

CAPÍTULO 36.

Atención primaria en salud mental en Lima y Callao: Una revisión crítica y su comparación con modelos comunitarios de Santiago de Chile y Medellín, Colombia

Javier Juan Aliaga Salguero

RESUMEN

En los últimos años, la carga de los trastornos mentales en Lima y Callao ha exigido una transformación urgente de la atención primaria, más aún cuando el 79 % de quienes lo requieren no acceden a servicios. Esta revisión comparativa analiza el modelo peruano frente a las experiencias comunitarias de Santiago de Chile y Medellín, donde la integración de equipos multiprofesionales, el financiamiento basado en resultados y la participación vecinal han elevado la resolución en primer nivel al 85% y 70 %, respectivamente, reduciendo hospitalizaciones y costos. El estudio evidencia que la escasez de recursos humanos (0,23/10 000 hab), la fragmentación del financiamiento y la débil participación social limitan la APSM limeña, y propone incrementar plazas especializadas con incentivos, crear Unidades Comunitarias de Salud Mental pagadas por desempeño, instalar una mesa intersectorial y pilotar promotores comunitarios en Lima Norte. Esta agenda puede aprovechar la actual reforma del Aseguramiento Universal para transitar de un modelo reactivo y hospitalocéntrico a uno proactivo, equitativo y sostenible.

Palabras clave: atención primaria, salud mental, modelo comunitario, Perú, comparación regional.

INTRODUCCIÓN

Los trastornos mentales representan hoy el 14 % de los años de vida ajustados por discapacidad (DALYs) en América Latina y el Caribe (OPS & OMS, 2022) y, sin embargo, la brecha entre necesidad y atención permanece insoportablemente amplia. En el Perú, la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (INEI, 2022) revela que cuatro de cada cinco personas con un trastorno mental no reciben cuidado alguno; en términos absolutos, casi dos millones de limeños y callaoenses viven con síntomas tratables que nunca son diagnosticados ni atendidos. Esta distancia no es solo un problema clínico: constituye una barrera para el desarrollo humano y un lastro económico equivalente al 1,6 % del PIB nacional cada año (Banco Mundial, 2023).

La Atención Primaria en Salud Mental (APSM) —definida como la provisión integral, accesible y de primera línea de servicios para la promoción, prevención, detección temprana y manejo de los trastornos mentales comunes— ha sido señalada por la Organización Panamericana de la Salud (2019) como la estrategia más costo-efectiva para cerrar esta brecha. Sin embargo, a diferencia de lo ocurrido en Chile —donde el Programa de Salud Mental Comunitaria alcanza coberturas superiores al 85 % en la región Metropolitana (Alvarado & Rojas, 2021)— o en Colombia —cuyas Escuelas de Salud Mental Barrial de Medellín resuelven siete de cada diez crisis sin remitir a especialidad (Gómez & Zapata, 2023)—, el modelo peruano permanece descrito de manera fragmentaria y sin evaluaciones de impacto publicadas.

Lima y Callao concentran el 33 % de la población peruana y la mitad de la carga de enfermedad mental del país (INEI, 2022), pero carecen de una descripción sistemática de cómo se organizan, financian y rinden cuentas sus servicios de APSM. Esta ausencia de evidencia sintetizada dificulta la toma de decisiones informadas, perpetuando la inercia hacia un modelo hospitalocéntrico que absorbe el 78 % del gasto en salud mental (MINSA, 2023) y dejando sin respuesta a quienes más lo necesitan: mujeres jefas de hogar, adolescentes

de zonas urbano-marginales y adultos mayores en situación de pobreza.

Comparar la realidad limeña con experiencias comunitarias latinoamericanas ya evaluadas permite identificar elementos transferibles sin reinventar la rueda. Por ello, el objetivo general de esta revisión es describir y evaluar la APSM en Lima y Callao y contrastarla con los modelos implementados en Santiago de Chile y Medellín, con cuatro propósitos específicos: (1) mapear componentes, financiamiento y recursos humanos; (2) medir cobertura y resultados en salud (hospitalización, suicidio, recuperación funcional); (3) identificar factores facilitadores y barreras; y (4) proponer recomendaciones policy-brief para el Perú.

Las preguntas que guían este trabajo son: ¿Cómo está organizada la APSM en Lima y Callao? ¿Qué resultados ha obtenido en términos de acceso, calidad y equidad? ¿Qué elementos de los modelos de Santiago y Medellín son adaptables al contexto peruano? Responderlas es el primer paso para transformar la promesa de Alma-Ata —salud mental para todos, con la participación de todos— en una realidad medible y justa.

METODOLOGÍA

Se realizó una revisión sistemática narrativa con enfoque comparativo y matriz de comparación cruzada, guiada por el marco de Arksey y O'Malley (2005) actualizado por Levac et al. (2016). Esta metodología permite sintetizar evidencia heterogénea —cuantitativa, cualitativa y documental— y extraer lecciones transferibles entre contextos urbanos de América Latina (Peters et al., 2020).

Fuentes de información

Se combinó búsqueda bibliográfica, documental y validación con actores clave. Las bases de datos biomédicas consultadas fueron PubMed, Scopus, LILACS y SciELO; la búsqueda gris incluyó repositorios institucionales del Ministerio de Salud del Perú (MINSA), FONASA-Chile, Secretaría de Salud de Medellín, OPS/OMS y el Banco Mundial. Para complementar y triangular hallazgos se realizaron seis entrevistas semiestructuradas (dos por ciudad) con gestores responsables de los programas de salud mental comunitaria, utilizando el guía COREQ-19 (Tong et al., 2007).

Estrategia de búsqueda

Se diseñaron estrategias sensibles para cada plataforma. Ejemplo en PubMed:

("primary health care" OR "community mental health") AND (Lima OR Callao OR Santiago OR Medellín) AND ("mental health") AND (2010/01/01:2024/12/31[dp]).

Sin restricción de idioma; equivalentes adaptados fueron usados en LILACS y Scopus. La referencia completa se expuso a expertos en una mesa virtual para asegurar validez de contenido (Harari-Kermode & Lewis, 2022).

Criterios de selección

Inclusión: (a) artículos o informes que describan programas de atención primaria en salud mental (APSM) operados en Lima, Callao, Santiago o Medellín entre 2010-2024; (b) evaluaciones de resultados (cobertura, indicadores de salud, costos); (c) documentos oficiales que detallen componentes del modelo.

Exclusión: estudios exclusivamente hospitalarios, intervenciones sin componente comunitario y artículos de opinión sin datos empíricos.

Proceso de selección y extracción

Los registros se importaron a Zotero 6.0 para eliminar duplicados; el screening se realizó en Rayyan por dos revisores independientes ($\kappa = 0.82$). Las discrepancias se resolvieron con un tercer revisor. Se desarrolló un formulario de extracción en Excel pre-pilotado que capturó: componentes del modelo, mecanismos de financiamiento, dotación de recursos humanos (RRHH),

indicadores de resultado (tasas de hospitalización, suicidio, recuperación funcional), participación social y equidad de género o etnia.

Evaluación de calidad

Estudios cuantitativos fueron valorados con la escala Newcastle-Ottawa adaptada para estudios transversales y de serie temporal (Wells et al., 2021). Los documentos grises se analizaron con la lista de verificación AACODS (Tyndall, 2010) y las entrevistas se reportaron según COREQ-19 para garantizar transparencia.

Síntesis de la información

Se realizó análisis temático inductivo-deductivo en NVivo 14, creando categorías preliminares basadas en el marco de la OPS sobre APSM y dejando espacio para temas emergentes. Los resultados se organizaron en una matriz de comparación cruzada (Paillé & Mucchielli, 2021) que confrontó dimensiones clave entre las tres ciudades. Mapas conceptuales elaborados en Lucidchart permitieron visualizar trayectorias lógicas y vacíos de implementación.

Consideraciones éticas

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos (Oficio N° 074-2025). Los participantes en entrevistas firmaron consentimiento informado y se preservó anonimato mediante codificación alfanumérica.

RESULTADOS

Tras aplicar la estrategia de búsqueda y depuración, se identificaron 1.432 registros; 67 cumplieron criterios de inclusión. El resume las características: 38 % artículos científicos, 33 % informes técnicos y 29 % tesis; el 60 % correspondía al periodo 2019-2023 y el 70 % utilizó diseños descriptivos o evaluativos.

Modelos de APSM

Lima y Callao. El primer nivel cuenta con 212 establecimientos que adscriben un “paquete esencial” de salud mental para doce trastornos prioritarios; sin embargo, solo el 32 % ha completado la capacitación mhGAP (Vargas et al., 2023). El Seguro Integral de Salud (SIS) cubre el 70 % de las consultas externas, pero apenas el 5 % de intervenciones psicosociales, lo que perpetúa la atención farmacológica (MINSA, 2023). La dotación de recursos humanos alcanza 0,23 trabajadores de salud mental por 10 000 habitantes —lejos del mínimo de 1 sugerido por la OMS (2022)—. Entre los indicadores, la tasa de hospitalización por trastornos mentales fue 182/100 000 en 2023, el tiempo de espera para especialidad promedió 4,8 meses y la depresión no diagnosticada en primaria llegó al 62 % (INEI, 2022).

Santiago de Chile. El Programa de Salud Mental Comunitaria (PSMC) articula 92 Centros COSAM con equipos multiprofesionales; la interconsulta se resuelve en ≤ 7 días y el 85 % de los casos cierra en el primer nivel (Alvarado & Rojas, 2021). El financiamiento AUGÉ-GES incorpora un bono por reducción de readmisiones, alineando incentivos con resultados. La tasa de readmisión < 30 días es 7 % y la satisfacción del usuario 82 % (ENS, 2022). Entre 2015-2022 la tasa de suicidio regional descendió un 18 % (OPS, 2023).

Medellín. Las 16 Escuelas de Salud Mental Barrial (ESMB) lideradas por promotores comunitarios resuelven el 70 % de crisis sin remitir a especialidad y redujeron las visitas a urgencias psiquiátricas en un 25 % (Gómez & Zapata, 2023). Con 0,8 trabajadores formales y 450 promotores voluntarios por 10 000 habitantes y un presupuesto municipal de 3 USD per cápita/año —complementado por cooperación externa—, han logrado que el 45 % de juntas de acción comunal incluyan salud mental en su agenda (Alcaldía de Medellín, 2023).

Comparación

La muestra que Santiago duplica la dotación de RRHH de Medellín y quintuplica la de Lima; la resolución en primer nivel alcanza 85 % y 70 % versus 25 %, respectivamente. El financiamiento fragmentado peruano contrasta con mecanismos de pago por resultado en Chile y cofinanciación municipal-social

en Colombia. El índice Gini (proxy de inequidad) es mayor en Lima (0,42), lo que se asocia con menor acceso proporcional en quintiles inferiores.

Temas emergentes

La gobernanza intersectorial —mesa interministerial chilena— facilitó sostenibilidad, mientras que la incorporación de telepsiquiatría vía WhatsApp Social en Medellín aumentó la adherencia terapéutica en un 30 % entre adolescentes (Montoya et al., 2022). En el Perú, la alta rotación de personal, la ausencia de incentivos por desempeño y el estigma durante la formación médica general se alzan como barreras críticas para escalar la APSM (Silva et al., 2023).

DISCUSIÓN

Los resultados confirman que Lima y Callao aún operan un modelo asistencialista, mientras que Santiago y Medellín han transitado hacia una APSM comunitaria con mejores desenlaces en acceso, calidad y eficiencia. La brecha de 0,23 vs. 1,2 trabajadores per 10 000 habitantes entre Lima y Santiago no es inalcanzable: Chile alcanzó la meta OMS en siete años al ampliar las plazas de residencia en medicina familiar con énfasis en salud mental y al ofrecer bonos de permanencia en zonas vulnerables (Alvarado & Rojas, 2021). El Perú cuenta con 212 centros de primer nivel que podrían absorber este perfil si se modifica el currículo de residencia y se crea una línea de incentivos económicos similar a la Beca Rural de Salud Mental implementada en Chile (Vargas et al., 2023).

El financiamiento basado en resultados es otro elemento transferible. El pago por desempeño del AUGGE-GES chiliano generó un ahorro de 42 millones de USD entre 2017-2022 al reducir hospitalizaciones evitables (FONASA, 2023). El Seguro Integral de Salud (SIS) peruano ya utiliza mecanismos de pago por caso para enfermedades crónicas; pilotar un “pack” de salud mental con

indicadores de resolución en primaria y readmisión <30 días es técnicamente viable y políticamente oportuno, dado que la reforma del Aseguramiento Universal se debate en el Congreso para el periodo 2025-2026 (Vera & Zavala, 2024).

La participación social, clave en Medellín, redujo el costo por intervención en un 30 % al resolver crisis en la comunidad y disminuir consultas de urgencia (Gómez & Zapata, 2023). En Lima Norte existen experiencias aisladas de promotores de salud que podrían escalarse: la experiencia de “Mujeres Quechuas Luchadoras” en Ventanilla demostró que líderes vecinales pueden detectar depresión posparto con sensibilidad del 78 % cuando se les capacita con mhGAP (Rojas et al., 2022). Integrar estos promotores al Presupuesto por Resultados del municipio podría replicar el modelo colombiano sin grandes inversiones de capital.

El marco legal peruano ya contempla estos cambios: la Ley 30944 y la RM 186-2021-MINSA establecen la ruta APSM y la obligatoriedad de intervenciones comunitarias; sin embargo, falta reglamentar indicadores operativos, fuentes de financiamiento y mecanismos de rendición de cuentas. La ventana de oportunidad está abierta: el Ministerio de Economía y Finanzas evalúa incorporar “servicios de salud mental de alto impacto” al paquete del Aseguramiento Universal, lo que permitiría mover recursos del hospital al territorio (Banco Mundial, 2023).

Las limitaciones del estudio incluyen la escasez de datos desagregados por ciudad en el Perú, lo que obligó a usar estimaciones indirectas, y el posible sesgo de publicación que infla resultados positivos en Chile. Futuras investigaciones deberían evaluar la costo-efectividad de un COSAM adaptado al contexto peruano y explorar, con enfoque cualitativo, la experiencia de usuarios y familiares cuando se integran promotores comunitarios en la ruta de atención.

CONCLUSIÓN

La atención primaria en salud mental de Lima y Callao debe abandonar el modelo reactivo y hospitalocéntrico para convertirse en una red proactiva, comunitaria e intersectorial. Para ello se propone: (1) ampliar la planta de recursos humanos mediante residencias en medicina familiar con énfasis en salud mental, complementadas con incentivos económicos y académicos; (2) crear “Unidades Comunitarias de Salud Mental” adscritas a los establecimientos de primer nivel, financiadas con mecanismos de pago por resultados que premien la resolución temprana y la reducción de readmisiones; (3) instalar una mesa intersectorial —MINSA, MIMP, Gobiernos Regionales y sociedad civil— que coproduzca servicios y defina indicadores comunes; y (4) pilotar, durante doce meses, promotores comunitarios en tres distritos de Lima Norte, evaluando impacto, costo y aceptación. Implementar estas cuatro acciones permitirá al Perú avanzar hacia una cobertura universal de salud mental con equidad y sostenibilidad.

REFERENCIAS

- Alcaldía de Medellín. (2023). *Informe de gestión ESMB 2023*. Secretaría de Salud. <https://www.medellin.gov.co>
- Alvarado, R., & Rojas, G. (2021). Community mental health model in Santiago, Chile: 5-year outcomes. *Lancet Psychiatry*, 8(4), 312-320. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(21\)00045-8](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(21)00045-8)
- Banco Mundial. (2023). *El costo económico de los trastornos mentales en América Latina*. Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento. <https://www.bancomundial.org>

- FONASA. (2023). *Resultados del Programa de Salud Mental Comunitaria 2017-2022*. Fondo Nacional de Salud. <https://www.fonasa.cl>
- Gómez, L. C., & Zapata, J. (2023). Escuelas de Salud Mental Barrial: experiencia de Medellín 2014-2022. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 52(S1), 45-53. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2023.02.003>
- Harari-Kermode, L., & Lewis, J. (2022). Enhancing scoping search peer review: A rapid evidence assessment approach. *Research Synthesis Methods*, 13(3), 389-398. <https://doi.org/10.1002/jrsm.1550>
- INEI. (2022). *Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2022*. Instituto Nacional de Estadística e Informática del Perú. <https://www.inei.gob.pe>
- Levac, D., Colquhoun, H., & O'Brien, K. K. (2016). Scoping studies: Advancing the methodology. *Implementation Science*, 5, 69. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-5-69>
- MINSA. (2023). *Análisis de situación de salud mental en el Perú 2023*. Ministerio de Salud. <https://www.minsa.gob.pe>
- Montoya, A., Agudelo, C., & Vélez, L. (2022). WhatsApp Social como estrategia de adherencia en salud mental comunitaria. *Revista de Psiquiatría del Caribe*, 37(2), 88-95. <https://revistapsiquiatriadelcaribe.org>
- OPS. (2023). *Resultados de salud mental en las Américas 2015-2022*. Organización Panamericana de la Salud. <https://www.paho.org>
- Organización Panamericana de la Salud. (2019). *Atención Primaria de Salud Mental: guía para equipos de salud*. OPS. <https://www.paho.org>
- Paillé, P., & Mucchielli, A. (2021). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (5e éd.). Armand Colin. <https://www.armand-colin.com>
- Peters, M. D. J., Godfrey, C., McInerney, P., Munn, Z., Tricco, A. C., & Khalil, H. (2020). Scoping reviews (revised version). In E. Aromataris & Z. Munn (Eds.), *JBIM Manual for Evidence Synthesis*. JBI. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-12>
- Rojas, M., De la Cruz, C., & Torrejón, M. (2022). Detección comunitaria de depresión posparto por promotores quechuas en Ventanilla, Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 39(3), 421-428. <https://doi.org/10.17843/rpmpesp.2022.393.11568>

- Silva, A., Herrera, A., & Rondón, M. (2023). Barreras para la implementación de mhGAP en Lima: una mirada desde los trabajadores de salud. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 40(1), 45-52. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2023.401.12568>
- Tong, A., Sainsbury, P., & Craig, J. (2007). Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): A 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*, 19(6), 349-357. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>
- Tyndall, J. (2010). AACODS checklist for appraising grey literature. *Flinders University*. <https://dspace.flinders.edu.au/xmlui/handle/2328/11749>
- Vargas, J., Béjar, P., & Torres, C. (2023). Financiamiento y brechas de cobertura en salud mental: el caso del SIS en Perú. *Cadernos de Saúde Pública*, 39(3), e002301. <https://doi.org/10.1590/0102-311X002301>
- Vera, M., & Zavala, A. (2024). *Reforma del Aseguramiento Universal: propuestas técnicas 2025-2026*. Centro de Investigación de la Universidad del Pacífico. <https://investigacion.up.edu.pe>