



PROYECTO DE LEY QUE MODIFICA EL DECRETO LEGISLATIVO N° 1153 E INCORPORA AL PERSONAL ESPECIALISTA DE LOS CENTROS DE SALUD MENTAL COMUNITARIA EN LA REMUNERACIÓN POR ATENCIÓN ESPECIALIZADA

El Congresista de la República que suscribe, **JORGE ALFONSO MARTICORENA MENDOZA** integrante del Grupo Parlamentario Alianza Para el Progreso, en ejercicio del derecho conferido por el artículo 107 de la Constitución Política del Perú y de conformidad con los artículos 75 y 76 del Reglamento del Congreso de la República, propone el siguiente Proyecto de Ley:

FORMULA LEGAL

LEY QUE MODIFICA EL DECRETO LEGISLATIVO N° 1153 E INCORPORA AL PERSONAL ESPECIALISTA DE LOS CENTROS DE SALUD MENTAL COMUNITARIA EN LA REMUNERACIÓN POR ATENCIÓN ESPECIALIZADA

Artículo 1.- Objeto de la ley.

La presente ley tiene por objetivo modificar el literal d) del numeral 8.3 del artículo 8 del D.L. N° 1153, Decreto Legislativo que regula la política integral de compensaciones y entregas económicas del personal de la salud al servicio del estado, para lograr la incorporación del personal especialista que labora en los Centros de Salud Mental Comunitarios dentro del alcance de la entrega económica por atención especializada.

Artículo 2.- Finalidad de la Ley.

La presente ley tiene por finalidad incorporar a los profesionales de la salud que realizan labor especializada en los Centros de Salud Mental Comunitarios a nivel, dentro de los alcances de la bonificación por atención especializada, contribuyendo a fortalecer el enfoque comunitario en salud mental e incentivando la permanencia del personal especialista en el primer nivel de atención, garantizando de esta forma atención de calidad y oportuna para la población más necesitada.

Artículo 3.- Modificación del literal d) del numeral 8.3 del artículo 8 del D.L. N° 1153, Decreto Legislativo que regula la política integral de compensaciones y entregas económicas del personal de la salud al servicio del estado, con el siguiente texto:

“d) Atención Especializada. - La atención especializada comprende:

d.1) La entrega económica que se asigna al puesto en servicio especializado en los establecimientos estratégicos de salud del I nivel categoría I-4 hasta el II nivel, del Ministerio de Salud o Gobiernos Regionales, o el establecimiento que haga sus veces en las otras entidades comprendidas en el ámbito de aplicación del presente Decreto Legislativo, definidos como estratégicos por el Ministerio de Salud, debiendo cumplir adicionalmente con el perfil previamente determinado.

d.2) La entrega económica que se asigna al puesto en servicio especializado en Hospitales e Institutos Especializados del II nivel y III nivel del Ministerio de Salud o Gobiernos Regionales, o el establecimiento que haga sus veces en las otras entidades comprendidas en el ámbito de aplicación del presente Decreto Legislativo, y en los Organismos Públicos que realicen labor especializada, debiendo cumplir adicionalmente con el perfil previamente determinado.

d.3) La entrega económica que se asigna al puesto de servicio especializado en los Centros de Salud Mental Comunitarios estratégicos de salud del I nivel de atención, debiendo cumplir adicionalmente con el perfil previamente determinado”.

Artículo 4.- Ámbito de la Ampliación de la Entrega Económica.

La presente norma es de aplicación al personal de la salud en el marco del Decreto Legislativo N° 276, que desempeña funciones en los Centros de Salud Mental Comunitarios del Ministerio de Salud, sus organismos públicos y Gobiernos Regionales a nivel nacional.

Artículo 5.- Financiamiento.

La implementación de la presente ley se financia de manera progresiva, en función de la disponibilidad presupuestal, y será coordinado por el Ministerio de Economía y Finanzas en articulación con el Ministerio de Salud, sin generar demandas adicionales al Tesoro Público.

DISPOSICIÓN COMPLEMENTARIA FINAL

Única. - Vigencia de la Ley

La presente Ley entra en vigor al día siguiente de su publicación en el Diario Oficial “El Peruano” La presente Ley entra en vigor.



Firmado digitalmente por:
SALHUANA CAMDES Eduardo
FAU 20161749126 hard
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 28/04/2026 09:40:42-0500



Firmado digitalmente por:
GARCIA CORREA Idelso
Manuel FAU 20161749126 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 28/04/2026 13:31:52-0500



Firmado digitalmente por:
SALHUANA CAMDES Eduardo
FAU 20161749126 hard
Motivo: En señal de conformidad
Fecha: 28/04/2026 09:40:57-0500



Firmado digitalmente por:
HEIDINGER BALLESTEROS
Nely Lidia FAU 20161749126 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 28/04/2026 11:44:24-0500



Firmado digitalmente por:
FLORES ANCACHI Jorge Luis
FAU 20161749126 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 28/04/2026 11:10:11-0500



Firmado digitalmente por:
CAMONES SORIANO Lady Mercedes FAU 20161749126 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 28/04/2026 14:22:20-0500



Firmado digitalmente por:
ACUÑA PERALTA Maria
Grimaneza FAU 20161749126 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 28/04/2026 12:29:01-0500



Firmado digitalmente por:
MARTICORENA MENDOZA Jorge Alfonso FAU 20161749126 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 28/04/2026 12:46:29-0500

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

I. FUNDAMENTOS DE LA PROPUESTA

El presente proyecto de ley, recoge las demandas a nivel nacional de los trabajadores de los Centros de Salud Mental Comunitarios.

1. SITUACIÓN DE LA SALUD MENTAL EN EL PERÚ

1.1. Contexto Actual de la Salud Mental en el Perú.

Actualmente, la salud mental representa uno de los desafíos más críticos para la salud pública en el Perú, impulsado por una alta incidencia de trastornos y una demanda de atención que no deja de crecer. Según datos del Ministerio de Salud y del Instituto Nacional de Salud Mental, se estima que un tercio de la población peruana experimentará algún problema de salud mental en su vida, destacando un incremento sostenido de cuadros de ansiedad y depresión tras la crisis de la pandemia y la inestabilidad socioeconómica. Si bien las consultas anuales ya superan el millón —lo que demuestra una mayor visibilidad del problema—, el sistema sanitario no ha logrado fortalecerse al mismo ritmo. Aunque el país ha transitado legalmente hacia un modelo de atención comunitaria mediante las Leyes N° 29889 y N° 30947, alejándose del enfoque hospitalario tradicional, persisten graves brechas estructurales como la falta de especialistas, la cobertura limitada y las barreras geográficas. Además, factores sociales como la pobreza, la violencia y el desempleo agravan la situación, haciendo indispensable que el Estado refuerce las políticas públicas con mayor presupuesto y estrategias integrales que garanticen el derecho a una salud mental digna para todos los ciudadanos.

1.2. Centros de Salud Mental Comunitarios (CSMC): Eje de la Reforma.

Los Centros de Salud Mental Comunitarios (CSMC) son establecimientos especializados que ofrecen cuidados integrales para problemas de salud mental y adicciones bajo un enfoque social. Su gran valor consiste en evitar el internamiento prolongado de los pacientes en hospitales psiquiátricos, permitiéndoles recibir tratamiento sin perder el vínculo con su comunidad y entorno cotidiano. Para lograr esto, operan bajo tres dinámicas principales: primero, ofrecen consultas y terapias ambulatorias dirigidas a personas con afecciones psicológicas de nivel moderado o severo; segundo, actúan como el núcleo coordinador de toda la red sanitaria, capacitando y respaldando directamente a las postas y centros médicos locales de atención primaria; y finalmente, complementan el tratamiento clínico con un fuerte trabajo de prevención y promoción del bienestar, involucrando activamente a los vecinos y familias en el proceso de cuidado y recuperación.

Los CSMC son establecimientos de salud especializados que brindan atención integral en salud mental y adicciones desde una perspectiva comunitaria. Su importancia radica en ser la alternativa frente a la institucionalización, permitiendo que las personas reciban cuidado sin ser segregadas de su entorno social.

1.3. La Brecha Crítica: Especialistas y Desigualdad Económica.

A pesar del crecimiento en el número de Centros de Salud Mental Comunitarios (CSMC), el sistema enfrenta una crisis de personal que pone en riesgo la efectividad del servicio. Resulta crucial contar con especialistas, particularmente psiquiatras y médicos de familia, ya que su rol es determinante para el abordaje de patologías complejas y para liderar la supervisión técnica de los equipos de trabajo multidisciplinarios.

Deserción de Especialistas y Desigualdad Salarial: Un problema crítico en el sistema es la falta de personal especializado en la mayoría de los CSMC, generada principalmente por la inequidad en los sueldos. Al no contar con los mismos incentivos económicos, bonos o beneficios que se ofrecen en los hospitales de mayor complejidad (segundo y tercer nivel), los especialistas del primer nivel de atención perciben remuneraciones menos atractivas. Esta brecha salarial provoca una migración interna de médicos hacia hospitales generales, institutos especializados o el sector privado, lo que deja a los centros comunitarios sin el talento humano necesario para atender los casos clínicos más graves.

Impacto en la Población: Reducir las brechas en la atención especializada está directamente ligado a la creación de puestos de trabajo con salarios equitativos en todos los niveles del sistema de salud. Al igualar las remuneraciones, se lograría captar y mantener a psiquiatras y médicos de familia en las comunidades, evitando su fuga hacia otros sectores. Esto permitiría que las poblaciones más vulnerables accedan a especialistas sin necesidad de viajar a Lima o a las capitales regionales. Además, una mejora salarial fortalecería la continuidad del cuidado, asegurando que los tratamientos de mayor complejidad reciban un seguimiento adecuado y constante dentro del mismo entorno social del paciente.

2. SOBRE LA ATENCIÓN ESPECIALIZADA EN LOS CENTROS DE SALUD MENTALES COMUNITARIOS (CSMC).

Según la Resolución Ministerial N° 574-2017-MINSA se aprobó la Norma Técnica N° 138-MINSA/2017/DGIESP: Norma Técnica de los Centros de Salud Mental Comunitarios, en la cual se define que los CSMC son “establecimientos de salud especializados o su correspondiente, que cuentan con Psiquiatra y servicios especializados para niños, adolescentes, adultos y adultos mayores, así como servicios especializados en adicciones y participación social y comunitaria”.

A su vez la norma técnica en mención señala que es función de los CSMC: “brindar atención ambulatoria especializada a usuarios con trastornos mentales y/o problemas psicosociales graves y/o complejos, asegurando la continuidad de cuidados a través de los establecimientos de salud correspondientes”.

También al mencionar las funciones por servicios en los CSMC de menciona lo siguiente:

(...)

Funciones de los Servicios Especializados de Salud Mental

Servicio prevención y control de problemas y trastornos de la infancia y adolescencia:

- a) Prestar atención especializada ambulatoria a la población infantil y de adolescente.
(...)

Servicio de prevención y control de problemas y trastornos del adulto y adulto mayor:

- a) Prestar atención especializada ambulatoria a la población adulta y adulta mayor.
(...)

Servicio de prevención y control de adicciones:

- a) Prestar atención especializada ambulatoria en el campo de las adicciones.
(...)

Basado en la Norma Técnica vigente, es evidente que los Centros de Salud Mental Comunitarios (CSMC) fueron diseñados como instituciones de alta especialidad y operan como tales en todas sus áreas. Sin embargo, debido a que estos centros se crearon después del Decreto Legislativo N° 1153 —norma que regula las compensaciones del sector salud—, no se contempló en aquel momento la existencia de establecimientos especializados dentro del primer nivel de atención. Esta desactualización normativa ha provocado que el personal de los CSMC quede excluido de las bonificaciones por atención especializada que sí reciben otros niveles.

Por ello, la presente propuesta de modificación legal busca corregir esta injusticia salarial para los especialistas que laboran en estos centros. El objetivo es frenar la migración de profesionales altamente capacitados hacia hospitales de mayor complejidad o al sector privado, donde encuentran mejores condiciones económicas. Es fundamental considerar que atraer especialistas, como psiquiatras, a zonas alejadas o de provincia es un reto enorme; sin una remuneración equitativa, se corre el riesgo de dismantelar el primer nivel de atención y retroceder en el cierre de brechas históricas que la reforma de salud mental ha logrado avanzar en el Perú.

3. SOBRE EL PERSONAL ESPECIALIZADO QUE LABORA EN LOS CENTROS DE SALUD MENTAL COMUNITARIOS.

La Norma Técnica N° 138-MINSA/2017/DGIESP: Norma Técnica de los Centros de Salud Mental Comunitarios, describe el personal que debe laborar en los distintos servicios de los CSMC, mencionando que se debe contar con profesionales especializados como se detalla:

- (...)
- Médico Psiquiatra.
 - Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.
 - Psicólogo con competencias en psicoterapia de niños y adolescentes, cognitivo conductual y/o terapia familiar.
 - Enfermero con competencias en salud mental, psiquiatría y/o salud pública.
 - Tecnólogo Médico especialista en terapia de Lenguaje.

- *Tecnólogo Médico especialista en terapia ocupacional.*
(...)

4. IMPACTO DE LA VIGENCIA DE LA NORMA EN LA LEGISLACIÓN NACIONAL.

Esta iniciativa legislativa se ajusta al marco legal vigente, ya que su propósito es validar el derecho de los profesionales de los Centros de Salud Mental Comunitarios a recibir compensaciones económicas coherentes con su nivel de especialidad, equiparándolos con el personal que desempeña funciones similares en otros establecimientos de salud en todo el país.

5. ANTECEDENTES

5.1. La Evolución del Modelo de Atención en Salud Mental (1990 - 2012).

Tradicionalmente, el cuidado de la salud mental en el Perú se concentró de forma exclusiva en la capital, operando bajo un esquema de internamiento en centros como los hospitales Larco Herrera, Hermilio Valdizán y el Instituto Noguchi. Este enfoque centralizado provocó el aislamiento y la desatención de las zonas rurales y regionales del país. Sin embargo, a partir de 2006, siguiendo los principios de la Declaración de Caracas y las directrices de la OPS/OMS, el Estado peruano asumió el compromiso de dismantelar este sistema de asilo. La meta desde entonces ha sido la desinstitucionalización del paciente, promoviendo que el tratamiento se realice en su propio entorno social en lugar de recurrir al confinamiento.

5.2. El Hito de la Ley N° 29889 y la Reforma de Salud Mental.

La promulgación de la Ley N° 29889 en 2012 marcó un hito en la legislación peruana al reformar la Ley General de Salud, asegurando la protección de los derechos de los usuarios y forzando al Estado a implementar servicios basados en la comunidad. No obstante, existe un desfase normativo crítico: cuando se aprobó el Decreto Legislativo N° 1153 en septiembre de 2013 para organizar las escalas salariales del sector salud, la red de Centros de Salud Mental Comunitarios (CSMC) todavía no se había consolidado a nivel nacional. Debido a esta falta de presencia en aquel momento, el artículo 8.3, literal d) de dicho decreto, limitó el reconocimiento de la "Atención Especializada" exclusivamente a hospitales e institutos, dejando fuera de este beneficio a los centros comunitarios que se fundaron posteriormente, a pesar de que estos manejan un nivel de especialización equivalente o superior.

5.3. La Expansión de los Centros de Salud Mental Comunitarios (2015 - 2026).

Desde el año 2015, el Ministerio de Salud impulsó un crecimiento acelerado de los Centros de Salud Mental Comunitarios (CSMC), los cuales se distinguen de los puestos de salud convencionales por ser instituciones de alta especialidad (categorías I-3 o I-4 con servicios especializados). Estos centros operan con equipos multidisciplinarios

integrados por psiquiatras, médicos de familia, psicólogos clínicos o especialistas en adicciones e infancia, enfermeras especialistas en salud mental, así como trabajadores sociales y terapeutas ocupacionales y de lenguaje.

Para el año 2026, aunque esta Red Nacional de Salud Mental Comunitaria se ha consolidado como la base del sistema, persiste una injusticia salarial evidente. Los profesionales que ejecutan intervenciones de alta complejidad en los CSMC —como psicoterapias intensivas, manejo de brotes psicóticos o atención de crisis suicidas— reciben remuneraciones inferiores a las de sus colegas con la misma especialización que laboran en hospitales de segundo o tercer nivel, creando una desigualdad económica sin sustento técnico.

5.4. La Crisis de Retención de Especialistas.

Tanto la Defensoría del Pueblo como el Ministerio de Salud han señalado con preocupación la constante rotación de especialistas en los Centros de Salud Mental Comunitarios (CSMC). Debido a la falta del bono por Atención Especializada en estos centros, muchos profesionales altamente capacitados los ven únicamente como una etapa transitoria mientras aguardan una vacante en hospitales de mayor nivel que sí ofrecen este beneficio económico. Esta migración de talento tiene un impacto directo y negativo en los usuarios, ya que fractura la continuidad de los tratamientos y rompe el vínculo terapéutico entre el paciente y su tratante, un factor que resulta determinante para la recuperación en las áreas de psiquiatría y psicología.

5.5. Situación Actual y Necesidad de la Modificatoria.

Hoy en día, los Centros de Salud Mental Comunitarios (CSMC) gestionan el 80% de la demanda especializada en salud mental a nivel nacional, desempeñando un rol crucial para evitar el colapso de los hospitales generales. Sin embargo, a pesar de su alta eficiencia operativa, el marco legal que regula las compensaciones (D.L. 1153) permanece estancado en la realidad de 2013. Es urgente actualizar esta normativa para que el reconocimiento de la "Atención Especializada" se otorgue en función de la naturaleza del servicio y la alta capacitación del profesional, dejando de lado el criterio obsoleto que vincula este beneficio exclusivamente a la infraestructura física de los grandes hospitales.

5.6. Pronunciamientos de Gremios y Organismos Técnicos.

Diferentes instituciones gremiales, tales como el Colegio Médico del Perú, el Colegio de Psicólogos y el Colegio de Enfermeros, han solicitado formalmente y de manera reiterada al Ministerio de Salud la nivelación de las bonificaciones por condiciones especiales de trabajo. Existe un acuerdo técnico sólido que sostiene que el desempeño profesional en los Centros de Salud Mental Comunitarios (CSMC) cumple estrictamente con los parámetros de "atención ambulatoria de alta complejidad". Este fundamento técnico es el criterio central que justifica la activación de la compensación económica planteada en la presente propuesta legislativa.

6. MARCO NORMATIVO

El presente Proyecto de Ley se inserta de manera coherente en el ordenamiento jurídico nacional, fundamentándose en las siguientes normas de rango constitucional, legal y reglamentario:

6.1. Constitución Política del Perú.

- Artículo 7 (Derecho a la Salud): Establece que 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 salud mental es parte intrínseca e inseparable del derecho a la salud integral.
- Artículo 23 (Protección del Trabajo): Señala que el Estado protege especialmente al trabajador. En este contexto, garantizar una estructura de compensaciones justa y equitativa para el personal de salud mental es una forma de protección del ejercicio profesional especializado.
- Artículo 103 (Leyes Especiales): Faculta la emisión de leyes especiales porque lo exige la naturaleza de las cosas (en este caso, la naturaleza especializada de los CSMC), permitiendo la modificación de normas preexistentes para adaptarlas a la realidad social.

6.2. Ley N° 30947, Ley de Salud Mental y su Reglamento.

- Esta norma es la piedra angular del modelo actual. En su Artículo 17, establece que la red de servicios de salud mental se basa en el Modelo de Atención Comunitaria.
- El Artículo 25 de su Reglamento (D.S. N° 007-2020-SA) dispone que el personal de salud debe contar con las competencias y el soporte necesario para el desempeño de sus funciones. La falta de reconocimiento de la "Atención Especializada" en los CSMC contradice el espíritu de esta ley, que busca jerarquizar la atención comunitaria al mismo nivel que la hospitalaria.

6.3. Ley N° 29889, Ley que modifica la Ley General de Salud.

- Esta ley fue la que modificó el Artículo 11 de la Ley N° 26842, estableciendo que "la atención de la salud mental se realiza en el marco de un modelo de atención comunitaria". Al ser los CSMC la máxima expresión de este modelo, su personal técnico y profesional debe estar contemplado en los regímenes de entregas económicas por especialización que el Estado otorga a sus servidores.

6.4. Decreto Legislativo N° 1153 y su Reglamento.

- D.L. 1153: Es la norma que se pretende modificar. Regula las compensaciones y entregas económicas. Actualmente, el numeral 8.3 literal d) limita la "Atención Especializada" a servicios de alta complejidad (generalmente hospitales Nivel III). La realidad de los CSMC en 2026 demuestra que estos operan como centros de especialidad ambulatoria, por lo que su exclusión actual es un anacronismo normativo.

- Reglamento del D.L. 1153: Define la entrega económica como un concepto no remunerativo ni pensionable, orientado a incentivar el desempeño en condiciones específicas. La modificación propuesta permite que el Reglamento sea actualizado para incluir los criterios de categorización de los CSMC.

6.5. Ley N° 30885, Ley que establece la conformación y el funcionamiento de las Redes Integradas de Salud (RIS).

- Las RIS buscan la eficiencia en la prestación de servicios. Los CSMC son nodos especializados dentro de estas redes. Para que una RIS funcione, sus nodos especializados deben ser atractivos para los profesionales; de lo contrario, el sistema colapsa por falta de especialistas en el primer nivel de atención (periférico).

6.6. Normas Técnicas de Salud (NTS) del MINSA.

- NTS N° 138-MINSA/2017/DGIESP: "Norma Técnica de Salud de Centros de Salud Mental Comunitarios". Esta norma define que los CSMC brindan atención especializada de salud mental a personas con trastornos mentales y problemas psicosociales graves. Al ser catalogada por el propio MINSA como "atención especializada", resulta jurídicamente imperativo que dicha condición se refleje en el D.L. 1153.

6.7. Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) - Agenda 2030.

- Objetivo 3 (Salud y Bienestar): Específicamente la meta 3.4, que busca promover la salud mental y el bienestar. El Estado peruano, al suscribir estos convenios internacionales, se compromete a fortalecer los sistemas de salud mental, lo cual incluye el fortalecimiento de las condiciones laborales de sus operadores.

CONCLUSIÓN DEL MARCO NORMATIVO

Existe una evidente incoherencia normativa entre lo que el MINSA exige a los CSMC (atención especializada de alta responsabilidad) y lo que el D.L. 1153 reconoce económicamente (atención básica o general). La presente modificación busca armonizar el sistema de compensaciones con la realidad de la reforma de salud mental peruana.

7. JUSTIFICACIÓN

▪ Justificación Técnica y de Especialización.

La labor en un CSMC no es de "atención básica". El personal de estos centros realiza intervenciones de psicoterapia especializada, manejo farmacológico complejo, rehabilitación psicosocial y visitas domiciliarias en situaciones de crisis. Al no estar incluidos en el literal d) del numeral 8.3 del D.L. 1153, estos profesionales perciben ingresos menores que sus pares que realizan funciones similares en hospitales, a pesar de que el nivel de responsabilidad y especialización es equivalente. La inclusión de los CSMC subsana esta inequidad técnica.

- **Justificación Social y de Salud Pública.**

La brecha de atención en salud mental en el Perú sigue siendo crítica. Incentivar la permanencia de especialistas en los CSMC mediante la entrega económica por "Atención Especializada" garantiza la continuidad del cuidado. Un paciente con esquizofrenia o trastorno bipolar que no encuentra a su médico o psicólogo por la alta rotación de personal, tiene mayor riesgo de recaída, hospitalización de emergencia y carga económica para su familia y el Estado.

- **Justificación Económica (Criterio de Eficiencia).**

Fortalecer los CSMC es más eficiente para el erario público que financiar camas de internamiento en hospitales psiquiátricos. El costo de una hospitalización prolongada supera ampliamente la inversión que supone otorgar esta entrega económica al personal especializado en el CSMC. Se trata de una inversión preventiva: personal motivado y estable reduce la carga hospitalaria de alta complejidad.

- **Análisis de Proporcionalidad y Equidad.**

El principio de "a igual trabajo, igual remuneración (o compensación)" se ve vulnerado actualmente. Los profesionales de la salud mental en los CSMC poseen títulos de segunda especialidad y certificaciones equivalentes a los de los profesionales en hospitales. Negar el acceso a la entrega económica por atención especializada constituye un acto de discriminación indirecta que afecta el clima laboral y la vocación de servicio en el sector público.

II. ANALISIS DE IMPACTO CUALITATIVO

El impacto de la presente norma trasciende lo económico, afectando directamente la estructura del sistema de salud y la dignidad de los usuarios. Se identifican los siguientes impactos:

1. **Fortalecimiento del Binomio Profesional-Paciente.**

La continuidad del tratamiento es el factor de éxito número uno en salud mental.

Impacto: Al reducir la rotación de personal mediante incentivos justos, se evita la "revictimización" del paciente, quien actualmente debe contar su historia traumática a un profesional nuevo cada 6 meses debido a la renuncia de los especialistas. Se construye una relación terapéutica sólida y de confianza.

2. **Desestigmatización de la Salud Mental en el Sector Público.**

Históricamente, el personal de salud mental ha sido "olvidado" en las escalas salariales frente a especialidades quirúrgicas o de emergencia física.

Impacto: Esta ley dignifica el trabajo del personal de los CSMC, enviando

un mensaje institucional de que la salud mental es tan prioritaria como la salud física. Esto eleva la moral y el compromiso ético del servidor público.

3. Mejora en la Calidad de la Respuesta Comunitaria.

Los CSMC no son solo consultorios; realizan visitas domiciliarias y movilización social.

Impacto: Un personal bien remunerado y estable tiene mayor disposición para realizar labores de campo y trabajo con las familias en zonas de difícil acceso (cerros, asentamientos humanos, zonas rurales). Esto mejora la capacidad de respuesta del Estado en los lugares más vulnerables.

4. Impacto en la Salud Pública Preventiva.

La atención especializada oportuna detecta casos de violencia familiar, abuso sexual infantil y riesgo de suicidio antes de que ocurra una tragedia.

Impacto: Se fortalece el "escudo social". La permanencia de psicólogos y psiquiatras expertos permite una identificación temprana de patologías sociales, reduciendo la carga de casos legales y policiales derivados de crisis de salud mental no atendidas.

5. Equidad y Descentralización.

Actualmente, los mejores especialistas se concentran en Lima o en el sector privado.

Impacto: Al hacer atractiva la valorización económica en los CSMC (que están distribuidos en todo el territorio nacional), se incentiva que los especialistas permanezcan en sus regiones, garantizando que un ciudadano en Huancavelica o Loreto reciba la misma calidad de atención que uno en la capital.

Matriz de Impacto

Variable	Situación Actual (Sin Ley)	Situación Proyectada (Con Ley)
Rotación de Personal	Alta (Fuga de talentos a clínicas/EsSalud).	Baja (Retención de especialistas).
Calidad de Atención	Fragmentada por cambios de terapeuta.	Continua y personalizada.
Cobertura Territorial	Deficiente en regiones remotas.	Fortalecida y estable.
Prevención de Crisis	Reactiva (se atiende la emergencia).	Proactiva (seguimiento comunitario).

III. ANALISIS COSTO BENEFICIO

La presente norma no implica un gasto adicional para el Estado; el Gobierno Nacional y los Gobiernos Regionales harán las modificaciones necesarias para que de sus recursos presupuestales institucionales puedan atender la implementación de la presente Ley. Desde el punto de vista humano se está protegiendo y reconociendo el pleno goce y ejercicio, en condiciones de igualdad, de todos los derechos laborales y libertades fundamentales a la persona en su condición de servidores públicos para seguir disfrutando de una vida plena, independiente y autónoma, con salud, seguridad, integración y participación activa en las esferas económica, social, cultural y política del Perú.

El presente proyecto de ley no constituye un gasto ordinario, sino una inversión estratégica en capital humano con retornos sociales y económicos medibles en tres niveles:

1. Dimensión Económica: Eficiencia del Gasto Público.

- Reducción de la Tasa de Recaídas: Un paciente con trastorno mental grave (esquizofrenia, trastorno bipolar) estabilizado en un CSMC por personal motivado y permanente, reduce en un 45% la probabilidad de crisis agudas.
- Ahorro en Hospitalización de Alta Complejidad: El costo por día de una cama en un hospital psiquiátrico es aproximadamente 3.5 veces mayor que el costo de atención ambulatoria especializada en un CSMC. Al fidelizar al personal experto, se garantiza la continuidad del tratamiento, evitando internamientos prolongados que saturan el sistema de salud.
- Optimización del Gasto en Capacitación: La alta rotación actual obliga al Estado a invertir constantemente en la inducción y especialización de nuevo personal. La ampliación de la entrega económica actúa como un mecanismo de retención, protegiendo la inversión previa realizada en la formación del recurso humano.

2. Dimensión Social: Productividad y Capital Humano.

- Retorno a la Productividad (Años de Vida Saludables - AVISA): La salud mental es una de las principales causas de pérdida de años de vida productiva en el Perú. Una atención especializada y continua permite que el paciente y su cuidador familiar se reintegren al mercado laboral o educativo.
- Prevención de Externalidades Negativas: La atención oportuna en salud mental comunitaria reduce los índices de violencia familiar, deserción escolar y consumo de sustancias psicoactivas, lo que impacta directamente en la disminución de costos en los sectores de Justicia e Interior (seguridad ciudadana).

3. Dimensión Institucional: Fortalecimiento del Modelo Comunitario.

- Sostenibilidad de la Reforma: El éxito de la Reforma de Salud

Mental depende exclusivamente de la presencia de equipos multidisciplinarios (psiquiatras, psicólogos, enfermeros, trabajadores sociales). Sin el incentivo económico propuesto, el modelo comunitario corre el riesgo de desmantelarse por falta de especialistas, revirtiendo el sistema hacia el modelo de asilos, el cual es ineficiente y vulnera derechos humanos.

Resumen del Análisis: El incremento en la planilla por concepto de valorización priorizada se compensa con creces mediante la reducción de costos operativos en hospitales de tercer nivel y el incremento de la productividad de los ciudadanos atendidos. Por cada Sol invertido en salud mental, se estima un retorno de 4 Soles en salud y productividad (según estándares de la OMS).

IV. VINCULACION CON EL ACUERDO NACIONAL

El presente proyecto de ley se enmarca dentro de las siguientes Políticas de Estado del Acuerdo Nacional:

Política de estado 02: Equidad y justicia social.

Política de estado 04: Estado eficiente, transparente y descentralizado.

Política de estado 11: Promoción de la igualdad de oportunidades sin discriminación.

Política de estado 13: Acceso Universal a los Servicios de Salud ya la Seguridad Social.

Política de estado 14: Acceso al Empleo Pleno, Digno y Productivo.

Política de estado 24: Afirmación de un Estado eficiente y transparente.