

Salud Mental en Iberoamérica: Más allá del gasto — condiciones para crecer bien

Dr. Alex Behn | Pontificia Universidad Católica de Chile

Este encuentro lleva por nombre 'Mapas de esperanza'. Me parece un título muy acertado — porque trazar un mapa implica saber dónde estamos, no solo dónde queremos llegar.

Permítanme entonces comenzar no con una certeza, sino con una pregunta incómoda.

Si todos los países de Iberoamérica cumplieran mañana la recomendación de la OMS de destinar por lo menos el 5% del presupuesto de salud a salud mental - ¿qué pasaría?

La respuesta honesta es: depende. Y esa dependencia lo es todo.

Porque si ese dinero llega a sistemas que no saben medir sus resultados, que no tienen una fuerza de trabajo entrenada en lo que funciona, que no tienen criterios claros para saber quién necesita qué nivel de atención — entonces más gasto producirá más de lo mismo, pero cada vez más caro.

Eso es lo que quiero explorar con ustedes: no cuánto gastar, sino qué tiene que existir antes de gastar más. Y qué lugar ocupa la educación en esa arquitectura — con honestidad sobre lo que puede hacer y lo que no puede hacer sola.

La salud mental se mueve por determinantes sociales

El documento que da contexto a este encuentro habla de la persona en su integralidad — competencias técnicas, emocionales, sociales y éticas. Yo quiero partir desde ahí, porque creo que esa visión integral es exactamente lo que falta en muchas políticas de salud mental.

La mayor parte de la carga de salud mental no se resuelve en un consultorio. La salud mental se mueve principalmente por determinantes sociales: condiciones de pobreza, desigualdad, falta de vivienda digna, desempleo, cambio climático, violencia estructural, ausencia de vínculos comunitarios. Estos factores predicen con mucha más consistencia el estado de salud mental de una población que cualquier variable individual. No existe ninguna enfermedad mental para la cual sus condiciones de aparición, mantención o intensificación no se relacione al menos en parte con variables contextuales.

Esto tiene una implicación de política muy concreta: una mirada de salud mental transversal en la política pública — en vivienda, en trabajo, en protección social, en primera infancia — puede generar efectos mucho más amplios sobre el bienestar de las poblaciones que un incremento equivalente en la inversión clínica directa. Eso se traduce en priorizar expertos en salud mental en los ministerios, en la planificación de la política pública no solo en el consultorio.

Eso no significa que las intervenciones clínicas no sean necesarias. Lo son, y profundamente, para un grupo importante de personas con trastornos establecidos.

Pero no podemos seguir midiendo la ambición de nuestra política de salud mental solo por la cantidad de psicólogos contratados o de consultas realizadas.

El primer cambio de marco que les propongo es ese: ampliar el concepto de inversión en salud mental mucho más allá del sistema de salud. La 'constelación educativa global' que este encuentro promueve solo tiene sentido si reconocemos que el bienestar de los jóvenes no lo producen los sistemas de salud solos, sino el conjunto de sistemas que organizan su vida.

El predictor más robusto: adversidad temprana y el rol de la familia

Dentro de los determinantes sociales, hay uno que merece mención especial porque la evidencia es extraordinariamente consistente: la adversidad temprana.

El abuso infantil, la negligencia, la violencia doméstica, la crianza en entornos de alta inseguridad son los predictores más robustos de deterioro en salud mental a lo largo de todo el ciclo vital. Predicen depresión, trastornos de personalidad, dificultades relacionales, problemas de regulación emocional, mayor carga de enfermedad. Los efectos son duraderos y atraviesan generaciones.

Esto significa que cualquier estrategia seria de salud mental tiene que incluir políticas de apoyo a la infancia y a las familias — no como un complemento, sino como una prioridad estructural. Programas de parentalidad positiva, apoyo a familias en contextos de alta vulnerabilidad, prevención del maltrato infantil, detección temprana de entornos de riesgo.

Las escuelas ven a los niños todos los días. Son el sistema que más tempranamente puede detectar señales de adversidad en el hogar. Pero para activar esa función de manera efectiva necesitan protocolos, necesitan formación, y necesitan una red intersectorial a la que derivar. Sin esa red, la detección es solo el inicio de un callejón sin salida. Esto es lo que ocurre en muchos de nuestros países.

Infraestructura y calidad antes que gasto

Volvamos a la pregunta de apertura. ¿Qué tiene que existir para que el aumento de inversión produzca resultados reales?

Tres condiciones que hoy son la excepción y deberían ser la regla.

La primera es la medición de resultados — lo que en el ámbito clínico llamamos monitoreo de rutina de resultados. Hoy financiamos actividad: consultas realizadas, horas de atención, movimiento de listas de espera, indicadores administrativos de resolutivez que no están anclados en mejora de bienestar o remisión de síntomas. No sabemos si las personas mejoran. Sabemos que entran al sistema, sabemos los plazos, pero no si se sienten mejor como resultado de los cuidados que se ofrecen. No tenemos sistemas que permitan saber si los programas que financiamos funcionan, ni para quién, ni en qué condiciones. Sin medición, no hay aprendizaje. Sin aprendizaje, no hay mejora. Y cuando escalan los presupuestos sin medición, lo único que crece es el gasto, no la efectividad. Es gastar más en una caja negra.

La segunda condición es una fuerza de trabajo entrenada en intervenciones con evidencia científica. En Iberoamérica coexisten tradiciones clínicas muy diversas, muchas de ellas con escasa o nula evidencia de efectividad para los problemas que enfrentan. Contratar más profesionales sin asegurar que practican intervenciones

que funcionan es reproducir el problema a mayor escala. La mejor oportunidad que tienen las personas para aliviar su sufrimiento psíquico es la ciencia.

La tercera condición es tener criterios claros de estratificación: quién va a qué nivel de atención, cuándo, con qué protocolo. Los sistemas escalonados — que en teoría son una solución racional — se convierten en silos caros y cerrados cuando no hay estratificación, no hay monitoreo, y no hay implementación de intervenciones con evidencia. La persona con malestar leve termina en el mismo lugar que la persona con un trastorno severo y crónico. O peor: no llega a ninguno.

Estas tres condiciones — medir, entrenar, estratificar — son la infraestructura que debe preceder al aumento de gasto. No son detalles técnicos. Son la diferencia entre construir un mapa de esperanza y perderse en territorio desconocido con más recursos pero sin brújula.

El encargo imposible a la educación

Permítanme ahora hablar directamente de los sistemas educativos.

En Iberoamérica estamos viendo un fenómeno que merece ser nombrado con claridad: las instituciones educativas están siendo presionadas para absorber una demanda de atención en salud mental que los sistemas de salud no pueden resolver. Las universidades construyen clínicas. Los colegios contratan psicólogos como primera línea de atención. Los centros de formación técnica responden a crisis que exceden su capacidad y su mandato. El rol de los sistemas educativos ya no es solo la educación, producen un contexto donde se expresan diferentes problemáticas sociales y donde pretendemos anudar todas las soluciones. Hace muchos años en la Universidad de Columbia se ideó el sistema de los buses amarillos que todos hemos visto. La idea era que si podemos llevar a los niños a la escuela ese es el lugar donde “todo ocurre”, un *hub* de intervención social: controles de salud, programas de vacunas, apoyo nutricional, apoyo psicológico, servicios especiales, protección y detección de maltrato infantil, funciones cívicas y de socialización. Esto complejiza dramáticamente el rol de la escuela.

Esto no es sostenible. Y más importante: no es deseable. El sistema educativo no es — y no puede ser — el último recurso de la intervención social y menos de los sistemas de salud mental. Cuando lo es, es porque algo ha fallado antes. Es un síntoma del colapso de la articulación intersectorial, no una solución.

El documento marco de este encuentro habla con precisión de esto cuando propone 'la integración de las comunidades educativas con los recursos y sistemas del intersector'. Eso es exactamente lo que falta: no más carga sobre las escuelas, sino mejor articulación con los sistemas de salud, protección social y comunidad.

Redistribuir los roles de cuidado en la sociedad es un punto esencial y se expresa en el concepto de salud mental global de transferencia de roles o delegación de tareas, pero esto debe ir mucho más allá que la escuela. Y esa redistribución tiene que incluir explícitamente la dimensión de equidad: las escuelas en contextos de pobreza concentran los mayores factores de riesgo y tienen los menores recursos para responder. Cualquier política que ignore esa asimetría reproducirá las desigualdades que dice querer corregir.

Lo que sí pueden hacer las instituciones educativas es algo diferente y valioso: ser nodos de detección y contención, no de tratamiento. Las comunidades educativas más fuertes e interconectadas son las más resilientes — no porque tengan más

psicólogos, sino porque tienen más personas que saben cómo ayudar y a quién derivar.

Lo que sí pertenece a la escuela

Dentro del mandato propio de la educación, hay cuatro cosas que la evidencia respalda — pero con matices importantes.

La educación socioemocional tiene potencial real, pero con una condición: no funciona como módulo añadido al currículo, sino cuando está integrada al clima escolar cotidiano. La evidencia muestra efectos modestos y dependientes del contexto. Lo que sí sabemos es que escuelas con climas de confianza, vínculos fuertes entre estudiantes y docentes, y sentido de pertenencia producen consistentemente mejores resultados de bienestar que cualquier programa específico. El clima escolar es la intervención.

El apoyo a los docentes es urgente, pero no como capacitación en salud mental — eso sería confundir el síntoma con la causa. Los docentes están sobrepasados principalmente por condiciones estructurales de trabajo: carga administrativa, grupos numerosos, escaso apoyo institucional, y la expectativa creciente de que resuelvan lo que otros sistemas no resuelven. El apoyo que necesitan es laboral y sistémico antes que clínico. Dicho esto, una formación básica en detección temprana y lenguaje orientado a la recuperación — sin convertirlos en terapeutas — sí tiene valor y evidencia.

La transferencia de roles tiene sentido cuando está bien delimitada: entrenar a orientadores y pares líderes en cómo acercarse a alguien que está mal, cómo derivar, cómo hablar de salud mental sin reproducir estigmas ni confundir sufrimiento con peligrosidad. El límite es claro: acompañar y activar la red, no tratar.

Y finalmente — y esto es quizás lo más subdesarrollado en las políticas que conozco — los vínculos con las familias. Si acabamos de argumentar que la adversidad temprana es el predictor más robusto de deterioro en salud mental, entonces las familias no pueden aparecer como un actor secundario. Las escuelas conectadas con sus comunidades y familias protegen. Pero esa conexión requiere que las escuelas sean permeables — no fortalezas que resguardan a los niños del mundo exterior, sino instituciones que abren sus puertas, que involucran a los padres, que reconocen que el bienestar de un niño no empieza ni termina en el aula.

La medida que ya pueden tomar

Quiero terminar con algo concreto — una medida que no requiere reforma del sistema de salud, no requiere negociación presupuestaria compleja, y está en manos de sus ministerios implementarla hoy.

Es la restricción del acceso a redes sociales en contextos escolares.

La evidencia sobre el daño de las redes sociales en la salud mental de adolescentes — especialmente en mujeres jóvenes y personas con problemas previos de salud mental— es robusta, creciente, y ya no admite neutralidad. Sabemos que el uso intensivo de plataformas diseñadas para maximizar el tiempo de pantalla está

asociado con incrementos significativos en depresión, ansiedad, trastornos de imagen corporal entre otros problemas.

El documento de este encuentro reconoce el papel ambivalente de las tecnologías digitales. 'Ambivalente' es la palabra correcta — y precisamente por eso el rol de la política pública es potenciar el polo positivo y acotar el negativo. En los entornos escolares tenemos la posibilidad real de hacer eso durante las horas más estructuradas del día.

Algunos países avanzan en esa dirección y en Iberoamérica tenemos la posibilidad de tomar pasos decisivos. La evidencia disponible es perfectible y no exenta de discusión, pero ya es suficiente para actuar, y que la inacción también tiene consecuencias.

Los mapas de esperanza que este encuentro propone construir necesitan coordenadas reales. Una de esas coordenadas es proteger a los adolescentes de entornos digitales que los dañan durante el tiempo que pasan en nuestras instituciones educativas en el las comunidades.

Cuatro ideas para llevarse de esta sala: (1) la salud mental no es un tema de salud — es un tema de toda la política pública, y necesita estar infiltrada en cada ministerio, en cada deliberación, en cada presupuesto; (2) invertir sin medir y sin ofrecer intervenciones basadas en la ciencia es desperdiciar recursos; (3) cargar a la escuela sin articular la red y la comunidad es condenarla al fracaso; y (4) proteger a niños, niñas y adolescentes de las redes sociales es una decisión que pueden tomar esta semana. Esas son las coordenadas reales de un mapa de esperanza.

Muchas gracias.