025,junio
PERU	64	188	549	407	366	555	679	1,138	1,253	580
LIMA M.			70	74	19	68	51	14	202	91
La Victoria				1	1	1	1		2	
El Agustino					4	2	3		2	
Santa Anita				6	4	6	1		1	
Ate				28	4	6	10	2	5	2
San Luis				1					0	
S.J.Lurigancho				7			1	1	15	4

Fuente: Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades-MINSA

Elaboración: ASISP

Cuadro 8

SALUD MENTAL: Primer episodio psicótico

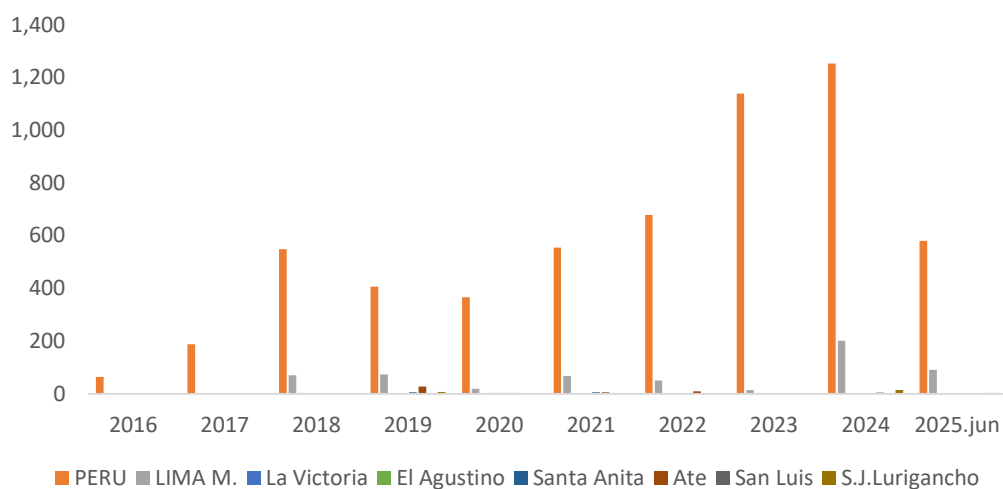
	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025.jun
PERU	64	188	549	407	366	555	679	1,138	1,253	580
Amazonas				7	14	4	10	19	19	6
Áncash				0	0	0	0	0	1	
Apurímac				4	6	8	0	19	25	9
Arequipa				75	28	13	44	50	45	15
Ayacucho				72	136	273	173	224	48	23
Cajamarca					0	0	18	100	74	52
P.C. del Callao				28	0	1	4	7	19	7
Cusco				1	5	7	2	20	78	36
Huancavelica				107	63	73	72	256	164	47
Huánuco				0	1	2	114	134	152	63
Ica				14	8	30	48	46	47	18
Junín				1	0	0	0	0	38	32
La Libertad				9	6	0	0	0	8	8
Lambayeque				1	0	0	0	0	10	14
Lima Prov				2	1	14	16	14	16	3
Lima MLM				74	19	68	51	14	202	91
Loreto				7	79	55	79	144	149	45
Madre de Dios				0	0	0	0	0	0	
Moquegua				1	0	0	0	5	12	7
Pasco				4	0	5	35	24	18	8
Piura				0	0	0	1	13	49	46
Puno				0	0	1	2	39	47	20
San Martín				0	0	0	0	1	3	1
Tacna				0	0	1	0	4	8	12
Tumbes				0	0	0	8	2	1	4
Ucayali				0	0	0	2	3	20	13

Fuente: Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades-MINSA

Elaboración: ASISP

Gráfico 5

Primer episodio psicótico



Fuente: Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades-MINSA

Elaboración: ASISP

A continuación, las características sociodemográficas del primer episodio psicótico en el Perú 2025

Cuadro 9

Primer episodio psicótico, PERÚ - 2025*		
Características sociodemográfica	N	Primer Episodio Psicótico, N = 580
Sexo	580	
Masculino		277 (47.76%)
Femenino		303 (52.24%)
Etapas de vida	580	
Niño (0 a 11 años)		4 (0.69%)
Adolescente (12 a 17 años)		94 (16.21%)
Joven (18 a 29 años)		213 (36.72%)
Adulto (30 a 59 años)		216 (37.24%)
Adulto mayor (60 años a más)		53 (9.14%)
Grado de instrucción	580	
Primaria		0 (0.00%)
Secundaria		111 (19.14%)
Superior		300 (51.72%)
No especificado		169 (29.14%)
Tipo de seguro	580	
Seguro Integral de Salud (SIS)		538 (92.76%)
EsSalud		21 (3.62%)
Policía Nacional del Perú (PNP)		2 (0.34%)
Fuerzas Armadas		1 (0.17%)
Privado		2 (0.34%)
No especificado		16 (2.76%)
Ocupación	580	
No informado		174 (30.00%)
Estudiante		135 (23.28%)
Ama de casa		120 (20.69%)
Otras		68 (11.72%)
Agricultor		29 (5.00%)
Desocupado		23 (3.97%)
Albañil		7 (1.21%)
Comerciante formal		7 (1.21%)
Profesor		6 (1.03%)
Vendedor ambulante		6 (1.03%)
Técnico		5 (0.86%)

Fuente: Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades-MINSA

5.4.3. Salud mental: Intento de suicidio

Como se puede apreciar en el siguiente cuadro, los datos del Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades-MINSA⁴⁰ indican que, a nivel nacional, en 2024, se registraron un total de 3,255 mil personas con intento de suicidio, lo que representa un mayor incremento desde el año 2016.

- Hasta junio de 2025, se registra un total de 1,581 mil casos.
- En Lima Metropolitana, en 2024 se registró un total de 1,052 mil casos, lo que representa un incremento desde el año 2019.
- En La Victoria, en 2024 se registró un total de 6 casos.
- En El Agustino, en 2024 se registró un total de 4 casos, lo que constituye una disminución desde el 2019.
- En Santa Anita, en 2024 se registró 8 casos, lo que representa una reducción en relación con el 2019.
- En Ate Vitarte, en 2024 se registró un total de 15 casos, lo que representa una reducción desde el año 2019.
- En San Luis, en 2019 se registró 2 casos.
- Finalmente, en San Juan de Lurigancho, en 2024 se registró un total de 26 casos, lo que representa un incremento en comparación al 2023.

Cuadro 10

SALUD MENTAL: Intento de Suicidio

	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025.jun
PERU	518	786	943	1,542	672	1,003	1,518	2,175	3,255	1,581
LIMA M.				724	161	230	350	408	1,052	467
La Victoria				14		1	1		6	1
El Agustino				15	4	1	3	12	4	3
Santa Anita				24		2	3	6	8	3
Ate				68		4	11	16	15	4
San Luis				2	1					
S.J.Lurigancho				54	1	5	3	5	26	21

Fuente: Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades-MINSA
Elaboración: ASISP

⁴⁰ Intento de suicidio. Sala situacional de problemas de salud mental priorizados. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades. Ministerio de Salud. 30.6.2025. https://app7.dge.gob.pe/maps/sala_salud_mental/

Cuadro 11

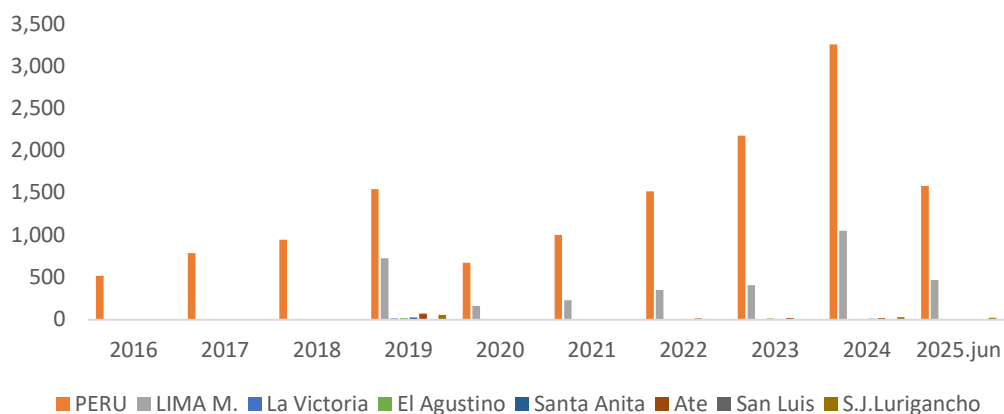
SALUD MENTAL: Intento de Suicidio

	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025.jun
PERU	518	786	943	1,542	672	1,003	1,518	2,175	3,255	1,581
Amazonas				51	45	32	80	99	85	20
Áncash				31	23	20	12	10	6	9
Apurímac				2	0	0	0	31	21	14
Arequipa				19	66	174	111	183	245	67
Ayacucho				153	155	270	276	209	181	67
Cajamarca				3	1	3	102	241	222	111
Prov. Const. del Callao				29	9	15	17	36	96	50
Cusco				4	2	4	10	29	20	56
Huancavelica				111	52	45	53	96	94	50
Huánuco				3	1	1	88	155	198	72
Ica				13	4	0	1	40	43	25
Junín				6	0	1	1	0	149	126
La Libertad				108	22	1	0	4	55	43
Lambayeque				0	0	0	1	0	75	66
Lima Prov				93	11	49	104	154	106	52
Lima MLM				724	161	230	350	408	1,052	467
Loreto				93	83	97	209	252	246	84
Madre de Dios				42	0	0	0	0	0	
Moquegua				0	0	0	0	30	72	27
Pasco				54	34	54	82	52	78	36
Piura				0	0	1	3	36	59	53
Puno				0	2	0	2	71	126	43
San Martín				2	0	0	0	2	1	7
Tacna				0	0	0	0	30	21	17
Tumbes				0	0	0	4	7	1	5
Ucayali				1	1	6	12	0	3	14

Fuente: Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades-MINSA
Elaboración: ASISP

Gráfico 6

Intento de suicidio



Fuente: Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades-MINSA
Elaboración: ASISP

A continuación, las características sociodemográficas sobre el intento de suicidio en el Perú 2025

Cuadro 12

Intento suicida, PERÚ - 2025

Características sociodemográfica	N	Intento Suicida, N = 1,581
Sexo	1,581	
Masculino		491 (31.06%)
Femenino		1,090 (68.94%)
Etapas de vida	1,581	
Niño (0 a 11 años)		12 (0.76%)
Adolescente (12 a 17 años)		336 (21.25%)
Joven (18 a 29 años)		831 (52.56%)
Adulto (30 a 59 años)		368 (23.28%)
Adulto mayor (60 años a más)		34 (2.15%)
Grado de instrucción	1,581	
Primaria		3 (0.19%)
Secundaria		142 (8.98%)
Superior		919 (58.13%)
No especificado		517 (32.70%)
Tipo de seguro	1,581	
Seguro Integral de Salud (SIS)		1,457 (92.16%)
EsSalud		42 (2.66%)
Policía Nacional del Perú (PNP)		6 (0.38%)
Fuerzas Armadas		1 (0.06%)
Privado		11 (0.70%)
No especificado		64 (4.05%)
Ocupación	1,581	
Estudiante		593 (37.51%)
No informado		444 (28.08%)
Ama de casa		161 (10.18%)
Otras		153 (9.68%)
Agricultor		65 (4.11%)
Desocupado		45 (2.85%)
Informal		38 (2.40%)
Técnico		31 (1.96%)
Comerciante formal		25 (1.58%)
Cocinera(o)		13 (0.82%)
Obrero		13 (0.82%)

Fuente: Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades-MINSA

5.5. Financiamiento y recursos

La evaluación anual 2024 de los programas presupuestales de salud⁴¹, publicada el 11 de julio de 2025 por la Oficina General de Planteamiento, Presupuesto y Estudios Económicos del Ministerio de Salud, muestra los datos presupuestarios a nivel nacional y regional del Programa Presupuestario 0131 Control y Prevención en Salud Mental⁴².

El presupuesto asignado al Programa Presupuestal 0131: SALUD MENTAL durante el ejercicio 2024 ha sido de S/. 699,273,786 soles, habiéndose ejecutado la suma de S/ 682,471,058 soles.

Asimismo, para el ejercicio fiscal 2025 el presupuesto destinado a dicho programa ha sido incrementado en S/ 31,278,831. Asciende a S/ 730,552,617 soles; ejecutándose al mes de junio la suma de S/ 361,826,636 soles.

Cuadro 13

PRESUPUESTO DEL PROGRAMA PPRESUPUESTAL 0131: CONTROL Y PREVENCIÓN EN SALUD MENTAL								
Incluye: Actividades y Proyectos								
TOTAL	2024				2025			
	240,806,216,645	262,057,841,554	238,991,478,269	91.2	251,801,045,185	264,472,651,250	113,514,995,907	42.9
Categoría Presupuestal 0131: CONTROL Y PREVENCIÓN EN SALUD MENTAL	583,701,364	699,273,786	682,471,058	97.6	639,143,367	730,552,617	361,826,636	49.5
Producto / Proyecto	PIA	PIM	Ejecución Devengado	Avance %	PIA	PIM	Ejecución Devengado	Avance %
2475582: CREACION DE LOS SERVICIOS DE ATENCION EN SALUD MENTAL EN LAS I.E. NIVEL SECUNDARIO DE LAS 9 PROVINCIAS DEL DEPARTAMENTO DE JUNIN	18,000	0	0	0.0				
2516232: MEJORAMIENTO Y AMPLIACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO MAJES DISTRITO DE MAJES - PROVINCIA DE CAYLLOMA - DEPARTAMENTO DE AREQUIPA	3,000,000	135,031	135,029	100.0				
2646806: ADQUISICION DE CAMA CAMILLA MULTIPROPOSITO, CAMA CLINICA RODABLE, CAMA CLINICA RODABLE Y CAMA CLINICA RODABLE; ADEMAS DE OTROS ACTIVOS EN EL(LA) HOSPITAL NACIONAL ARZOBISPO	0	41,104	41,104	100.0				
3000001: ACCIONES COMUNES	78,333,756	36,605,721	35,991,441	98.3	51,849,979	56,002,592	20,878,845	37.3
3000698: PERSONAS CON TRASTORNOS MENTALES Y PROBLEMAS PSICOSOCIALES DETECTADAS	44,775,015	59,988,806	59,049,533	98.4	54,166,618	61,388,170	29,919,990	48.7
3000699: POBLACION CON PROBLEMAS PSICOSOCIALES QUE RECIBEN ATENCION OPORTUNA Y DE CALIDAD	98,731,094	132,681,386	129,505,270	97.6	117,120,442	138,078,887	69,972,255	50.7
3000700: PERSONAS CON TRASTORNOS AFECTIVOS Y DE ANSIEDAD TRATADAS OPORTUNAMENTE	133,509,438	187,506,170	183,701,175	98.0	157,027,670	185,859,016	91,819,612	49.4
3000702: PERSONAS CON TRASTORNOS Y SINDROMES PSICOTICOS TRATADAS OPORTUNAMENTE	131,481,300	170,993,816	165,822,500	97.0	163,120,558	185,812,269	97,381,703	52.4
3000703: PERSONAS CON TRASTORNOS MENTALES JUDICIALIZADAS TRATADAS	10,983,167	9,044,113	8,969,345	99.2	4,050,035	4,062,044	1,808,100	44.5
3000704: COMUNIDADES CON POBLACIONES VICTIMAS DE VIOLENCIA POLITICA ATENDIDAS	3,262,640	3,901,534	3,892,468	99.8	3,350,137	3,602,119	1,586,544	44.0
3000705: POBLACION EN RIESGO QUE ACCEDEN A PROGRAMAS DE PREVENCIÓN EN SALUD MENTAL	9,873,932	10,723,953	10,666,386	99.5	10,265,041	10,803,898	5,253,779	48.6
3000706: FAMILIAS CON CONOCIMIENTOS DE PRACTICAS SALUDABLES PARA PREVENIR LOS TRANSTORNOS MENTALES Y PROBLEMAS PSICOSOCIALES	7,185,409	8,525,217	8,453,517	99.2	8,968,008	9,689,438	4,188,778	43.2
3000881: PERSONAS CON TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDO AL CONSUMO DEL ALCOHOL Y TABACO TRATADA OPORTUNAMENTE	62,547,613	79,126,935	76,243,290	96.4	69,224,879	75,254,184	39,017,030	51.8

Fuente: MEF - 14.07.2025 - Elaboración: ASISP

⁴¹ Informe de año 2024. Evaluación de los programas presupuestales de salud. Oficina General de Planteamiento, Presupuesto y Estudios Económicos. Equipo de Programas Presupuestales. Ministerio de Salud. 11.7.2025. P.34,35.
[https://www.minsa.gob.pe/presupuestales/doc2024/Evaluacion Anual 2024 PP.pdf](https://www.minsa.gob.pe/presupuestales/doc2024/Evaluacion%20Anual%2024_PP.pdf)

⁴² El objetivo del PP 0131 es proporcionar a tiempo los servicios sanitarios a la población con problemas psicosociales y trastornos mentales, por toda fuente de financiamiento.

**ANEXO
LEGISLACIÓN NACIONAL**

Norma	Artículo
<u>Constitución Política del Perú</u>	Artículo 7. Todos tienen derecho a la protección de su salud, la del medio familiar y la de la comunidad, así como el deber de contribuir a su promoción y defensa. La persona con discapacidad tiene derecho al respeto de su dignidad y a un régimen legal de protección, atención, readaptación y seguridad.
<u>Ley 30947, Ley de Salud Mental</u>	Artículo 2. Ámbito de aplicación 2.1 La presente ley se aplica en los ámbitos preventivo, promocional, curativo, rehabilitador y de reinserción social. 2.2 Corresponde a los ministerios de Salud, de Educación, de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, de Justicia y Derechos Humanos, de Trabajo y Promoción del Empleo y de Desarrollo e Inclusión Social, así como a los gobiernos regionales, gobiernos locales y a la sanidad de las Fuerzas Armadas y Fuerzas Policiales, en el ámbito de sus competencias y funciones, a los establecimientos de salud privados y a otros prestadores, la aplicación y cumplimiento de las disposiciones contenidas en la presente ley. Artículo 3. Principios y enfoques transversales En la aplicación de la presente ley, se consideran los siguientes principios y enfoques transversales: 1. Accesibilidad. Se busca asegurar el acceso a todas las personas, sin discriminación, a las acciones de promoción, prevención, atención y rehabilitación en salud mental. 2. Calidad. El Estado garantiza que los servicios brindados en los establecimientos de salud, de acuerdo a su capacidad de resolución y niveles de atención, se lleven a cabo por personal capacitado y con recursos disponibles para atender de manera eficiente y oportuna los problemas en salud mental. 3. Cobertura sanitaria universal. Todas las personas con problemas de salud mental pueden acceder, sin discriminación ni riesgo de empobrecimiento, a servicios de salud y servicios sociales esenciales que les permitan recuperarse y gozar del grado máximo de salud 4. Confidencialidad. La atención en salud mental garantiza la confidencialidad de la información obtenida en el contexto clínico. Se prohíbe la revelación, examen o divulgación de los archivos médicos de las personas sin su consentimiento expreso o, de ser el caso, del de su representante legal.

	5. Derechos humanos. Las estrategias, acciones e intervenciones terapéuticas, profilácticas y de promoción en materia de salud mental deben ajustarse a la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y a otros instrumentos internacionales y regionales de derechos humanos de los cuales el Perú es parte. 6. Dignidad. La atención, cuidado y tratamiento en salud mental se desarrollan protegiendo y promoviendo la dignidad de la persona a través del reconocimiento de sus derechos fundamentales. 7. Equidad. Los planes y programas de salud mental del Estado prestan especial atención a la satisfacción diferenciada de las necesidades específicas de poblaciones vulnerables. 8. Igualdad. Permite la detección de la desigualdad entre hombres y mujeres, y evaluar el modo como esta condiciona el equilibrio emocional y la salud mental de las personas y su entorno social. 9. Inclusión social. La atención, cuidado y tratamiento de un problema de salud mental debe tener como uno de sus objetivos la inclusión de la persona en su familia y en la comunidad a la que pertenece. Ninguna persona debe ser discriminada en razón de padecer o haber padecido un problema de salud mental. 10. Interculturalidad. Se promueve la paridad de trato entre los diferentes grupos culturales. Considera implícita la capacidad de los profesionales de la salud de poder integrar el conocimiento con las creencias y las prácticas tradicionales al momento de enfrentar los problemas de salud mental 11. No discriminación en la educación. Supone la continuidad de los estudios en las instituciones educativas de la educación básica y la educación superior pública y privada. 12. Enfoque de discapacidad. Promueve la adopción de medidas necesarias, incluida la realización de los ajustes razonables, para eliminar las barreras que impidan el ejercicio pleno de la salud mental de las personas con discapacidad, en igualdad de condiciones. 13. Enfoque multisectorial. La respuesta integral y coordinada con respecto a la salud mental requiere alianzas dentro del sector público, y entre este y el sector privado, según corresponda, en función de la situación del país. 14. Enfoque del ciclo vital. Las políticas públicas, planes y servicios de salud mental consideran las necesidades sanitarias y sociales en todas las etapas del ciclo vital: lactancia, infancia, adolescencia, edad adulta y ancianidad. Artículo 4. Finalidad de la Ley La presente ley tiene como finalidad:
--	---

	1. Proteger la salud integral y el bienestar de la persona, la del medio familiar y la de la comunidad. 2. Garantizar el respeto a la dignidad de las personas con problemas de salud mental o discapacidad, las que gozan de un régimen legal de protección integral y de atención, a través del modelo de atención comunitaria, con continuidad de cuidados, rehabilitación psicosocial y reinserción social. 3. Promover la articulación, intersectorial y multisectorial, y el desarrollo de los servicios de atención comunitaria en salud mental, a través de programas y planes de promoción, prevención y protección de la salud mental, con visión integral. 4. Fortalecer las capacidades de los profesionales que gestionan y prestan servicios de salud mental, de salud integral y otros servicios de inclusión social a nivel sectorial y multisectorial. 5. Garantizar el acceso a servicios de salud y medicamentos para los usuarios que los necesiten, mediante políticas de aseguramiento y cobertura en el sector público y privado. Artículo 5. Definiciones Para efectos de la presente ley, se entiende por: 1. Determinantes de la salud. Son aquellos factores que mejoran o amenazan el estado de salud de un individuo o una comunidad. Pueden ser asuntos de opción individual o pueden estar relacionados con características sociales, económicas y ambientales que escapan al control de los individuos 2. Hospitalización. Proceso por el cual el paciente es ingresado a un establecimiento de salud para recibir cuidados necesarios con fines de diagnóstico o terapéuticos, que requieran permanencia y necesidad de soporte asistencial por más de doce (12) horas. La hospitalización se realiza en los establecimientos de salud del segundo y tercer nivel de atención. 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 (12) horas. El reglamento de la presente ley establecerá las condiciones de emergencias psiquiátricas. 4. Intervención en salud mental. Es toda acción, incluidas las de la medicina y profesiones relacionadas, psicología, enfermería, terapia ocupacional, trabajo social y otras según corresponda, que tengan por objeto potenciar los recursos propios de la persona para su autocuidado y favorecer factores protectores para mejorar la calidad de vida de la persona, la familia y la comunidad. Incluye las acciones de carácter promocional, preventivo, terapéutico, de rehabilitación y reinserción social en beneficio de la salud mental individual y colectiva, con enfoque multidisciplinario.
--	--

	5. Junta médica psiquiátrica. Unidad colegiada conformada por dos o más médicos psiquiatras convocados por el médico tratante a solicitud del paciente, familiares o representantes legales y en los procedimientos establecidos en la presente ley y leyes conexas, para intercambiar opiniones respecto al diagnóstico, pronóstico y tratamiento de la salud mental de una persona. 6. Modelo de atención comunitaria. Es un modelo de atención de la salud mental centrado en la comunidad, que promueve la promoción y protección de la salud mental, así como la continuidad de cuidados de las personas, familias y colectividades con problemas de salud mental, en cada territorio 7. Problemas de salud mental. Comprenden: a) Problema psicosocial. Dificultad generada por la alteración de la estructura y dinámica de las relaciones entre las personas o entre estas y su ambiente. b) Trastorno mental y del comportamiento. Condición mórbida que sobreviene en una determinada persona, afectando en intensidades variables el funcionamiento de la mente y del comportamiento, el organismo, la personalidad y la interacción social, en forma transitoria o permanente. Los trastornos mentales a que se refiere la presente ley se encuentran contemplados en la Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud. 8. Representante. Es la persona que, conforme a ley, brinda el consentimiento para el tratamiento de problemas de salud mental de niños, niñas y adolescentes. 9. Salud mental. Es el proceso dinámico de bienestar, producto de la interrelación entre el entorno y el despliegue de las diversas capacidades humanas, tanto de los individuos como de los grupos y colectivos que forman la sociedad. Incluye la presencia de conflictos en la vida de las personas, así como la posibilidad de afrontarlos de manera constructiva. Implica el proceso de búsqueda de sentido y armonía, que se encuentra íntimamente ligado a la capacidad de autocuidado, empatía y confianza que se pone en juego en la relación con las demás personas, así como con el reconocimiento de la condición, propia y ajena, de ser sujeto de derechos. 10. Servicios de salud mental. Todos los servicios de salud públicos y privados que tienen como finalidad la promoción de la salud mental, así como la prevención, atención, tratamiento y rehabilitación de los problemas de salud mental. Artículo 6. Prioridades en salud mental En salud mental, se considera prioritario: 1. El cuidado de la salud mental en poblaciones vulnerables: primera infancia, adolescencia, mujeres y adultos mayores, bajo un enfoque de derechos humanos, equidad de género, interculturalidad e inclusión social, que garanticen el desarrollo saludable y la mejor calidad de vida de las personas, familias y comunidades.
--	---

	2. La implementación de servicios de atención de salud mental comunitaria, como componentes primordiales y esenciales de las redes integradas de salud. 3. La implementación del modelo de atención de salud mental comunitaria como eje estratégico de la política pública de salud mental. CAPÍTULO II DERECHOS EN SALUD MENTAL Artículo 7. Derecho a la salud mental En el marco de lo establecido por el artículo 7 de la Constitución Política del Perú, toda persona, sin discriminación alguna, tiene derecho a gozar del más alto nivel posible de salud mental. El Estado garantiza la disponibilidad de programas y servicios para la atención de la salud mental en número suficiente, en todo el territorio nacional; así como el acceso a prestaciones de salud mental adecuadas y de calidad, incluyendo intervenciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación. Artículo 8. Derecho al acceso universal a los servicios de salud mental 8.1 Toda persona tiene derecho a acceder libre y voluntariamente a servicios de salud mental públicos, y a los privados correspondientes, y a recibir atención oportuna de acuerdo al problema en salud mental. Los servicios de salud incluyen el diagnóstico, tratamiento, recuperación, rehabilitación e inserción social. 8.2 Los servicios de salud públicos priorizan la atención a los menores de edad, mujeres víctimas de violencia, personas en situación de pobreza, pobreza extrema o vulnerabilidad, así como víctimas de eventos naturales catastróficos. Artículo 9. Derechos en el ámbito de los servicios de salud mental Además de las disposiciones generales establecidas en la Ley 26842, Ley General de Salud, y en la Ley 29414, Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud, en el ámbito de la salud mental, toda persona tiene derecho a: 1. Ser atendido por su problema de salud mental en el establecimiento de salud más cercano a su domicilio, protegiéndose la vinculación con su entorno familiar, comunitario y social. 2. Recibir información necesaria sobre los servicios de salud a los que puede acceder y los requisitos necesarios para su uso, previo al sometimiento a procedimientos diagnósticos o terapéuticos.
--	--

	3. Recibir información completa, oportuna y continuada sobre su estado de salud mental, en términos comprensibles, incluyendo el diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento; así como sobre los riesgos, contraindicaciones, precauciones y advertencias de las intervenciones, tratamientos y medicamentos que se prescriban y administren. 4. Obtener servicios, medicamentos y productos sanitarios adecuados y necesarios para prevenir, promover, conservar o recuperar su salud, según lo requiera, garantizando su acceso en forma oportuna, continua, integral y digna. 5. Acceder a servicios de internamiento u hospitalización como recurso terapéutico de carácter excepcional. 6. Acceder a servicios de internamiento u hospitalización en ambientes lo menos restrictivos posibles que correspondan a su necesidad de salud, a fin de garantizar su dignidad y su integridad física. 7. Otorgar su consentimiento informado, que implica la aceptación libre, sin persuasión indebida y otorgada por una persona con problemas de salud mental, o por sus representantes, según sea el caso, después de habersele proporcionado información precisa, suficiente y comprensible sobre el diagnóstico, tratamiento, medidas alternativas posibles y efectos secundarios y riesgos. 8. Ser informado sobre su derecho a negarse a recibir o continuar el tratamiento y a que se le expliquen las consecuencias de esa negativa. 9. Recibir la protección correspondiente de los servicios del Estado contra el abandono por parte de la familia, mediante la implementación de acciones de fortalecimiento de la vinculación familiar y comunitaria y de protección residencial transitoria. 10. Contar con acceso al tratamiento de mayor eficacia y en forma oportuna, a través del uso pleno de sus respectivos seguros, incluida la protección financiera en salud del Estado, cuando corresponda. 11. Recibir tratamientos de eficacia o mecanismos de acción científicamente comprobados o cuyas reacciones adversas y efectos colaterales le hayan sido advertidos. 12. Recibir tratamiento lo menos restrictivo posible, acorde con el diagnóstico que le corresponda. 13. No ser privado de visitas durante el internamiento u hospitalización cuando estas no estén contraindicadas por razones terapéuticas y nunca por razones de sanción o castigo. 14. Recibir la medicación correspondiente con fines terapéuticos o de diagnóstico y nunca como castigo o para conveniencia de terceros.
--	---

	15. La libertad de movimiento y comunicación con el interior y exterior del establecimiento, siempre y cuando sea compatible con el tratamiento programado. Igual derecho asiste a su representante, de ser el caso. 16. Autorizar o no la presencia de personas que no estén directamente relacionadas con la atención médica, en el momento de las evaluaciones. 17. Ser escuchado y recibir respuesta por la instancia correspondiente cuando se encuentre disconforme con la atención recibida. Para estos efectos, el servicio de salud debe contar con mecanismos claros para la recepción, tratamiento y resolución de quejas, conforme a ley. 18. Permitir que su consentimiento conste por escrito cuando sea sujeto de investigación para la aplicación de medicamentos o tratamientos. 19. No recibir método de anticoncepción sin previo consentimiento informado, emitido por la persona cuando no se encuentre en situación de crisis por el problema de salud mental diagnosticado. 20. Tener acceso a servicios de anticoncepción, independientemente de su diagnóstico clínico, incluido el retardo mental, y contar con el apoyo pertinente del servicio para el ejercicio de su capacidad para obrar y la defensa de sus derechos. 21. No ser discriminado o estigmatizado por tener o padecer, de manera permanente o transitoria, un problema de salud mental. 22. Recibir efectiva rehabilitación, inserción y reinserción familiar, laboral y comunitaria, en los servicios de atención comunitaria en salud mental, así como rehabilitación psicosocial o laboral. 23. Ser atendido con respeto a su dignidad, autonomía y necesidades, conforme a lo dispuesto por la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. 24. Otros derechos que determine la ley. Artículo 10. Atención por los seguros de salud 10.1 Los seguros de salud públicos y privados deben cubrir la atención en salud mental dentro de sus planes, incluyendo el tratamiento ambulatorio o el internamiento u hospitalización, así como el acceso a medicamentos y productos sanitarios adecuados y de calidad, con excepción de los seguros con póliza de naturaleza específica. 10.2 Las compañías privadas que ofrecen seguros de salud están obligadas a brindar cobertura para el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en salud mental, de acuerdo a las necesidades de las personas con los problemas de salud mental registrados en el Capítulo de Trastornos Mentales y del Comportamiento de la Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud vigente al momento de la atención de salud, con la frecuencia, cantidad y duración necesaria.
--	---

	10.3 Las personas en condición de pobreza o pobreza extrema con discapacidad mental que no cuenten con seguros deben ser incluidas en el Seguro Integral de Salud (SIS), de acuerdo a un plan progresivo de atención o prestaciones. Artículo 11. Atención por problemas de salud mental de las personas privadas de su libertad en establecimientos penales El Ministerio de Justicia y Derechos Humanos en coordinación con el Ministerio de Salud tienen la responsabilidad de velar por la salud mental de las personas privadas de su libertad. CAPÍTULO III MARCO INSTITUCIONAL Artículo 12. Actuación del Estado El Estado, en sus tres niveles de gobierno, y de manera multisectorial y coordinada, desarrolla las políticas y ejecuta acciones para la promoción, prevención, atención, recuperación y rehabilitación en salud mental. CAPÍTULO V ATENCIÓN EN SALUD MENTAL Artículo 20. Condiciones de la atención en salud mental Los servicios de salud mental en el sistema nacional de salud desarrollan la atención en salud mental respetando las condiciones siguientes: 1. Se realiza desde el primer nivel de atención, con abordaje comunitario, interdisciplinario, integral y participativo. 2. Se realiza preferentemente de manera ambulatoria, salvo en situaciones de emergencia psiquiátrica, y dentro del entorno familiar, comunitario y social. 3. Se realiza respetando el carácter excepcional del internamiento u hospitalización. 4. La atención especializada integral incluye diagnóstico diferencial, tratamiento psicofarmacológico especializado, psicoterapias, hospitalización total y parcial y rehabilitación centrada en la comunidad. 5. El diagnóstico de los problemas de salud mental se realiza con arreglo a lo establecido en la presente ley y en las normas técnicas aceptadas internacionalmente.
--	---

	Artículo 21. Modelo de atención comunitaria 21.1 El modelo de atención comunitaria en salud mental tiene las siguientes características: 1. Se implementa continuamente, según las necesidades. 2. Satisface las necesidades de una población jurisdiccionalmente determinada en una red de servicios de salud. 3. Promueve la participación de la comunidad organizada. 4. Promueve la recuperación total, la inclusión social de las personas con problemas de salud mental, así como la continuidad de los cuidados de la salud de las personas, familias y comunidades. 21.2 El reglamento de la presente ley establece las disposiciones para la implementación de los servicios de atención de salud mental comunitaria, en el marco de las redes integradas de salud. 21.3 Los gobiernos regionales y locales, dentro del ámbito de sus competencias y funciones, implementan el modelo de atención comunitario en salud mental, con arreglo a los lineamientos técnicos que apruebe el ente rector. Artículo 22. Condiciones y garantías de los servicios de salud mental El ente rector en salud mental garantiza la continuidad de los cuidados de salud de las personas con problemas de salud mental que lo requieran, protegiendo su vinculación familiar y comunitaria. Artículo 23. Disponibilidad de psicofármacos para la atención en todos los niveles 1. Los establecimientos de salud que cuenten en su cartera de servicios con prestaciones de salud mental, disponen en forma sostenida y permanente de los psicofármacos necesarios para el tratamiento de los problemas de salud mental, incluidos en el Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales (PNUME), aprobado por la Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas (Digemid), bajo responsabilidad de los funcionarios del respectivo establecimiento. El Ministerio de Salud promueve el uso racional de los mismos desde el primer nivel de atención. 2. El Estado, a través de sus entidades competentes, asegura la disponibilidad y el acceso a los medicamentos psicotrópicos esenciales, estratégicos y de soporte, de calidad controlada, necesarios para atender los casos de refractariedad e intolerancia a los efectos indeseables de los fármacos esenciales.
--	--

	3. Los seguros públicos y privados suministran obligatoriamente los medicamentos necesarios para el tratamiento de los problemas de salud mental, de acuerdo con la legislación de la materia. 4. La dispensación debe efectuarse bajo prescripción médica, de acuerdo con las normas de prescripción vigentes, con la debida identificación del paciente mediante su documento nacional de identidad (DNI). CAPÍTULO VI DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LOS PROBLEMAS DE SALUD MENTAL Artículo 24. Evaluación 24.1 La evaluación médica en salud mental es voluntaria. Nadie puede ser obligado a someterse a un examen médico con el objeto de determinar si padece o no de un problema de salud mental. Se exceptúan los siguientes casos: 1. Situaciones de emergencia psiquiátrica o mandato judicial. 2. Exámenes médicos ocupacionales, concordantes con la Ley 30222, Ley que modifica la Ley 29783, Ley de Seguridad y Salud en el Trabajo, y su reglamento. 3. Exámenes para las Fuerzas Armadas y la Policía Nacional del Perú, que se rigen por las leyes y reglamentos que determinan la organización, las funciones, las especialidades, la preparación y el empleo; y norman la disciplina de estas instituciones castrenses. 24.2 Los establecimientos de salud del Ministerio de Salud, del Seguro Social de Salud, de la sanidad de las Fuerzas Armadas y de la Policía Nacional del Perú, y del sector privado, bajo la rectoría del Ministerio de Salud, dan el mismo trato a la salud física y mental de todas las personas, desde el primer nivel de atención. Asimismo, se fomenta la continuidad de cuidados de la salud que las personas con problemas de salud mental requieran, protegiendo su vinculación familiar y comunitaria. Artículo 25. Competencia para el diagnóstico El diagnóstico y la determinación de la existencia de un problema de salud mental se realizan por médico psiquiatra colegiado con apoyo técnico del equipo de salud mental; y, en ausencia de este, por médico cirujano colegiado, de acuerdo a las normas técnicas aceptadas internacionalmente. El médico cirujano colegiado está facultado para requerir una interconsulta del caso al médico de la especialidad, principalmente en casos de emergencia.
--	---

	Artículo 26. Prescripción y registro de administración de medicamentos La prescripción de medicamentos se realiza de conformidad con lo establecido en la Ley 26842, Ley General de Salud. Todo medicamento prescrito debe registrarse en la historia clínica. Solo se administra con fines terapéuticos o de diagnóstico y debe ser administrado de acuerdo a la legislación de la materia. CAPÍTULO VII HOSPITALIZACIÓN EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD Artículo 27. Hospitalización 27.1 La hospitalización es un recurso terapéutico de carácter excepcional, revisable periódicamente, y que solo puede llevarse a cabo cuando aporte mayores beneficios terapéuticos para la persona atendida que el resto de intervenciones posibles. Se realiza por el tiempo estrictamente necesario y en el establecimiento de salud más cercano al domicilio del usuario. 27.2 Al momento del alta médica, debe asegurarse la continuidad de cuidados de la salud ambulatorios que requiere cada caso. Artículo 28. Condiciones de los establecimientos de salud Los establecimientos de salud en los que se realice la hospitalización deben reunir, por lo menos, las siguientes condiciones: 1. Ambientes seguros, limpios y lo menos restrictivos posibles, que preserven la integridad física y psíquica de los internos. 2. Contar con atención médica especializada y personal de salud en número suficiente. 3. La hospitalización de niños y adolescentes es una medida excepcional, y solo si fuera estrictamente necesario clínicamente, debe realizarse en unidades exclusivas para este grupo etario. En el caso de niños menores de doce años, se permite el acompañamiento de sus familiares, si el médico tratante lo considera conveniente. Artículo 29. La hospitalización por mandato judicial La hospitalización por mandato judicial se realiza de acuerdo a los siguientes términos: 1. El juez penal competente puede disponer el internamiento preventivo en establecimientos de salud, para fines de estabilización, evaluación y diagnóstico, de conformidad con la legislación de la materia.
--	--

	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 por un tiempo que no exceda el tiempo de duración que considere la junta médica del establecimiento donde se hubiera realizado la hospitalización, previa audiencia con presencia del Ministerio Público y del abogado defensor. Dicha audiencia se lleva a cabo en un plazo no mayor de 48 horas de recibida la evaluación psiquiátrica. 3. El director del establecimiento de salud remite al juez competente un informe detallado sobre el estado de salud de la persona hospitalizada, corroborando o no la necesidad de continuar con la hospitalización. Informa al juzgado correspondiente cada tres semanas sobre la evolución de la persona hospitalizada. 4. Cuando la persona hospitalizada por orden judicial se encuentre en condiciones clínicas de alta, determinada por junta médica, el director del establecimiento de salud informa y solicita al juez competente el egreso de la persona hospitalizada, debiendo la autoridad judicial evaluar el caso a fin de que pueda tomar las medidas pertinentes; entre ellas, la medida de seguridad ambulatoria, para que la persona se reintegre a su familia y esta le preste el soporte o, en caso de ser portadora de algún cuadro psicótico crónico y no contare con familiares, pueda ser acogida en un hogar o residencia protegida, sujetándose a las normas establecidas en esta ley. 5. El tiempo de duración de las medidas judiciales de internamiento u hospitalización ordenadas por el juez civil o el juez de familia es definido por la junta médica del establecimiento donde se realice la hospitalización. APÍTULO VIII ATENCIÓN DESINSTITUCIONALIZADA A PERSONAS EN SITUACIÓN DE ABANDONO Y ESTADO DE VULNERABILIDAD Artículo 30. Personas con problemas de salud mental con estancia prolongada en establecimientos de salud Las personas que, pese a contar con alta médica, por circunstancias ajenas a su voluntad, permanecen innecesariamente hospitalizadas en los establecimientos de salud, deben ser derivados a profesionales de trabajo social o especialidades afines para movilizar la red familiar y comunitaria y promover la reinserción en dichos ámbitos. Artículo 31. Personas con problemas de salud mental en situación de abandono o desprotección Cuando las personas con problemas de salud mental internadas se encuentren a la vez en situación de abandono o desprotección, una vez controlada la crisis que provocó su internamiento u hospitalización, el responsable del establecimiento de salud, en coordinación con el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, dispone la búsqueda de los familiares de la persona atendida. En caso de que no se ubique a sus familiares, dichas personas son trasladadas a hogares protegidos y, excepcionalmente, a centros de atención residencial del Estado, donde continúan recibiendo el tratamiento ambulatorio a que hubiere lugar en el establecimiento de salud más cercano.
--	--

	Artículo 32. Población especialmente vulnerable En el tratamiento de trastornos psiquiátricos, los servicios de salud mental consideran las necesidades especiales de la población en situación de vulnerabilidad, tales como personas en situación de pobreza, víctimas de todo tipo de violencia, minorías étnicas, poblaciones afectadas por desastres naturales, mujeres, niñas, niños y adolescentes y personas de la tercera edad, entre otros. Artículo 33. Suspensión del internamiento u hospitalización de la persona con problemas de salud mental La persona con problemas de salud mental que tenga un período de internamiento u hospitalización mayor a cuarenta y cinco (45) días y que se encuentre en condición de alta médica, debe continuar su tratamiento en forma ambulatoria y ser incorporada en la red de atención comunitaria de salud, coordinando previamente con los profesionales de trabajo social y afines. CAPÍTULO IX EDUCACIÓN, FORMACIÓN PROFESIONAL E INVESTIGACIÓN Artículo 34. Educación en salud mental Las instituciones educativas de la educación básica y de la educación superior, tanto públicas como privadas, implementan programas de prevención con la finalidad de proteger a la población estudiantil de potenciales riesgos para la salud mental. Asimismo, fomentan la inclusión de contenidos curriculares referentes a la prevención de problemas de salud mental y a estilos de vida saludables. Para el efecto, participan profesionales especializados, de acuerdo a los lineamientos que aprueben los ministerios de Salud y de Educación. Artículo 35. Formación profesional y técnica 35.1 Las instituciones de formación profesional y técnica en salud, las entidades formadoras de profesionales en servicios sociales, en lo que corresponda, y los programas de especialización, en general, incorporan en su malla curricular el componente de salud mental con enfoque comunitario y la atención a personas con problemas de salud mental. 35.2 Las entidades formadoras de médicos especialistas y las entidades prestadoras de servicios en salud mental promueven la creación de vacantes para el residentado de psiquiatría y la incorporación de los especialistas formados en los establecimientos de salud, según las necesidades poblacionales del país en general y de las regiones en particular. Asimismo, incluyen formación continua en salud mental, ética y derechos humanos. 35.3 Las entidades formadoras en las carreras de educación superior universitaria, no universitaria y la carrera policial, incorporan en su malla curricular o cursos generales de pregrado los cursos básicos de salud mental, desarrollo humano, ética y su interdependencia con las respectivas carreras profesionales.
--	---

	Artículo 36. Capacitación en salud mental 36.1 El Ministerio de Salud es responsable de formular los programas de capacitación en salud mental, en coordinación con el Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo y, en lo que corresponde, con el Ministerio de Educación, con la finalidad de desarrollar y fortalecer las competencias de los recursos humanos del sector salud, tanto público como privado. 36.2 El personal profesional, técnico y gestor que labora en salud mental recibe capacitación continua, según los marcos conceptuales y técnicos establecidos por el Ministerio de Salud. 36.3 Los agentes comunitarios de salud reciben la capacitación de conformidad con lo establecido en la Ley 30825, Ley que fortalece la labor de los agentes comunitarios de salud. Artículo 37. Investigación en salud mental 37.1 Son responsables de gestionar y realizar programas y proyectos de investigación científica y sobre el monitoreo y prevención de problemas de salud mental, así como la promoción de la salud mental y para el fortalecimiento de las políticas públicas sobre la materia: 1. El Instituto Nacional de Salud Mental, y los institutos y entidades públicos especializados en la materia. 2. El Consejo Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación. 3. Las universidades públicas y privadas y los institutos de investigación. 4. Los colegios profesionales. 37.2 La investigación y generación del conocimiento en temas de salud mental considera los puntos de vista social, gestión, económico, innovación y programas piloto de prevención y promoción de la salud, tratamiento y rehabilitación, garantizando la calidad de la investigación, el cumplimiento de los requerimientos éticos y su debida difusión entre la comunidad científica y la sociedad. Artículo 38. Monitoreo de las condiciones de trabajo En cada institución de salud pública o privada que desarrolle atenciones de salud mental debe implementarse un programa de monitoreo de las condiciones de trabajo del personal prestador. Dicho programa debe incluir estrategias de detección, intervención grupal y coordinaciones para el apoyo requerido en caso de que se identifiquen dificultades que perturben el bienestar y adecuado ambiente de trabajo del prestador de salud.
--	---

	CAPÍTULO X⁴³ INFORMACIÓN PARA LA PREVENCIÓN DEL SUICIDIO Artículo 39. Prevención del suicidio El Estado garantiza la disposición de herramientas y vías de información para la prevención del suicidio, a cargo de los tres poderes del Estado y niveles de gobierno, y de toda persona natural y jurídica cuando se transmita información referente al suicidio, al comportamiento suicida o al intento de suicidio, a través de medios escritos, sonoros y audiovisuales, especialmente a través de medios de prensa. Artículo 40. Precisiones Para efecto de la aplicación de las disposiciones contenidas en el presente capítulo se entiende por: a) Comportamiento suicida: Diversidad de comportamientos que incluyen pensar en el suicidio (o ideación suicida), considerar o planificar el suicidio, intentar el suicidio y cometer un suicidio propiamente dicho. b) Intento de suicidio: Todo comportamiento suicida que no causa la muerte, y que se materializa a través de la intoxicación autoinfligida, lesiones o autoagresiones intencionales de cualquier tipo. c) Contenido audiovisual: Todo material expresado mediante una serie de imágenes asociadas que den sensación de movimiento, con o sin sonorización incorporada, susceptible de ser proyectada o exhibida a través de aparatos idóneos, o por cualquier otro medio de comunicación de la imagen y del sonido. d) Comunicación al público: Todo acto por el cual una o más personas, reunidas o no en un mismo lugar, puedan tener acceso al contenido, por cualquier medio o procedimiento, análogo o digital, conocido o por conocerse, que sirva para difundir los signos, las palabras, los sonidos o las imágenes. Artículo 41. Publicidad de los medios de información sobre la prevención del suicidio 41.1 Toda información referente al suicidio, comunicada al público por vía escrita, audiovisual o sonora, a través de medios públicos y privados, físicos o digitales, especialmente a través de medios de prensa, debe contener el siguiente mensaje de prevención del suicidio agregado: “Un suicidio puede evitarse si lo hablamos a tiempo. Si necesitas consejo, orientación o ayuda, llama gratis al 113, opción 5. Aquí estamos para ayudarte”. Mediante decreto supremo refrendado por el presidente del Consejo de Ministros se puede modificar o ampliar el mensaje de prevención del suicidio, a fin de garantizar su eficacia.
--	---

⁴³ Capítulo incorporado por el Artículo 3 de la Ley N° 31627, publicada el 18 noviembre 2022.

	41.2 En caso de un medio escrito, el mensaje de prevención del suicidio debe consignarse en caracteres legibles y de forma visible, al inicio o al final de la nota, no pudiendo tener un tamaño de fuente menor al texto informativo. 41.3 En caso de un medio audiovisual, el mensaje de prevención del suicidio debe transmitirse en forma clara, visual y audible, al inicio o al término del contenido. El mensaje debe permanecer visible por un mínimo de 5 segundos. 41.4 En caso de un medio sonoro, el mensaje de prevención del suicidio debe transmitirse en forma clara, pausada y audible, al inicio o al término del contenido. Artículo 42. Excepciones Queda exceptuada de la presente ley: a) Toda transmisión de información realizada por personas naturales, cuando no tenga finalidad económica directa. b) El contenido digital o físico sin fines informativos, comprendiéndose entre ellos: largometrajes, cortometrajes, obras musicales, libros, audios, columnas de opinión o cualquier otro tipo de contenido, siempre que no tenga fines informativos. c) Las publicaciones científicas y académicas. Artículo 43. Registro de las instituciones públicas y privadas Corresponde al Ministerio de Salud mantener actualizado un registro de las instituciones públicas y privadas que coadyuven a prevenir el suicidio a través de asistencia profesional o por medio de la transmisión de información. Dicha información debe ser transparentada en el portal o los canales digitales institucionales del Ministerio de Salud, garantizando su acceso de forma sencilla y visible. El Ministerio de Salud promueve la celebración de convenios con entidades públicas y privadas dedicadas a brindar servicios de asistencia y prevención del suicidio.
<u>Decreto Supremo 007-2020-SA. Decreto Supremo que aprueba el Reglamento de la Ley N° 30947, Ley de Salud Mental</u>	Artículo 2. Ámbito de aplicación 2.1. El presente Reglamento se aplica en los ámbitos preventivo, promocional, curativo, rehabilitador y de reinserción social y es aplicable en todas las instituciones, prestadoras, financiadoras, gestoras, supervisoras, vinculadas a la salud, adscritas al Ministerio de Salud, los Gobiernos Regionales y Locales, el Seguro Social de Salud (EsSalud), Sanidad de las Fuerzas Armadas y de la Policía Nacional del Perú, Instituto Nacional Penitenciario y al sector privado.

	2.2. Corresponde a los Ministerios de Salud, de Educación, de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, de Justicia y Derechos Humanos, de Trabajo y Promoción del Empleo y de Desarrollo e Inclusión Social, así como a los gobiernos regionales y gobiernos locales, en el marco de sus competencias, el cumplimiento de las disposiciones contenidas en la Ley y en el presente Reglamento. CAPÍTULO II CONSIDERACIONES PARA LA REFORMA DE LA ATENCIÓN EN SALUD MENTAL Artículo 4. Inclusión de la salud mental en todas las políticas nacionales Para el establecimiento de los lineamientos de política para la salud mental, en el marco de las políticas nacionales multisectoriales y sectoriales de salud, así como para el diseño, desarrollo y ejecución de acciones, actividades, planes, programas y servicios para el cuidado integral de la salud mental en todo el país, que incluyan la creación, fortalecimiento e implementación del modelo de atención comunitaria en salud mental, se toma en cuenta lo siguiente: 4.1 Los ministerios y las instituciones de diversos sectores que se encuentran en el ámbito de aplicación de la Ley consideran a la salud mental como derecho de los(as) ciudadanos(as) en todo el curso de vida, protegiéndola y promoviéndola en sus políticas, en concordancia con las Políticas Nacionales y los convenios internacionales ratificados por el Estado Peruano. 4.2 Las entidades de los diversos sectores y niveles de gobierno incorporan, de acuerdo a sus competencias, a la salud mental en los procesos de planificación, financiamiento, gestión, implementación, supervisión, seguimiento y evaluación de acciones en salud. 4.3 Las entidades de todos los sectores que brindan servicios de salud mental en cualquiera de sus formas y niveles adecúan de manera programática sus recursos humanos y materiales, servicios y formas de atender al modelo de atención comunitaria, con respeto ineludible a la dignidad y a los derechos fundamentales de la persona, sin discriminación, con un enfoque de recuperación, interseccional, de derechos humanos, intercultural, de curso de vida, de territorialidad y de género, con la finalidad de erradicar la estigmatización de las personas con problemas en su salud mental. Artículo 5. Reforma de la atención en salud mental La reforma de la atención en salud mental, además de lo establecido en la Primera Disposición Complementaria Final de la Ley, comprende lo siguiente: 5.1. El modelo de atención comunitaria en salud mental reemplaza progresivamente al modelo de salud mental centrado en la atención hospitalaria especializada. 5.2. La complementariedad de los saberes profesionales con otros saberes individuales y colectivos para el cuidado integral y continuo de la salud mental, incluyendo la perspectiva interseccional, de derechos humanos, intercultural, de curso de vida, de género y de territorialidad.
--	--

	5.3. Todo el personal de la salud, y de las demás instituciones vinculantes, en un marco de interdisciplinariedad, están involucrado(as) en el cuidado y atención de salud mental y no únicamente los profesionales especializados. 5.4. El escenario comunitario es el eje de la formación profesional y la generación de conocimientos. 5.5. Integra los enfoques de derechos humanos, recuperación, discapacidad, interculturalidad, de género, interseccionalidad, de determinantes de la salud, de curso de vida, de territorialidad y de orientación al bien común, para el diseño e implementación de políticas, planes, programas e intervenciones en salud mental. 5.6. Los servicios ambulatorios en salud mental se realizan preferentemente en el ámbito comunitario. Los hospitales brindan servicios ambulatorios de salud mental de forma complementaria en aquellos territorios que aún no cuenten con CSMC suficientes, y se realizan en el marco del modelo comunitario de atención, es decir, brindan servicios por equipos interdisciplinarios, con continuidad de cuidados, con participación activa de los(as) usuarios(as), con intervenciones en el individuo, familia y comunidad, incluyendo las visitas domiciliarias y con los enfoques considerados en el numeral precedente. 5.7. El Plan Quinquenal de Implementación Progresiva y Fortalecimiento de los Servicios de Salud Mental incluye todos los aspectos previstos en la Ley y en el presente Reglamento, particularmente los referidos a la Reforma de la atención en salud mental. CAPÍTULO III MARCO INSTITUCIONAL Artículo 6. Acción del Estado en salud mental 6.1. Las entidades señaladas en el numeral 2.2 del artículo 2 de la Ley, en el ámbito de sus competencias, son responsables de la formulación e implementación de sus propios planes y programas para el cumplimiento de lo establecido en la Ley y el presente Reglamento, bajo la rectoría del MINSA. 6.2. El MINSA, EsSalud, Sanidad de las Fuerzas Armadas y de la Policía Nacional del Perú, así como el INPE elaboran y proponen el Plan Quinquenal de Implementación Progresiva y Fortalecimiento de los Servicios de Salud Mental, cuyas metas y seguimiento forman parte del informe que es presentado anualmente por sus titulares ante el Pleno del Congreso de la República. El Plan es aprobado por Decreto Supremo y es refrendado por los titulares de los sectores señalados en el numeral 2.1 del artículo 2, referido al ámbito de aplicación, previa coordinación con los mismos. La conducción para su elaboración está a cargo del MINSA. 6.3. El MINSA coordina con los gobiernos regionales y locales la implementación, seguimiento y evaluación de las acciones de reforma de la atención en salud mental.
--	--

	6.4. El MINSA, con participación de los diferentes sectores consignados en el numeral 2.2 del artículo 2 de la Ley, es responsable del diseño, propuesta, coordinación, conducción, monitoreo, supervisión y evaluación de la Política Pública en Salud Mental. Artículo 7. Inclusión de la atención de la salud mental en el Aseguramiento Universal en Salud 7.1. Los servicios de salud mental públicos son brindados en los establecimientos de salud del MINSA, Gobiernos Regionales, EsSalud, Sanidades de las Fuerzas Armadas y de la Policía Nacional del Perú y en los establecimientos administrados por el INPE. Los servicios de salud mental privados son brindados en los establecimientos de salud de gestión privada que cuentan con la autorización respectiva y de acuerdo a la normatividad vigente. 7.2. Las intervenciones y procedimientos realizados en los establecimientos y servicios de salud mental comunitaria son financiadas por las IAFAS públicas, privadas y mixtas según las normas legales que les son aplicables, teniendo en cuenta los planes de salud aprobados. 7.3. Las actualizaciones periódicas de los planes de salud consideran las intervenciones de salud mental, teniendo en cuenta la normativa sobre aseguramiento universal en salud, las mismas que son de cumplimiento obligatorio por las IAFAS públicas, privadas y mixtas, según corresponda. 7.4. Los convenios existentes y que se suscriban entre IPRESS, IAFAS y/o UGIPRESS incluyen indicadores de monitoreo, supervisión y evaluación de las atenciones de salud mental. 7.5. Las IAFAS públicas y/o privadas, cuando corresponda, priorizan el establecimiento de convenios de intercambio prestacional como mecanismo para el acceso a la atención de salud mental de sus asegurados, en cada ámbito local. 7.6. SUSALUD, en el ejercicio de sus funciones, promueve, protege y defiende los derechos de las personas al acceso a los servicios de salud mental, supervisando que las prestaciones sean otorgadas con calidad, oportunidad, disponibilidad, aceptabilidad y con pertinencia cultural y lingüística. 7.7. La SBS emite las disposiciones aplicables a las empresas de seguros en el ámbito de sus respectivas competencias, con la finalidad de dar cumplimiento al artículo 28 de la Ley N° 29973, Ley General de la Persona con Discapacidad. 7.8. SUSALUD, a través de las Juntas de Usuarios de los Servicios de Salud, contribuye a la participación ciudadana promoviendo el diálogo entre las(os) usuarias(os) y los agentes del sistema de salud para el empoderamiento ciudadano, desarrollando acciones de vigilancia y rendición de cuentas para la mejora de la calidad de los servicios de salud mental y fomenta su articulación en el ámbito regional y nacional. Las Juntas de Usuarios de los Servicios de Salud incluyen la representación de las(os) usuarias(os) de los servicios de salud mental. Artículo 8. Financiamiento El financiamiento de las intervenciones en salud mental en el marco de lo establecido en la Ley y el presente Reglamento considera lo siguiente:
--	---

	8.1. El MINSA y las entidades que cuentan con crédito presupuestario aprobado en las Leyes Anuales de Presupuesto, priorizan y gestionan los recursos financieros para la implementación de las disposiciones de la Ley y el presente Reglamento, en lo que corresponde a sus responsabilidades, con cargo a los recursos de su presupuesto institucional, a nivel nacional y en el marco del Sistema Nacional de Presupuesto y sus herramientas, conforme a las leyes anuales de presupuesto, para el cierre progresivo de brechas, con especial énfasis en las poblaciones vulnerables y los grupos de especial protección. 8.2. Las entidades y organismos que no cuentan con un crédito presupuestario aprobado en las Leyes Anuales de Presupuesto y que presten servicios de salud implementan herramientas presupuestales específicas para garantizar la inversión en salud mental, asociadas a productos y resultados explícitos y verificables. Artículo 9. Sistema de información en salud mental El Ministerio de Salud, a través de su Oficina General de Tecnologías de la Información, desarrolla, implementa y mantiene un sistema de información efectivo, eficiente, seguro y accesible para el manejo competente de la información en salud mental, en concordancia con lo establecido en el marco legal vigente en materia de gobierno digital. Asimismo, el Ministerio de Salud adopta las medidas de seguridad técnicas, organizativas y legales en el referido sistema de información, que aseguren la preservación de la confidencialidad, integridad y disponibilidad de la información gestionada. Artículo 10. Participación social y comunitaria 10.1. El MINSA, de manera obligatoria, promueve el empoderamiento comunitario y garantiza el acceso a la participación de las personas usuarias, ex usuarias, expertos(as) comunitarios(as) y organizaciones sociales de base en la formulación e implementación de políticas y planes concernientes a la salud mental, en los ámbitos local, regional y nacional. 10.2. El MINSA promueve la participación de las asociaciones de usuarios(as) y/o familiares y organizaciones sociales de base, en la programación del presupuesto destinado a políticas y planes en salud mental, en el ámbito de los gobiernos regionales y locales, en el marco de la Ley N° 28056, Ley Marco del Presupuesto Participativo y su Reglamento. Artículo 11. Plan de Salud Mental Intersectorial El MINSA, en coordinación con las entidades señaladas en el numeral 2.2 del artículo 2 de la Ley, y con la participación de la sociedad civil involucrada, elabora el Plan de Salud Mental Intersectorial, que contempla las acciones intersectoriales necesarias para el cuidado de la salud mental de la población. Dicho Plan se estructura en base a las responsabilidades de cada sector involucrado en su implementación. Artículo 35. Incorporación de componentes de salud mental comunitaria en la formación profesional y técnica
--	---

	35.1. Las facultades, escuelas o carreras de medicina, psicología, enfermería, trabajo social, tecnología médica, así como otras carreras o programas de estudios vinculados a áreas de la salud, realizan modificaciones curriculares para incorporar y adecuar contenidos de salud mental acorde con la realidad epidemiológica, el modelo de atención comunitaria, y los enfoques del numeral 5.5 del artículo 5 del presente Reglamento. Esta adecuación, está a cargo de cada universidad, instituto o escuela de educación superior tecnológica y se implementará de manera progresiva y programática, cumpliéndose en un lapso máximo determinado por la Ley Universitaria y el Ministerio de Educación. 35.2. Las instituciones formadoras de profesionales y técnicos de la salud, son responsables de implementar mínimamente cada año un curso o unidad didáctica, según corresponda, de no menos de tres (3) créditos que se oriente a los diversos aspectos de la salud mental en base al modelo de atención comunitaria. Los espacios de prácticas preprofesionales o de experiencias formativas en situaciones reales de trabajo, según corresponda, se realizan en los servicios de salud mental comunitaria de las redes de salud y los servicios de salud mental de hospitales generales. Corresponde a la SUNEDU y al Ministerio de Educación supervisar el cumplimiento de lo señalado en el presente artículo y ejecutar las sanciones según corresponda. Artículo 36. Formación de especialistas con enfoque de salud mental comunitaria 36.1. La formación de segundas especialidades en psiquiatría, medicina familiar, psicología clínica, enfermería en salud mental y psiquiatría, salud mental en trabajo social y otras vinculadas a la salud mental, se realiza tomando en cuenta el marco del enfoque de salud mental comunitaria, con énfasis en la continuidad de cuidados, la atención desde el primer nivel, el trabajo interdisciplinario, la inclusión de la participación y saberes comunitarios y la diversificación de intervenciones. 36.2. Los programas de segunda especialización médica (Residentado Médico), incluyen mínimamente un curso, de no menos de tres (3) créditos, que se oriente a los diversos aspectos de la salud mental, en base al modelo de atención comunitaria, en el primer año de la currícula de todas las especialidades. En el caso del Residentado en Psiquiatría, incluyen mínimamente un curso y una rotación en el ámbito comunitario en cada año de formación. 36.3. Los programas de segunda especialización médica (Residentado Médico), consideran como referencia mínimamente el 10% de plazas para la especialidad de Psiquiatría, para lo cual las Universidades y las IPRESS generan campos clínicos en las redes de salud mental comunitarias, bajo responsabilidad de la autoridad del CONAREME. 36.4. Las adecuaciones de los programas educativos respectivos están a cargo de cada universidad, la ENSAP y otras instituciones educativas autorizadas; se implementan de manera progresiva y programática, cumpliéndose en un lapso máximo determinado por la Ley Universitaria. 36.5. La adecuación de los programas educativos para optar por el título de segunda especialidad, en el marco del presente Reglamento, se basa en el modelo de los Programas Educativos Estratégicos en Salud, establecidos en la Segunda Disposición Complementaria Final del Decreto Supremo N° 032-2014-SA, modificado por Decreto Supremo N° 031-2016-SA. Artículo 37. Capacitación en salud mental
--	---

	37.1. Los(as) profesionales y especialistas de psiquiatría, psicología, medicina, medicina familiar, enfermería, trabajo social, farmacia y bioquímica, tecnología médica, terapia de lenguaje, ocupacional y otras terapias, que trabajan en el primer nivel de atención, son responsables de la actualización de sus competencias para la atención y manejo de problemas de salud mental de acuerdo con los estándares de su profesión. 37.2. El MINSA, a través de la ENSAP, en coordinación con la Dirección General de Personal de la Salud (DIGEP) formula programas de capacitación en salud mental, en el marco de sus competencias y en coordinación con el Ministerio de Educación y el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables. La ejecución y certificación de los programas de capacitación es de responsabilidad de ENSAP. 37.3. La implementación de los procesos de capacitación se realiza en el marco del proceso de formulación, ejecución y evaluación de los Planes de Desarrollo de las Personas de las unidades ejecutoras, para cuyo propósito gestionan el respectivo presupuesto, en el marco de la formulación de los Planes Operativos Anuales respectivos. 37.4. El MINSA, impulsa la implementación de los Programas Educativos Estratégicos en Salud referidos a la Salud Mental con enfoque comunitario, en zonas priorizadas del primer nivel de atención a través de la ENSAP, teniendo en cuenta a los servicios de atención de salud mental comunitaria, en el marco de las redes integrales de salud. 37.5. Las unidades ejecutoras, en el marco del proceso de implementación de sus Planes de Desarrollo de las Personas, planifican los procesos de capacitación continua del personal profesional, técnico y gestor que labora en salud mental, según los marcos conceptuales y técnicos establecidos por el MINSA. 37.6. El MINSA, las Diris, Diresas, Geresas o sus equivalentes, así como las IPRESS, son responsables de realizar la capacitación de los(as) expertos(as) comunitarios(as) de salud de conformidad con lo establecido en la Ley 30825, Ley que fortalece la labor de los agentes comunitarios de salud y en base a los enfoques y contenidos de la Ley y el presente Reglamento. La capacitación se realiza en servicios, especialmente en los CSMC y de acuerdo con lo señalado en el artículo 18 del presente Reglamento. 37.7. Los gobiernos regionales y los pliegos presupuestales, en el marco de las leyes de presupuesto, destinan un presupuesto anual para la ejecución de los planes de capacitación en salud mental, el cual se distribuye de manera proporcional al número de profesionales a ser capacitados en cada unidad ejecutora. Artículo 38. Investigación e innovaciones en salud mental 38.1. El Instituto Nacional de Salud, el Instituto Nacional de Salud Mental, el CONCYTEC, la ENSAP, las universidades públicas y privadas y sus centros de investigación y los colegios profesionales son competentes para proponer e implementar líneas de investigación específicas y gestionar programas y proyectos de investigación para la generación de conocimiento científico-tecnológico útil en la toma de decisiones para orientar las prácticas de cuidado, el desarrollo de tecnologías, las intervenciones, la construcción de diagnósticos, los ajustes en los modelos prestacionales, las formas de financiamiento y las
--	--

	inversiones y la construcción de políticas y reformas, las cuales responden a las necesidades epidemiológicas y socioculturales de la población. Dichas líneas consideran la participación de investigadores, profesionales a nivel de la gestión y provisión de servicios, usuarios(as) de servicios, expertos(as) comunitarios(as) y sociedad civil en general. 38.2. Adicionalmente, el Instituto Nacional de Salud Mental tiene las siguientes responsabilidades específicas en materia de investigación: 38.2.1. Realizar la Encuesta Epidemiológica Nacional de Salud Mental en forma quinquenal, con indicadores de prevalencia de síntomas, trastornos y problemas comunes de salud mental; problemáticas asociadas al entorno, a sus barreras, y vulneración de derechos; demanda, uso y satisfacción en servicios de salud mental; eficacia de tratamientos; identificación y demanda de apoyos para el ejercicio de derechos; procesos de empoderamiento para la autonomía y vida independiente; conocimientos, actitudes y prácticas culturales relevantes en la población; así como factores asociados a estos indicadores. Dicha realización implica la participación del Instituto Nacional de Salud y el Instituto Nacional de Estadística e Informática. 38.2.2. Monitoreo y mapeo de la oferta de servicios de salud mental y sus condicionantes, en el territorio nacional, donde se brinde información relevante para empoderamiento del(de la) usuario(a) y la toma de decisiones de implementadores. Artículo 39. Recursos humanos en servicios de salud mental 39.1. Una vez concluido el proceso formativo en las segundas especialidades en psiquiatría, psicología clínica, salud mental en enfermería y otras especialidades vinculadas a la salud mental, las entidades prestadoras de servicios en salud promueven de manera prioritaria la incorporación de los especialistas, según las necesidades poblacionales del país en general y de las regiones en particular; para lo cual: 39.1.1. Prevén la gestión presupuestal que corresponda, en el marco de la formulación de sus planes operativos anuales. 39.1.2. Gestionan la incorporación de los perfiles de puestos en los manuales de perfiles de puestos respectivos y las incluyen en las convocatorias para los concursos anuales de plazas correspondientes. 39.1.3. Para el caso de los(as) médicos(as) especialistas en psiquiatría, impulsan la implementación del Servicio civil especializado de salud establecido en la Primera Disposición Complementaria Final de la Ley N° 30453. 39.2. Los profesionales de la salud mental que trabajan en los servicios de salud del primer nivel de atención, y que están comprendidos en el Decreto Legislativo N° 1153, perciben la valorización priorizada por atención especializada, la valorización priorizada por atención primaria de salud y la valorización ajustada, de acuerdo con lo establecido en la legislación vigente.
--	---

	CAPÍTULO VIII⁴⁴ INFORMACIÓN PARA LA PREVENCIÓN DEL SUICIDIO Artículo 40.- Información sobre la prevención del suicidio. Toda información referente al suicidio, comunicada al público por vía escrita, audiovisual o sonora, a través de medios públicos y privados, físicos o digitales, especialmente a través de medios de prensa, referente al suicidio, contiene de manera obligatoria y completa el mensaje: “Un suicidio puede evitarse si lo hablamos a tiempo. Si necesitas consejo, orientación o ayuda, llama gratis al 113, opción 5. Aquí estamos para ayudarte”, en la forma dispuesta en los numerales 41.2, 41.3 y 41.4 de la Ley N° 30947, modificada por Ley N°31627, y con las excepciones contempladas en el artículo 42 del referido cuerpo legal. Dicha información se difunde, además de en castellano, en lenguas indígenas u originarias predominantes en los ámbitos geográficos en los cuales se difunda
--	---

Fuente: SPIJ

Elaboración: ASISP

⁴⁴ Capítulo VIII incorporado por el Artículo 3 del Decreto Supremo N° 011-2025-SA, publicado el 02 julio 2025.