

Estudio de caso: situación de la salud mental en Paraguay

Case Study: situation of mental health in Paraguay

Claudia Centurión¹✉, Maximiliano Mendieta¹✉, Viviana Jiménez²✉, Pasionaria Ramos^{2,3}✉

RESUMEN

El presente artículo describe la situación de la salud mental de Paraguay a partir de cuatro componentes: 1) Políticas Públicas y Legislación Nacional 2) Financiación del Programa de Salud Mental y su organización en las Redes Integradas de Servicios de Salud (RIISS) 3) situación epidemiológica 4) Organizaciones de la Sociedad Civil. En Paraguay existe una Política de Salud Mental acorde a las normativas internacionales, pero no una ley. El presupuesto es bajo y los servicios no llegan a todo el país. Se corroboró un aumento en el número de consultas en los últimos 5 años. La tasa de suicidio muestra un aumento considerable. Existe una escasa participación de la sociedad en el área. Se deben implementar intervenciones con base en los indicadores sanitarios y en consonancia con la política. Se concluye que se necesita mejorar sustancialmente el registro de los datos para tener una situación epidemiológica clara.

Palabras clave: Salud mental, Sistemas de salud, Política de Salud, Servicios de Salud, Suicidio.

ABSTRAC

This article describes the mental health situation in Paraguay based on four components: 1) Public policies and national legislation 2) Financing of the Mental Health Program and its organization in the Integrated Health Services Networks (RIISS) 3) Epidemiological situation 4) Civil society organizations. Paraguay has a mental health policy in line with international standards, but no law. The budget is low and services do not reach the entire country. An increase in the number of consultations in the last five years was confirmed. The suicide rate shows a considerable increase. There is little social participation in the area. Interventions should be implemented based on health indicators and in line with policy. It is concluded that substantial improvement is needed in data recording to have a clear epidemiological situation.

Keywords: Mental Health, Health Systems Health Policy Health Services, Suicide.

Autor correspondiente:

Claudia Centurión,
Correo electrónico: centurionviveros23@gmail.com

Conflicto de interés:

Los autores no declaran conflictos de intereses.

Contribución de autores:

Todos los autores colaboraron de manera igualitaria.

Financiación:

Ninguna.

Editora responsable:

María Isabel Rodríguez.

Histórico:

Recibido: 20-08-2022
Aceptado: 06-03-2023

Periodo de Publicación:

Ene-Abr 2023

Licencia de uso:

Este es un artículo publicado en acceso abierto bajo una Licencia Creative Commons.



INTRODUCCIÓN

Paraguay, constituye una democracia constitucional. Cuenta con una población estimada de 7.252.672 habitantes (1). Se encuentra en el centro de América del Sur; limita con Argentina, Bolivia y Brasil. Se divide administrativamente en 17 departamentos y un distrito capital, Asunción. La división política coincide con la administración sanitaria; por lo tanto; existen 17 departamentos y un distrito que correspondería a la capital, y también existen 18 Regiones Sanitarias (2).

El Banco Mundial (BM), informa que en el país la *economía* creció al 4,5 por ciento anual en promedio (2004-2017), con una tasa de crecimiento del 1,5% del Producto Interno Bruto (PIB). La economía paraguaya se encuentra en crecimiento, Paraguay es uno de los mayores exportadores de soja y carne bovina. Comparte con Brasil, la represa de Itaipú, con lo cual se sitúa en el mayor exportador de energía eléctrica en las Américas (2).

En cuanto a los *indicadores demográficos*, para el año 2017, la población paraguaya ascendía a 6.953.646 habitantes, con una tasa de crecimiento natural de la población de 15,2. La densidad poblacional fue de 17,1 habitantes por Km². La pirámide poblacional, presenta una forma expansiva, lo que indica una población mayoritariamente joven. La estimación de la Tasa Global de fecundidad para el año 2017, fue de 2,6 hijos por mujer. El porcentaje de individuos de 60 años y más fue de 9,3 y los menores de 15 años, de 29,9 individuos. La esperanza de vida al nacer, para ambos sexos fue de 74,0 años. Al desagregar por sexo, para los hombres fue de 71, 2 años y para las mujeres 77,0. (3value orientation and risk preference, 4).

Posee un *Sistema de Salud* heterogéneo y fragmentado, comprendido por los sub sectores, público y el privado (5). Cuenta con la rectoría y atención brindada por el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSP y BS),

¹ Universidad Sudamericana. Asunción, Paraguay.

² Universidad del Norte. Asunción, Paraguay.

³ Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, Dirección General de Vigilancia de la Salud. Asunción, Paraguay.

el sistema de seguro prepago del Instituto de Previsión Social (IPS), la atención sanitaria al personal Policial y Militar con un sistema propio, un Hospital Escuela a cargo de la Universidad Nacional de Asunción (UNA); y los establecimientos privados (6).

El MSP y BS se financia con recursos provenientes del Tesoro Público, no tiene separación de funciones, y ejerce los roles de rectoría, financiamiento y prestación de servicios. Esta última se realiza a través de una Red Integrada de Servicios, distribuidas en las 18 Regiones Sanitarias que corresponden a cada uno de los departamentos y la capital, Asunción (5). En el año 2008 se declaró el libre acceso a la atención médica por parte del MSP y BS (7) *services and opportunities designed to meet the needs of health is a fundamental human right and is the key for people to enjoy other human rights. However, in Paraguay, this right is still far from becoming reality. The status of the country is the most disadvantaged when compared to the average condition of the Mercosur (Argentina, Bolivia, Brazil, Paraguay, Uruguay and Venezuela.*

El objetivo del presente estudio fue describir la Situación de la Salud Mental en Paraguay a partir de algunos componentes del sistema de salud.

METODOLOGÍA

El diseño de investigación utilizado fue el de estudio de caso. El ámbito geográfico fue todo el país, desagregado en las 18 Regiones Sanitarias, las cuales coinciden con la

división política del país.

Para un mejor análisis, se ha dividido esta investigación en cuatro componentes: Políticas Públicas y Legislación Nacional; financiación del Programa de Salud Mental y organización de las Redes Integradas de Servicios de Salud (RIISS); situación epidemiológica; y organizaciones de la sociedad civil.

Con relación a las **fuentes de datos**, fueron utilizadas distintas fuentes para los distintos componentes. Así, para el componente referido a la *Legislación* fueron utilizadas las informaciones disponibles en las páginas WEB del MSP y BS.

Las variables cuantitativas utilizadas para el análisis epidemiológico, fueron analizadas a través de frecuencias expresadas en porcentajes. También fueron construidas tasas crudas para la comparación de la prevalencia entre las distintas Regiones Sanitarias. (1, 8-14).

Para el análisis estadístico se utilizó Microsoft Excel, para el cálculo de frecuencias y porcentajes. Los resultados se presentan en tablas y gráficos.

En cuanto a los criterios éticos, dado que este estudio utilizó fuentes documentales y fuentes de datos secundarios, el protocolo de trabajo no fue sometido al parecer de ningún Comité de Bioética.

Se presentan en la siguiente tabla las distintas metodologías, tipo de estudio y fuentes utilizadas para los distintos capítulos (Tabla 1).

Tabla 1. Metodologías, técnicas y fuentes utilizadas para la realización del estudio.

Componente	Metodología	Tipo de estudio	Fuentes
Políticas Públicas y Legislación Nacional	Cualitativa	Análisis documental	Legislación disponible en formato físico y en línea.
Financiación y organización del Programa de Salud Mental a través de las RIISS	Cualitativa	Análisis documental y estudio descriptivo	Información disponible en formato físico y en línea.
Situación epidemiológica	Cuantitativa	Descriptivo, transversal y temporalmente retrospectivo	Datos disponibles en línea en el MSP y BS, así como obtenidas mediante el portal de datos abiertos (Ley N° 5282/2014), Policía Nacional y la Dirección General de Estadísticas, Encuestas y Censos (DGEEC).
Organización de la sociedad civil.	Cualitativa	Análisis documental y estudio descriptivo	Información disponible en formato físico y en línea.

RESULTADOS

Políticas Públicas y Legislación Nacional con respecto a la Salud Mental

La **Constitución Nacional del Paraguay**, promulgada en el año 1992, garantiza la protección a la vida desde su concepción. Así también, establece que el Estado promoverá y protegerá la salud como derecho fundamental de la persona y en interés de la comunidad.

Con respecto al aspecto legislativo paraguayo sobre salud mental, la Constitución de la República del Paraguay establece en su capítulo VI los artículos referentes al derecho a la salud. Entre ellos, el art. 68 manifiesta que *"el Estado*

protegerá y promoverá la salud como derecho fundamental de la persona y en interés de la comunidad" (15).

La Carta Magna instituye también el Principio de Igualdad y No Discriminación. En relación con la discriminación positiva; se menciona que se deberá garantizar a las personas excepcionales (sic) la atención de su salud, educación, recreación y formación profesional para una plena integración social. Así mismo, es una responsabilidad del Estado la organización de las políticas de prevención, tratamiento, rehabilitación e integración de los discapacitados físicos, síquicos y sensoriales, a quienes prestará el cuidado especializado que requieran.

Por último, es relevante mencionar que la Carta Magna

admite un orden jurídico supranacional que garantice la vigencia de los Derechos Humanos, siendo el Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CRPD), el órgano de aplicación que interpreta y aplica esta legislación, pudiendo inclusive examinar denuncias de particulares contra los Estados Parte.

La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CCRP), constituye uno de los Tratados Internacionales de Naciones Unidas más contemporáneos. Fue promulgado en el año 2008, siendo ratificado por el Estado paraguayo, a través de la Ley N° 3540/13 (16).

En el año 1980, fue promulgado el **Código Sanitario** (Ley N° 836/1980), este documento en el capítulo VII, artículo 43 establece que *"El Ministerio desarrollará programas de higiene mental para prevenir, promover y recuperar el bienestar psíquico, individual, familiar y colectivo de las personas, y establecerá las normas a ser observadas ejerciendo el control de su fiel cumplimiento"* (17).

También, el artículo 44 propone que es el MSP y BS el que deberá promover y realizar investigación epidemiológica de las enfermedades mentales (17).

En el año 1996, fue promulgada la Ley N° 1032 por la cual se crea el **Sistema Nacional de Salud**, por la cual se establece la función rectora y protagónica del MSP y BS (18).

Se encuentra vigente la **Política Nacional de Salud Mental (2011-2020) (PNSM)**, aprobada por Resolución Ministerial N°1.097/2010 (19). Esta Política recoge la participación activa de distintos miembros de las sociedades profesionales, académicas, de la sociedad civil (asociación de familiares, voluntarios), autoridades nacionales, regionales y locales. Entre los ejes vertebradores de esta política se encuentran: el proceso de desmanicomialización, cultural, edilicia y presupuestaria, y la apropiación paralela de un abordaje integral y comunitario.

Los principios sobre los cuales se sustenta la PNSM, son la universalidad, la equidad y la integralidad como un derecho humano.

Un punto importante de la política, lo constituye la protección de los Derechos Humanos, sobre todo en lo referente a la desmanicomialización. En el año 2003 el Estado paraguayo fue puesto bajo medidas cautelares por la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) por denuncias sobre la situación de decadencia, vulnerabilidad y condición asilar en la que vivían personas en el Hospital Neuropsiquiátrico, (Hospital de referencia nacional). Esto dio lugar a que el Estado promueva la creación y apertura de hogares sustitutos y comience un proceso de descentralización de los servicios de salud mental con un enfoque comunitario (20).

Dentro de las directrices de la política, se menciona la de *"cambiar el modo de atención"*, para lo cual se plantea una contraposición al modo asistencialista centrado en la enfermedad, y por tanto, hegemónico y hospitalocéntrico. Señala un abordaje donde la perspectiva de la promoción se encuentre insertada en todas las acciones, ya sean educativas, preventivas, protectoras, de diagnóstico, de tratamiento y de rehabilitación. El modelo propuesto de atención es la de un modelo comunitario de atención a la salud mental como alternativa de inclusión.

Dentro de la atención, un punto que merece especial atención es referido al eje de desmanicomialización cultural,

el cual *"significa incluir en el desarrollo de las políticas de salud mental un multiverso de voces que abarque la de los profesionales de la salud, de la sociedad civil, fundaciones y organizaciones que trabajan en el área. Significa desmontar el discurso hegemónico, reduccionista y biológico para sustituirlo por otro de carácter participativo, incluyendo de otras disciplinas científicas y saberes populares"* (19).

Acerca de la integración de las personas con trastornos mentales en la comunidad y la promoción de la salud mental en la sociedad, una de las directrices de la política, lo constituye el *asumir un nuevo modo de gestión y participación social*, donde se menciona como ejes fundamentales la desmanicomialización cultural, presupuestaria y edilicia; así como la gestión participativa.

En cuanto al derecho de los pacientes a recibir tratamiento y el desarrollo de protecciones procedimentales sólidas. También se establecen las RIIS, las cuales tienen como finalidad garantizar el continuo del cuidado y la atención a todos los ciudadanos y ciudadanas y como puerta de entrada se contempla a las Unidades de Salud de la Familia (USF).

Además, se cuenta con una **Política Nacional sobre Drogas en Paraguay (2017-2022)**. Así también, existe un anteproyecto de ley sobre salud mental en el Congreso, aún no promulgada.

Financiación y Organización de las RIIS

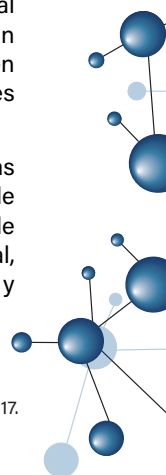
Según la última Evaluación del Sistema de Salud Mental realizada en el año 2006, el 1% del gasto en salud del gobierno se destina a salud mental. De lo cual el 84% se dedica a hospitales psiquiátricos (10). Actualmente se estima que el presupuesto destinado a salud mental se acerca al 1,8% (21).

El Sistema Nacional de Salud (SNS) cuenta con las RIIS, las cuales se caracterizan por una insuficiente cobertura de servicios; la fragmentación, la segmentación y la falta de insumos, equipos y recursos humanos. Esto se suma a un enfoque de salud altamente curativo en detrimento de acciones en prevención.

En cuanto al acceso, cobertura y universalidad a los Servicios de Salud, Paraguay ha avanzado substancialmente. Esto se ha debido, a la declaración de gratuidad, la cual es entendida *"como la eliminación del pago de aranceles por parte de la población"*, para el acceso a todas las prestaciones médicas, odontológicas, medicamentos, insumos, biológicos y servicios de ambulancia ofrecidos en las dependencias de la red de servicios del MSP y BS.

Paraguay cuenta con dos regiones: Oriental y Occidental. Dentro de cada región se encuentran los departamentos, 17 en total. En la región Oriental cuenta con 14 de los departamentos, mientras que la región Occidental con 3. El MSP y BS, reporta tener 94 Unidades de Salud Mental (USM) distribuidos en todos los departamentos de la Región Oriental, además del departamento de Presidente Hayes en la Región Occidental, esto significa que, de las 18 Regiones Sanitarias, 16 cuentan con USM.

Las RIIS están conformadas por las redes principales y las complementarias de Atención, así como por un sistema de regulación médica, un sistema de transporte y un sistema de información. Entre las Redes que prestan atención mental, podemos mencionar a la Red de Atención a las Urgencias, y en la Red de Atención Hospitalaria



La puerta de entrada al Sistema viene dada por las Unidades de Salud de las Familias (USF), donde los Equipos de Salud de la Familia (ESF) realizan la atención comunitaria, donde se establece la instalación de un Centro Comunitario de Salud Mental por cada quince USF, con una adscripción poblacional entre cincuenta y setenta y cinco mil personas. Hasta el año 2016, fueron creadas 800 USF.

La atención ambulatoria especializada en salud mental se realizará en los Centros Comunitarios de Salud Mental, ubicados preferentemente en los Centros Ambulatorios de Especialidades (CAE).

Los CAE, las USF, los hogares sustitutos y las asociaciones de usuarios y familiares se mencionan como las instancias para fortalecer la reinserción social y la desinstitutionalización.

Situación Epidemiológica de la Salud Mental

Al analizar los **motivos de consulta** realizados durante los años 2015 al 2019, los tres primeros motivos de consulta fueron en primer lugar *los trastornos neuróticos, relacionados con el estrés y somatomorfos*. Durante estos años, los valores para estas patologías presentaron una ligera disminución. La mayor cantidad de consulta fue realizada durante el año 2017 con un 36% (15.368), y la menor, en el año 2019 con un 32,4% (23.627).

El segundo motivo de consulta más frecuente estuvo

representado por el *trastorno del humor (afectivos)*. Los valores para esta patología se mantuvieron prácticamente constantes durante estos años.

El tercer motivo de consulta más frecuente fue la *esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes*, que presentaron valores entre el 11,5% (6.425) durante el año 2018 hasta un 15,8% (4.322) para el año 2015 (Tabla 2).

Al analizar la prevalencia porcentual de los motivos de consulta por Regiones Sanitarias, exceptuando para los *trastornos neuróticos, relacionados con el estrés y somatomorfos*, todas las demás patologías fueron prevalentes en la ciudad de Asunción, la capital, con un rango que varió desde 23,7% (4.097) para los *trastornos del humor (afectivos)*, hasta un 59,9% (4.137) para los *trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de sustancias psicoactivas*.

Los *trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de sustancias psicoactivas*, constituyó el segundo motivo de consulta en el Alto Paraná 7,6%, (525). La *esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes* presento una prevalencia porcentual de 9,9% (887) en Itapúa. Los *trastornos del humor (afectivos)* presentó 16,6% (2.876) en Central y en Asunción los *trastornos neuróticos, relacionados con el estrés y somatomorfos* presento una prevalencia de 11,0% (2.588) (Tabla 3).

Tabla 2. Motivos de consulta por trastornos mentales, Paraguay (2015 – 2019).

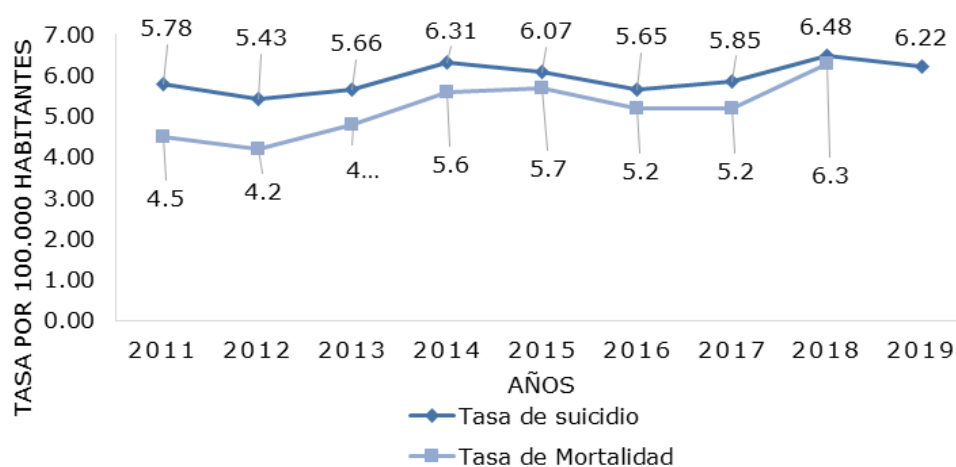
Causas de consulta	Años									
	2015		2016		2017		2018		2019	
Trastornos mentales orgánicos, incluidos los trastornos sintomáticos (F00-F09)	3,8%	1041	3,5%	1226	3,2%	1351	4,0%	2249	4,1%	3006
Trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de sustancias psicoactivas (F10-F19)	5,0%	1377	7,4%	2612	8,7%	3723	10,1%	5624	9,5%	6905
Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes (F20-F29)	15,8%	4322	12,9%	4534	11,9%	5091	11,5%	6425	12,3%	8989
Trastornos del humor (afectivos) (F30-F39)	23,1%	6318	22,5%	7897	22,6%	9635	23,2%	12944	23,7%	17274
Trastornos: neuróticos, relacionados con el estrés y somatomorfos (F40-F48)	34,5%	9446	35,1%	12320	36,0%	15368	34,1%	19052	32,4%	23627
Síndrome del comportamiento asociados con alteraciones fisiológicas y factores físicos (F50-F59)	4,9%	1338	4,7%	1648	4,6%	1970	4,1%	2289	4,6%	3357
Trastornos de la personalidad y del comportamiento en adultos (F60-F69)	2,0%	534	2,4%	849	2,4%	1017	1,9%	1087	2,5%	1850
Retraso mental (F70-F79)	2,3%	616	2,8%	979	2,5%	1065	2,2%	1250	2,5%	1828
Trastorno del desarrollo psicológico (F80-F89)	3,3%	902	3,7%	1291	3,2%	1355	4,4%	2435	4,1%	2996
Trastornos emocionales y del comportamiento que aparecen habitualmente en la niñez y en la adolescencia (F90-F98)	4,5%	1236	4,2%	1492	4,5%	1898	4,2%	2343	4,0%	2918
Trastorno mental no especificado (F99)	0,8%	227	0,8%	269	0,4%	158	0,2%	135	0,3%	206
Total	100,0	27357	100,0%	35117	100,0%	42631	100,0%	55833	100,0%	72956

Fuente: Datos proveídos por MSPBS/DIGIES/DES. Sub-Sistema de Información de Servicios de Salud Área Ambulatoria (SAA), Año 2020.

Tabla 3. Prevalencia porcentual de los motivos de consulta por trastornos mentales por Regiones Sanitarias, Paraguay (2015 – 2019).

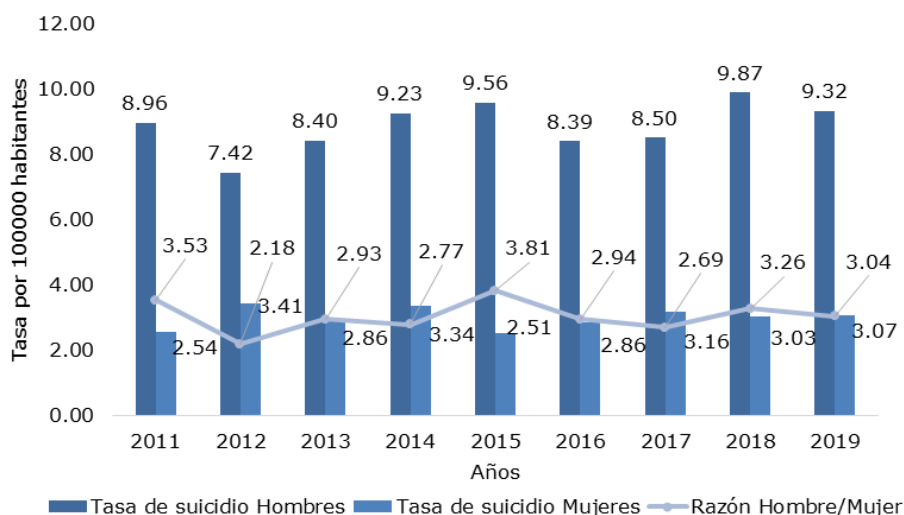
Regiones Sanitarias	Motivos de consulta							
	Trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de sustancias psicoactivas (F10-F19)		Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes (F20-F29)		Trastornos del humor (afectivos) (F30-F39)		Trastornos: neuróticos, relacionados con el estrés y somatomorfos (F40-F48)	
1. Concepción	1,4%	99	2,8%	253	2,9%	497	3,2%	762
2. San Pedro	2,5%	173	4,3%	387	6,8%	1183	6,2%	1456
3. Cordillera	1,1%	79	3,7%	332	7,0%	1214	7,2%	1692
4. Guairá	0,6%	40	0,4%	34	0,9%	154	1,9%	446
5. Caaguazú	2,0%	139	7,1%	634	9,5%	1640	9,0%	2116
6. Caazapá	0,6%	42	1,8%	164	1,7%	287	3,2%	765
7. Itapúa	5,2%	359	9,9%	887	4,8%	836	7,2%	1705
8. Misiones	2,3%	162	4,8%	432	5,5%	942	5,5%	1298
9. Paraguari	2,5%	175	4,1%	370	4,8%	836	6,8%	1601
10. Alto Paraná	7,6%	525	2,2%	200	4,3%	736	8,9%	2098
11. Central	4,8%	330	7,9%	714	16,6%	2876	19,3%	4554
12. Ñeembucú	2,8%	190	2,3%	203	2,6%	441	3,6%	855
13. Amambay	4,6%	318	3,6%	320	6,0%	1034	3,4%	810
14. Canindeyú	0,8%	52	1,1%	98	1,8%	308	2,0%	478
15. Pdte Hayes	1,0%	69	0,8%	70	1,0%	181	1,3%	304
16. Boquerón	0,1%	9	0,0%	2	0,0%	5	0,1%	29
17. Alto Paraguay	0,1%	7	0,1%	5	0,0%	7	0,3%	70
18. Asunción	59,9%	4137	43,2%	3884	23,7%	4097	11,0%	2588
Total	100,0	6.905	100,0	8.989	100,0	17.274	100,0	23.627

Fuente: Datos proveídos por MSPBS/DIGIES/DES. Sub-Sistema de Información de Servicios de Salud Área Ambulatoria (SAA). Año 2020.



Fuente: Datos proporcionados por la Policía Nacional. Dirección General de Estadísticas, Encuestas y Censos (DGEEC), Proyección de la Población Nacional. Indicadores Básicos de Salud, Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (2010 -2019).

Gráfico 1. Evolución de tasa de suicidio y tasa de mortalidad de suicidio, Paraguay (2011-2019).



Fuente: Datos proporcionados por la Policía Nacional. Asunción, Paraguay (2020).

Gráfico 2. Evolución de la tasa de suicidio por sexo, Paraguay (2011-2019).

Con respecto a los *suicidios*, en el gráfico 1, se observa un aumento gradual a lo largo de los años, siendo el año 2018 el que presentó la mayor tasa.

Al relacionar los *suicidios con respecto al sexo*, en el gráfico 2, se observó que los suicidios fueron mayores para los hombres en los años 2018, 2015, 2019 y 2014. En tanto que, para las mujeres, fueron mayores en los años 2015, 2011, 2018, 2019. La relación hombre/mujer fue el doble o triple para todos los años.

En cuanto al cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), con relación al indicador relacionado a la Tasa de Mortalidad por suicidio, del 2015 al 2016, Paraguay

ha disminuido en 0,5 puntos el número de casos. Para llegar al cumplimiento de reducir al tercio este valor, deberá realizar esfuerzos para que este alcance la cifra de 4,2. Esto significa, que, como mínimo, deberá disminuir 0,15 cada año, considerándose a partir del año 2016 (3) value orientation and risk preference.

Organizaciones Civiles

Ya en el 2005, en la última Evaluación del Sistema Nacional de Salud Mental (SNSM) que fue realizada a Paraguay se había detectado como falencia la escasa participación de usuarios de Servicios de Salud Mental y sus familias en organizaciones civiles (22) sin embargo algunos necesitan

Tabla 4. Organizaciones de la Sociedad Civil relacionadas a la Salud Mental.

Nombre de la institución	Registrado en el Directorio 2016	Con datos actuales	Población a la que se enfoca	Características
Asociación "Esperanza para el Autismo" Asociación de Padres y amigos de personas diagnosticadas con Trastorno del Espectro del Autismo (TEA)	No	Si	Familias que tienen a un integrante con Trastorno del Espectro Autista.	Son un grupo de padres, madres, abuelos, abuelas y amigos de personas que tienen algún Trastorno del Espectro Autista. Se asesoran y expresan en forma comunitaria sus ideas y necesidades para convertirlas en acciones positivas.
Asociación de padres y/o tutores de personas con trastorno del espectro del autismo "TEA PY"	No	Si	Familias y personas que sufran Trastorno del Espectro Autista.	Busca mejorar la calidad de vida de las personas con esta condición y la de sus familias, incidiendo en políticas públicas del estado.
ASO CEDINANE	No	Si	Niños y adolescentes con TGD (trastornos generalizados del desarrollo).	Nació entre el 2002 y 2003. Son un centro terapéutico-pedagógico en el que niños, adolescentes con diagnóstico de autismo pueden recibir atención, educación. También se brinda apoyo a sus familiares.
Fundación Luz y Vida	Si	Si	Personas con desórdenes mentales y su entorno familiar y social.	Brinda acogida y asistencia en rehabilitación psicosocial a través del arte a personas con trastornos mentales, las/os usuarias/os provienen de Asunción y Gran Asunción, el servicio es gratuito.
Fundación "Sobrevivientes Paraguay"	No	Si	No específica, pero promueve la "Prevención del Suicidio y Psico-educación Social".	Creada en el año 2019. Tiene el propósito de contribuir al estudio e investigación científica de la conducta suicida, trabajar en la prevención, así como la elaboración de proyectos de atención social para la promoción de la salud mental.

Fuente: Directorio de Servicios de Atención a la Salud Mental en la Red Integrada de Servicios de Salud, Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, Asunción, Paraguay (2016).

mayor fortalecimiento y desarrollo. Hay un desequilibrio que favorece al cuidado en régimen de internación en hospitales psiquiátricos. La gran mayoría de los recursos financieros y una parte importante de los recursos humanos está dedicada a los hospitales psiquiátricos. Actualmente los hospitales psiquiátricos están trabajando más allá de su capacidad (en término de número de camas). Otra investigación realizada por el Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura, específicamente el Hospital Psiquiátrico de Asunción en el año 2016, estableció como resultado que: *"No se identificó, en el período de relevamiento, que los usuarios pertenezcan a alguna asociación o grupo, esto tampoco es promovido por el hospital."* (23).

En la tabla 4 se pueden visualizar que de las Organizaciones No Gubernamentales (ONG) que fueron localizadas por medios digitales, solo una de ella se encuentra registrada en el Directorio de la Red de Servicios del Sistema de salud Mental publicado en el año 2016. También se visualiza que, de las 5 organizaciones, 3 de ellas se enfocan a la población infanto-juvenil, y 2 de las mismas están relacionadas a los trastornos del espectro autista.

DISCUSIÓN

Según el informe realizado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el que se evalúan los SNSM de ocho países de América del Sur, solo Argentina y Brasil contaban con una legislación exclusiva en el área de salud mental, mientras que ninguno de los demás (Bolivia, Chile, Ecuador, Paraguay, Perú, y Uruguay), contaban con una ley específica sobre Salud Mental (24). Sobre este punto es importante mencionar que si bien Paraguay cuenta con una política no tiene aún una ley promulgada.

Una situación opuesta es la reportada en Chile, que ante la inexistencia de una ley de Salud Mental (parcialmente compensada por distintas leyes y decretos) ha contribuido a mejorar el acceso y la calidad de la atención a través de las regulaciones en la asignación de los recursos financieros, la formación del recurso humano y las directrices técnicas. Todo esto, además de implementar tres planes nacionales de salud mental, (que han mantenido la misma visión estratégica a lo largo de tres décadas), han contribuido a aumentar la accesibilidad a la atención comunitaria de las personas con enfermedades mentales y disminuir el rol de los hospitales psiquiátricos (25) que han mantenido la misma visión estratégica a lo largo de tres décadas, han contribuido a aumentar la accesibilidad a la atención comunitaria de las personas con enfermedades mentales y disminuir el rol de los hospitales psiquiátricos; 3. Ante lo expuesto se resalta la necesidad de directrices claras y permanentes mediadas por el gobierno. En Paraguay, una característica aún no resuelta es la falta de continuidad de los distintos planes o programas en los distintos periodos de gobierno, las cuales tienen una duración de 5 años. En el caso paraguayo, no se cuenta con planes ni programas delineados al área de Salud Mental.

Se ha formulado y diseñado una política con un enfoque de Derechos Humanos, así como de desmanicomialización. Sin embargo, no se han establecido objetivos medibles, ni actividades planificadas para visualizar un avance. Se mencionan ejes y estrategias cuyo funcionamiento se desconoce o no pueden ser considerados como indicadores.

Con respecto a la distinta interacción entre los elementos que convergen para que una política pueda ser sostenible surge el término de *gobernanza*. Esta se refiere a un

proceso de interacción de actores con diferentes intereses y comportamientos que afectan la formulación y la ejecución de políticas de Salud Mental (26).

En un estudio que indagó en la comprensión del proceso de gobernanza en el SNSM en México se identificaron en los actores distintos niveles de influencia en la gobernanza del Sistema de Salud Mental y limitaciones normativas, de organización y de capacitación (26). En el caso chileno expuesto anteriormente, a pesar de sus avances, este se vio limitado por la baja participación de la sociedad civil (25) que han mantenido la misma visión estratégica a lo largo de tres décadas, han contribuido a aumentar la accesibilidad a la atención comunitaria de las personas con enfermedades mentales y disminuir el rol de los hospitales psiquiátricos; 3.

Con respecto al análisis de la política vigente, es pertinente responder ¿cuál es el alcance y el valor jurídico de una política nacional? La literatura expresa que la legislación confiere a las políticas de salud el sustento necesario para transitar del ámbito de lo político al marco de lo jurídico. En cuanto a los sistemas y servicios de salud, la legislación instrumenta una plataforma de garantías con su contrapartida de obligaciones, define el papel que cumplen los actores públicos, privados y sociales, nacionales e internacionales, así como sus funciones e interacciones, y establece el modelo mediante el cual se dará vigencia a los objetivos nacionales de salud, todo ello asequible a través de un sistema judicial.

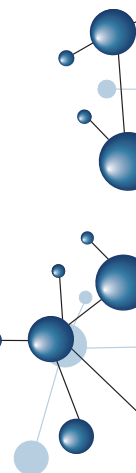
En los últimos cinco años varios países de la región continuaron revisando sus marcos jurídicos con el fin de instrumentar políticas orientadas a la reestructuración de los sistemas y servicios de salud. Esto incluyó, entre otros aspectos, la redefinición de las competencias de los ministerios y secretarías de salud, la creación de planes para extender la cobertura, incluida la regulación de la participación del sector privado, las garantías de calidad y los mecanismos de control, la participación de la sociedad civil y la consolidación de los derechos de los individuos en materia de salud (27).

Un estudio en el cual se analizó la evolución de las estimaciones del gasto federal en el Programa de Salud Mental en Brasil (2001 - 2009), desde la promulgación de la Ley Nacional de Salud Mental, demostró que el componente de financiación desempeñó un papel crucial como inductor del cambio en el modelo de atención de la salud mental (crecimiento real del 51,3%) (28). Vemos de esta manera la conexión preponderante entre la legislación y los recursos financieros.

El informe de la OMS citado anteriormente señala que sin financiación adecuada tanto la política como los planes y los programas que se derivan de este son letra muerta, y las posibilidades de realizar las acciones – incluso las consensuadas por todas las partes involucradas – no son posibles. El porcentaje del presupuesto específico para Salud Mental del total del presupuesto de salud oscilaba en los años en los cuales se aplicó dicho estudio entre del 0,2% al 7% (24). Paraguay se encuentra entre los países con porcentajes más bajos destinados a Salud Mental.

Para que la Salud Mental se considere una prioridad de salud, como fue planteada durante la Asamblea General de la Salud el año pasado, las organizaciones locales e internacionales deberán asignar los recursos necesarios para estudiar el estado de la Salud Mental en cada país (29).

En este marco, se necesita más inversión y cambios en



las políticas públicas de atención, para dar los pacientes un verdadero servicio de calidad, que garantice el respeto a su auto determinación, su integridad física y psicológica y su inclusión en la sociedad. Igualmente, es necesario trabajar en una visión más global del sistema de atención, dejando de percibirla únicamente como una cuestión de enfermedad, pasando a observar la prevención y uniendo fuerzas para educar a la población, las familias y quienes sean usuarios y usuarias del sistema (30).

En Paraguay, si bien en la política se establece que cada 15 USF debe establecerse un Centro Comunitario de Salud Mental, esto no se ha podido observar hasta hoy. En la actualidad existe más de 800 USF, pero no se ha mencionado a los centros comunitarios. ¿Qué espacios de desinstitucionalización y reinserción social existen actualmente? Si bien responder esta pregunta implica otro estudio que va más allá de los objetivos definidos para este, se considera pertinente analizar la implementación de la política. Es necesario investigar las siguientes cuestiones en estudios futuros: relación política-presupuesto, gobernanza, repercusiones a nivel de acceso a los servicios.

Según un estudio realizado por Houghton y colaboradores en el que se presentaron algunas mediciones de las desigualdades socioeconómicas que representan obstáculos para el acceso a los servicios de salud en países latinoamericanos, en Paraguay, se reportó la segunda mayor brecha en cuanto al índice relativo de desigualdad (30%), antecedido por Colombia (60%). Por lo que el estudio concluye que la repercusión que tienen las iniciativas de política nacional sobre la igualdad de acceso a los servicios de salud debería ser objeto de análisis en un futuro (31) El Salvador, Paraguay, and Peru. Methods. This cross-sectional study used data from nationally-representative household surveys in Colombia, El Salvador, Peru, and Paraguay to analyze income-related inequalities in barriers to seeking health services. Households that reported having a health problem (disease/accident).

Los trastornos mentales y el consumo de sustancias representaron el 10,5% de la carga mundial de morbilidad en América. La brecha en el tratamiento de la salud mental sigue siendo un problema de salud pública. El resultado es una elevada prevalencia de los trastornos mentales (32).

En este punto, si bien solo pudimos acceder a los motivos de consulta de los últimos años en establecimientos públicos de todo el país y en esta descripción se observa un incremento en los distintos años, los datos no son suficientes para estimar la cobertura. Desconocemos si la cantidad de unidades de salud mental varió y en qué proporción en esos mismos años o si, son los mismos establecimientos y es la cantidad de personas que consultan la que se triplicó. En todos los casos amerita un estudio más profundo. También se deben tener en cuenta otros múltiples factores, como la cantidad de recursos humanos y el lugar geográfico en el que están disponibles los servicios.

Con respecto a la tasa de suicidio, en la Región de las Américas, las tasas de mortalidad por suicidio ajustadas según la edad permanecieron relativamente estables durante el período de 20 años entre 1990 y 2009. Históricamente, América Latina ha tenido tasas de suicidio inferiores al promedio mundial. Sin embargo, en América Latina y el Caribe, se observaron incrementos en las tasas de suicidio totales y para cada sexo (8).

En los resultados sobre la tasa de suicidio calculada con los

datos de la Policía Nacional y la tasa de mortalidad reportada por el MSP y BS se visualiza, que, si bien no coinciden en la mayoría de los números, siguen una tendencia similar. Con respecto a este punto, en numerosas ocasiones los datos de América Latina han sido descritos como "irregulares", especialmente al compararlos con los datos de los países europeos (8).

Las diferencias numéricas reportadas en el presente estudio podrían representar un ejemplo del sub-registro y las debilidades de nuestro sistema de información.

En el presente estudio, la relación hombre/mujer alcanza valores de casi 3 a 1, los cuales coinciden con la información presentada en los informes regionales de la OMS, donde se menciona que el suicidio fue aproximadamente cuatro veces más frecuente en los hombres que en las mujeres. Debido a esto, sería muy importante plantear que los planes de prevención de conductas suicidas tengan como principal foco la población masculina.

(8).

Aún faltan muchos elementos que estudiar sobre la conducta suicida, será necesario incluir las perspectivas poblacional e individual para comprender la enorme variabilidad en las incidencias de suicidio y mejorar la capacidad para prevención (33).

Aunque se dispone de una importante bibliografía en este campo, en América Latina y el Caribe se requiere fortalecer la investigación, abordando no solo la mortalidad sino también estudios sobre la conducta suicida en su conjunto, incluyendo la ideación y los intentos suicidas, así como los factores sociales y culturales que influyen en esta problemática (8).

Se debe considerar que es necesario incluir, una perspectiva poblacional para comprender y reducir sus factores de riesgo a nivel individual. Las variables ecológicas proporcionan información irremplazable para la toma de decisiones por parte de clínicos, gestores y políticos (33).

También es importante y necesario el fortalecimiento de los Sistemas de Vigilancia. Resultaría muy positivo que, como parte de la evaluación de los SNSM en los países, se recolecte y analice la información disponible en términos del marco legal existente, así como de la disponibilidad de programas, servicios y recursos para prevenir y atender adecuadamente la problemática de la conducta suicida (8).

Se debe apuntar a la vigilancia pública en salud mental, la que metodológicamente similar a la de otras enfermedades crónicas, en el sentido de estar basada en el acceso y análisis de amplias fuentes de información, incluyendo encuestas poblacionales *ad hoc*, registros, informes científicos de validez externa aplicable a la población, vigilancia centinela, informes de enfermos, redes sociales, etc. (34) as identified in a meeting of health professionals. Primary prevention (most feasible in traumatic brain injury, depression induced by socio-occupational or financial stress, addictive behaviours among adolescents and young adults, and disorders in which incidence is on the increase.

Se necesitan recursos para realizar estudios epidemiológicos que permitan poner en práctica un sistema de vigilancia activa y basada en pruebas para la salud mental. Ello permitirá a los Estados Miembros integrar la salud mental en el sistema habitual de información sanitaria, notificando periódicamente y utilizando los datos básicos de salud

mental para mejorar los servicios de salud y las estrategias de promoción y prevención. En este contexto, es crucial desarrollar una agenda de investigación prioritaria para la salud mental, mejorar la capacidad de investigación y fortalecer la colaboración entre los centros de investigación nacionales, regionales e internacionales (29)

Es de gran interés disponer de indicadores de salud mental útiles para la valoración de necesidades, uso de recursos y resultados, siendo esto último lo más problemático para la atribución de efectos a datos de uso de servicios (34) as identified in a meeting of health professionals. Primary prevention (most feasible in traumatic brain injury, depression induced by socio-occupational or financial stress, addictive behaviours among adolescents and young adults, and disorders in which incidence is on the increase.

La mejora de la calidad de los datos y la presentación de informes no sólo tendría sentido para posiblemente aliviar parte de la carga económica de los trastornos mentales, sino también, lo que es más importante, para mejorar el bienestar de la población en general, proteger los derechos humanos y disminuir el sufrimiento que soportan los directamente afectados, así como el de sus familias y comunidades (29).

Actualmente existe poca información sobre gobernanza en salud mental a pesar de ser un proceso clave para que el sistema de salud atienda la salud mental de manera exitosa (26). El contexto paraguayo no es la excepción. Si bien para la formulación de políticas se contó con la participación de representantes de la sociedad civil (19), uno de los aspectos criticados en el último informe de Evaluación de los Sistemas de Salud Mental en Paraguay, justamente había resaltado la inexistencia de asociaciones de pacientes o usuarios de servicios de salud mental (22) sin embargo algunos necesitan mayor fortalecimiento y desarrollo. Hay un desequilibrio que favorece al cuidado en régimen de internación en hospitales psiquiátricos. La gran mayoría de los recursos financieros y una parte importante de los recursos humanos está dedicada a los hospitales psiquiátricos. Actualmente los hospitales psiquiátricos están trabajando más allá de su capacidad (en término de número de camas).

Para finalizar, si bien expertos apuntan a que trabajar desde una perspectiva de Derechos Humanos en salud mental significa poder escuchar estas acusaciones y -sobre todo- darles credibilidad. Significa también respetar los valores y las decisiones de las personas y tener el absoluto convencimiento de que nunca podrá ser compatible lo terapéutico con la vulneración de derechos humanos (35).

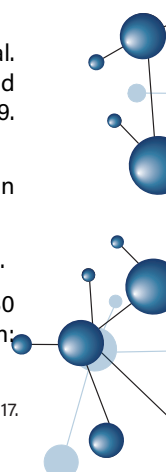
Mientras no se reúnan esfuerzos políticos y gubernamentales para el aumento del presupuesto en el área de salud mental, una ampliación de los servicios de la red de salud mental y la instalación de un sistema de información fiable, se seguirá andando a tientas. Los puntos anteriores son fundamentales para tener una verdadera radiografía de nuestra situación. Es importante implementar acciones, planes, estrategias en el área para contrarrestar el aumento de la tasa de suicidio. Además, se debe trabajar en niveles preventivos para mitigar el aumento de los trastornos de tipo neurótico, esquizofrénico, los trastornos del humor y los relacionados al uso de sustancias psicoactivas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos. Paraguay: Proyección de la población nacional, áreas

urbana y rural por sexo y edad 2000-2025. Fernando de la Mora, Paraguay: Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos; 2015. 79 p.

2. Banco Mundial. Paraguay: panorama general [Internet]. 2020. Available from: <https://www.bancomundial.org/es/country/paraguay/overview>
3. Organización Mundial de la Salud. Indicadores básicos: situación de salud en las Américas. Organización Mundial de la Salud; 2018. 20 p.
4. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Paraguay: indicadores básicos de salud 2018. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Asunción, Paraguay; 2019.
5. Mancuello J, Cabral M. Sistema de salud de Paraguay. Rev Salud Pública del Paraguay [Internet]. 2011;1(1):13-25. Available from: <http://www.ins.gov.py/revistas/index.php/rspp/article/view/20>
6. González Galeano MCC. National Health Policy of Paraguay. Rev Virtual la Soc Paraguaya Med Interna. 2018;5(2):110-1.
7. Torales J, Villalba-Arias J, Ruiz-Díaz C, Chávez E, Riego V. The right to health in Paraguay. Int Rev Psychiatry. 2014;26(4):524-9.
8. Organización Panamericana de la Salud. Mortalidad por suicidio en las Américas: informe regional [Internet]. 2014. 85 p. Available from: http://www.paho.org/pan/index.php?option=com_docman&task=doc_details&gid=253&Itemid=224.
9. Organización Mundial de la Salud. Plan de acción sobre salud mental 2013-2020 [Internet]. 2013. 54 p. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97488/1/9789243506029_spa.pdf
10. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Indicadores básicos de salud 2013. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Asunción, Paraguay; 2013.
11. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Paraguay: indicadores básicos de salud Paraguay 2015. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Asunción, Paraguay; 2015.
12. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Paraguay: indicadores básicos de salud 2016 [Internet]. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Asunción, Paraguay; 2016. Available from: <http://www.mspbs.gov.py/digies/wp-content/uploads/2012/01/IBS-Paraguay-2016.pdf>
13. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Paraguay: indicadores básicos de salud. Paraguay, 2017. [Internet]. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Asunción, Paraguay; 2017. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jsames.2011.03.003%0A>
14. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Indicadores básicos de salud 2019. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Asunción, Paraguay; 2019. 24 p.
15. Congreso de la Nación Paraguaya. Constitución Nacional del Paraguay. Asunción, Paraguay; 1992.
16. Congreso de la Nación Paraguaya. Ley No 3540. 2013.
17. Congreso de la Nación Paraguaya. Ley N° 836/80 Código Sanitario [Internet]. 1980 p. 45. Available from:



- https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=boletin-inmunizacion-0&alias=5%0Ahttp://www.who.int/fctc/reporting/Paraguay_annex8_health_act.pdf
18. Congreso de la Nación Paraguaya. Ley 1032 que crea el Sistema Nacional de Salud. 1996. 9 p.
 19. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Política nacional de salud mental 2011-2020. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Asunción, Paraguay; 2011. 56 p.
 20. Hillman AA. Human rights and deinstitutionalization: a success story in the Americas. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Heal* [Internet]. 2005 [cited 2020 Jul 11];18(4-5):374-9. Available from: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/8022/28100.pdf?sequence=1>
 21. La Nación. Solo el 1, 8% de fondos se destina a salud mental [Internet]. 2018. Available from: https://www.lanacion.com.py/pais_edicion_impresa/2018/10/23/solo-el-18-de-fondos-se-destina-a-salud-mental/
 22. Organización Panamericana de la Salud. Informe WHO - AIMS sobre el sistema de Salud Mental en Paraguay [Internet]. 2006. 27 p. Available from: https://www.paho.org/par/index.php?option=com_docman&view=download&alias=71-informe-who-aims-sobre-el-sistema-de-salud-mental-en-paraguay&category_slug=publicaciones-de-la-representacion&Itemid=253
 23. Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura. Legislación, Derechos Humanos, y su relación con la calidad de vida de las personas diagnosticadas con enfermedades mentales que se encuentran institucionalizadas en hospitales psiquiátricos y/o instituciones de encierro del Paraguay [Internet]. Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura. 2017. 43 p. Available from: https://www.conacyt.gov.py/sites/default/files/upload_editores/u294/libro_institucionalizacion.pdf
 24. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre los sistemas de salud mental en América del Sur mediante el Instrumento de Evaluación de los Sistemas de Salud Mental (IESM-Organización Mundial de la Salud): Argentina, Brasil, Bolivia, Chile, Ecuador, Paraguay, Perú y Uruguay. Organización Mundial de la Salud; 2011. 42 p.
 25. Minoletti A, Sepúlveda R, Gómez M, Toro O, Irarrázabal M, Díaz R, et al. Análisis de la gobernanza en la implementación del modelo comunitario de salud mental en Chile. *Rev Panam Salud Pública* [Internet]. 2018 Oct 18 [cited 2020 Jul 11];42:e131. Available from: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.131>
 26. Díaz-Castro L, Arredondo A, Pelcastre-Villafuerte BE, Hufty M. Indicadores de gobernanza en políticas y programas de salud mental en México: una perspectiva de actores clave. *Gac Sanit* [Internet]. 2017;31(4):305-12. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.08.001>
 27. Organización Mundial de la Salud. Las políticas públicas y los sistemas y servicios de salud. In: *Salud en las Américas*. Organización Mundial de la Salud; 2007. p. 314-405.
 28. Gonçalves RW, Vieira FS, Delgado PGG. Política de Saúde Mental no Brasil: evolução do gasto federal entre 2001 e 2009. *Rev Saude Publica* [Internet]. 2012 Feb [cited 2020 Jul 11];46(1):51-8. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102012000100007&lng=pt&tlng=pt
 29. Contreras J, Raventós H, Rodríguez G, Leandro M. Call for a change in research funding priorities: the example of mental health in Costa Rica. *Rev Panam Salud Publica*. 2014;36(4):266-269.
 30. Torales J, Giralá N, Garcete MJ, Forestieri F. Salud Mental y Derechos Humanos: el infierno continúa. (December). 2007. https://www.researchgate.net/publication/305319138_Salud_Mental_y_Derechos_Humanos_el_infierno_continua
 31. Houghton N, Bascolo E, Del Riego A. Socioeconomic inequalities in access barriers to seeking health services in four Latin American countries. [cited 2020 Jul 11]; Available from: www.paho.org/journal%7Chttps://doi.org/10.26633/RPSP.2020.11
 32. Kohn R, Ali AA, Puac-Polanco V, Figueroa C, López-Soto V, Morgan K, et al. Mental health in the Americas: an overview of the treatment gap. *Rev Panam Salud Pública* [Internet]. 2018 Oct 18 [cited 2020 Jul 11];42:e165. Available from: <https://doi.org/10.26633%2FRPSP.2018.165>
 33. Martínez-Alés G, Mascayano F, Bravo-Ortiz MF. Suicide: contexts and persons. *Rev Psiquiatr Salud Ment* [Internet]. 2019;12(4):253-4. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2018.05.001>
 34. Cuesta J, Saiz Ruiz J, Roca M, Noguer I. Salud mental y salud pública en España: vigilancia epidemiológica y prevención. *Psiquiatr Biol* [Internet]. 2016;23(2):67-73. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.psiq.2016.03.001>
 35. Cabrera M, Carralero A. Derechos humanos en salud mental (y sus vulneraciones). *Psicoevidencias*. 2017;47:1-5.