Plan de acción para la prevención del suicidio 2025-2027

MINISTERIO DE SANIDAD

Comisionado de Salud Mental

Plan de acción para la prevención del suicidio 2025-2027

Comisionado de Salud Mental
Ministerio de Sanidad, Gobierno de España.

Documento aprobado por el Comité Institucional
de la Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud.

Edita y distribuye
Ministerio de Sanidad

NIPO: Publicación provisional pendiente de NIPO

Comisionado de Salud Mental, Ministerio de Sanidad.

Dirección
Belén González Callado. Comisionada de Salud Mental
Francisco González Aguado. Subdirector General del Comisionado de Salud Mental

Coordinación técnica
Carlos Zurita Zarco. Comisionado de Salud Mental

Autoría
Itamar Yepes Crespillo. Comisionado de Salud Mental
Sofía Elisa Sanz Casado. Comisionado de Salud Mental
Natalia Pérez Arango. Comisionado de Salud Mental
Livia de Rezende Borges. Comisionado de Salud Mental
Victoria Mon Trotti. Comisionado de Salud Mental
Livia de Rezende Borges. Comisionado de Salud Mental
Maitane Berasaluce Heras. Comisionado de Salud Mental (TRAGSATEC)

Actualización del documento
17/02/2025 10.00 h

MINISTERIO
DE SANIDAD

Comisionado
de Salud
Mental

Índice

7 Introducción

17 Metodología

21 LÍNEA 1
Información de calidad

23 LÍNEA 2
Sensibilización

25 LÍNEA 3
Prevención en situaciones de vulnerabilidad

29 LÍNEA 4
Prevención en todas las políticas

35 LÍNEA 5
Abordaje sanitario

37 LÍNEA 6
Enfoque integral

41 Grupo motor para la elaboración del Plan de Acción para la Prevención del Suicidio

43 Comité Institucional de las Comunidades Autónomas

43 Sociedades científicas, asociaciones, organizaciones y otros expertos consultados

Introducción

La salud mental es reconocida como una prioridad de salud pública y un derecho humano fundamental por la Organización Mundial de la Salud (OMS). La creciente evidencia acerca del papel de los determinantes sociales, junto con la importancia de brindar atención y servicios centrados en la persona, basados en los derechos humanos y orientados hacia la recuperación, ha llevado a los gobiernos de todo el mundo a diseñar e implementar políticas que promuevan la mejora de la salud mental para toda la población[1].

De acuerdo con el Plan de Acción de Salud Mental 2013-2030 de la OMS, la prevención del suicidio se destaca como una prioridad a nivel internacional, y se insta a los países a desarrollar estrategias nacionales al respecto. Se reconoce que muchas personas que intentan suicidarse pertenecen a grupos en situaciones de vulnerabilidad. Además, se señala que las tasas de suicidio suelen estar subestimadas debido a sistemas de vigilancia deficientes o a una atribución errónea a muertes accidentales. Por ello, se subraya la necesidad de que los planes de salud mental sean integrales y cuenten no solo con el sector sanitario, sino también con la participación de otros sectores[2].

Abordar la grave problemática del suicidio es prioritario en la agenda de la Unión Europea, tal como reflejan las Conclusiones del Consejo sobre salud mental emitidas en noviembre de 2023. En dicho documento, se subraya la necesidad de promocionar el bienestar emocional en entornos como las instituciones educativas, los lugares de trabajo, las comunidades y los barrios. Se resalta la importancia de implementar una combinación de medidas e intervenciones preventivas, ajustadas a las necesidades de cada contexto, abarcando desde enfoques universales hasta selectivos. Asimismo, se hace un llamamiento firme a los Estados miembros y a la Comisión Europea para que intensifiquen sus esfuerzos en la prevención del suicidio[3].

En el marco de la Ley de Cohesión y Calidad de 2003, se contempla el desarrollo de estrategias y planes integrales para abordar los problemas de salud más relevantes. En este contexto, el Ministerio de Sanidad, en colaboración con las administraciones autonómicas, impulsó la primera Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud (SNS), publicada en 2006. En este momento, se encuentra en vigor la Estrategia de Salud Mental 2022-2026.

El Ministerio de Sanidad ha venido desarrollando diversas acciones para abordar la conducta suicida, incluyendo la publicación de recomendaciones para el tratamien-

1 Organización Mundial de la Salud. (2022). Plan de acción integral sobre salud mental 2013-2030 [Comprehensive mental health action plan 2013-2030]. Ginebra. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/373126/9789240080737-eng.pdf?sequence=1

2 Plan de acción integral sobre salud mental 2013-2030 [Comprehensive mental health action plan 2013-2030]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2022.

3 Consejo de la Unión Europea. (2023). Conclusiones del Consejo sobre la salud mental. https://data.consilium.europa.eu/doc/document/ST-15971-2023-INIT/es/pdf

to del suicidio por los medios de comunicación, que se encuentran en continua actualización. Además, el Ministerio dispone de una **Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida,** revisada en 2020[4].

En su enfoque exhaustivo y proactivo para la prevención del suicidio, el Ministerio ha estructurado sus esfuerzos a través del **Plan de Acción de Salud Mental 2022-2024.** Este plan es fruto de un esfuerzo colaborativo que involucra a sectores clave, como sanidad, educación, medios de comunicación, el sistema judicial y los servicios sociales.

En este contexto, la **línea 4** se enfoca en la prevención, detección precoz y atención a la conducta suicida. Entre las acciones implementadas, destaca la creación de la línea telefónica de atención a la conducta suicida 024, disponible las 24 horas, que brinda atención profesional y apoyo confidencial tanto a personas con conducta suicida como a sus familias. Asimismo, se ha instaurado el código de riesgo de suicidio en las Comunidades Autónomas para asegurar un acceso ágil y coordinado a la ayuda en situaciones de crisis. Además, se han desarrollado herramientas para la identificación y valoración del riesgo, junto con acciones de formación continua para los profesionales involucrados.

A la vista de estos avances, el Ministerio de Sanidad reconoce la importancia de fortalecer aún más las iniciativas, al entender que la conducta suicida constituye un problema social que requiere una mirada de salud pública. Se propone un marco estructural cohesionado que abarque diversos aspectos, identifique a los actores clave, ofreciendo actividades basadas en pruebas y promueva la coordinación, cooperación y provisión de servicios, así como la recopilación de datos. También se especifican los recursos humanos y financieros necesarios para llevar a cabo estas intervenciones.

En este sentido, se presenta un nuevo Plan de Acción para la Prevención del Suicidio, que se enmarca en la continuidad de las acciones previas y propone medidas adicionales y específicas. Este plan busca integrar la experiencia de diversos actores y abordar de manera integral el desafío que representa la conducta suicida en la sociedad actual, brindando una red de apoyo sólida y multidisciplinar a las personas supervivientes y sobrevivientes.

Este Plan de Acción representa una oportunidad para avanzar en los objetivos de la Agenda 2030. La implementación de las medidas contribuirá a alcanzar el Objetivo de Desarrollo Sostenible (ODS) 3: Salud y Bienestar, en particular a la meta 3.4, que busca reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante la prevención y el tratamiento, así como promover la salud mental y el bienestar. En este contexto, el Instituto Nacional de Estadística (INE) emplea la evaluación de la tasa de mortalidad atribuida a enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes, enfermedades respiratorias crónicas y, de manera significativa, el suicidio. Además, se espera que las medidas fomenten el ODS 5 de igualdad de género, con el fin de erradicar todas las formas de discriminación de las mujeres y niñas del mundo (meta 5.1).

4 Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida (2012). Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Socia e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (Avalia-t). Guías de Práctica Clínica en el SNS, Avalia-t 2010/02. https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2021/05/gpc_481_conducta_suicida_avaliat_compl.pdf

Análisis de situación

Las barreras para la prevención del suicidio incluyen varios desafíos que afectan a la efectividad de las estrategias preventivas. Algunas de las principales son:

1. **Falta de desarrollo de la vigilancia de la conducta suicida:** La falta de información precisa sobre intentos de suicidio, que garantice además la interoperabilidad de los datos, es un obstáculo para el desarrollo y evaluación de estrategias efectivas.
2. **Bajo seguimiento de guías de práctica clínica (GPC):** Las recomendaciones basadas en la evidencia no se aplican de manera sistemática, lo que incrementa la variabilidad en la atención a las personas con conducta suicida.
3. **Falta de continuidad asistencial:** Existen brechas en el seguimiento de las personas que presentan conducta suicida, afectando a su atención y recuperación.
4. **Estigma sobre el suicidio:** Persisten mitos, sesgos, prejuicios y creencias que dificultan una discusión abierta sobre el tema, además de una baja implicación de los medios de comunicación en la cobertura preventiva y en la labor de concienciación.
5. **Falta de enfoque multisectorial:** Las dificultades en la coordinación entre diversas administraciones y sectores limitan la efectividad de las estrategias preventivas.
6. **Escaso apoyo y acompañamiento a las personas supervivientes:** Los/as familiares y allegados/as de personas que han fallecido por suicidio no siempre reciben el seguimiento y apoyo necesario.
7. **Dificultad en la implementación de acciones coordinadas:** así como el intercambio de buenas prácticas.

¿Por qué es importante un Plan estatal de Prevención del suicidio?[5]

- Muestra el reconocimiento de las Administraciones sobre la prevención de la conducta suicida como una prioridad de salud pública y la necesidad de un compromiso compartido por parte de la sociedad.
- Proporciona las bases y la coordinación necesarias, identificando una visión compartida y objetivos estratégicos.
- Brinda liderazgo y orientación para la implementación efectiva de actividades basadas en la evidencia.
- Identifica a los actores responsables de tareas específicas y fomenta la colaboración y coordinación.
- Identifica lagunas en la legislación, la prestación de servicios y en el conocimiento disponible.
- Promueve la sensibilización y la comunicación responsable por parte de los medios de comunicación al tratar el suicidio.
- Propone un marco sólido de monitoreo y evaluación para dar seguimiento al logro de los objetivos.

5 Modificado de Platt, S., Arensman, E., & Rezaeian, M. (2019). National suicide prevention strategies—Progress and challenges. Crisis, 40(2), 75–82. https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000587

Epidemiología del suicidio

Conducta suicida en el mundo

A nivel internacional, según la OMS, alrededor de 700.000 personas se quitan la vida cada año, y muchas más intentan hacerlo. Estos datos posicionan al suicidio como la principal causa de muerte no natural y una de las principales causas de mortalidad del mundo. El 79% de todos los suicidios se produce en países de ingresos bajos y medianos.

En 2019, el suicidio representó el 1,3% de todas las muertes, lo que equivale a una tasa de 9 suicidios por cada 100.000 habitantes. Esta tasa estandarizada por edad es mayor en hombres (12,6 por 100.000 habitantes) que en mujeres (5,4 por 100.000 habitantes). En cuanto a los grupos de edad, el suicidio es la tercera causa de muerte para los jóvenes de entre 15 y 19 años.

La región con la tasa más baja de suicidios estandarizada por edad es el Este del Mediterráneo, con 6,4 por 100.000 habitantes. En contraste, la tasa más alta se registra en África con 11,2 por 100.000 habitantes. (OMS, 2019[6]).

Conducta suicida en Europa

Cada año, alrededor de 50.000 personas mueren por suicidio en la Unión Europea (UE). La última tasa disponible de suicidio para el conjunto de la UE fue de 10,2 por 100.000 habitantes en 2021. Al igual que a nivel mundial, esta tasa es mayor en hombres (16,75 por 100.000 habitantes) que en mujeres (4,55 por 100.000 habitantes).

En función del país, Eslovenia presenta la tasa de suicidio más alta de la UE, seguida de Lituania y Hungría. Por otro lado, los países del sur de Europa, como Chipre y Malta, muestran las tasas más bajas de mortalidad (Eurostat)[7].

Conducta suicida en España

A nivel estatal, según el Instituto Nacional de Estadística (INE), se produjeron 4.116 fallecidos por suicidio en el año 2023. La mortalidad por suicidio en España en 2023 fue de 8 muertes por cada 100.000 habitantes, siendo mayor en hombres que en mujeres en todos los grupos de edad. Las diferencias son notables, alcanzando 46,3 suicidios por cada 100.000 hombres mayores de 90 años, frente a 4,4 en las mujeres de esa misma franja de edad[8].

6 Organización Mundial de la Salud (OMS). (2019) Suicidios: datos y cifras, 2019. [Internet]. https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide

7 Eurostat. (2023). Deaths by suicide down by almost 14% in a decade. Eurostat. https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/w/edn-20230908-3

8 Instituto Nacional de Estadística (INE). (2023) www.ine.es

Figura 1. Tasa de mortalidad por suicidio estandarizada por edad por 100.000 habitantes, según sexo. España, 2013-2023

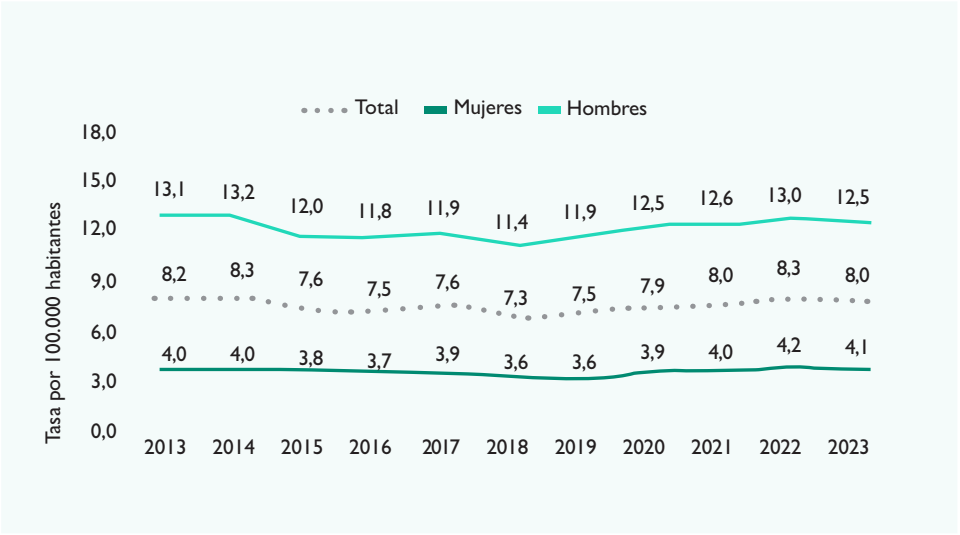
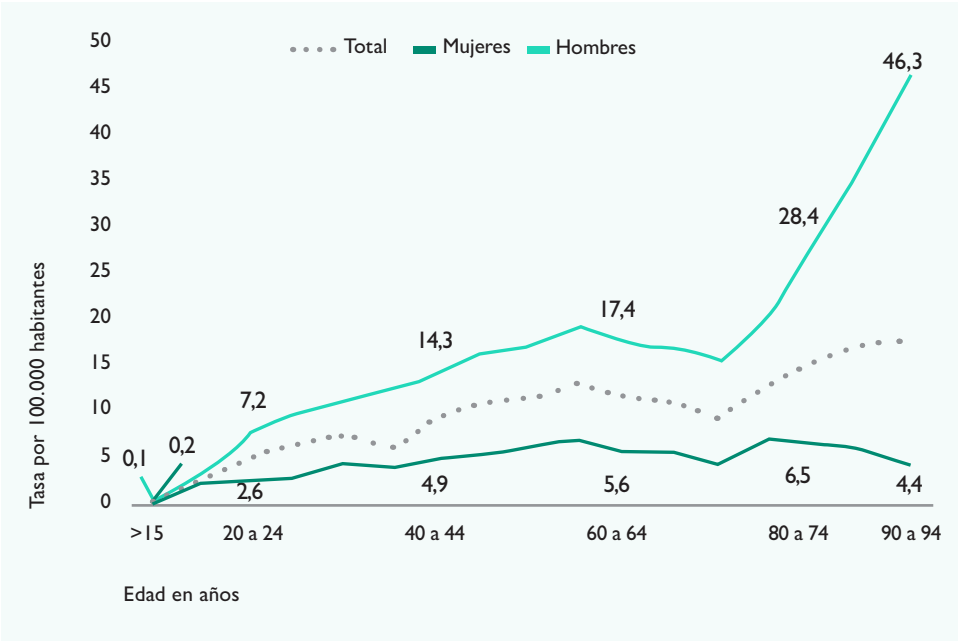


Figura 2. Tasa bruta de mortalidad por suicidio por 100.000 habitantes, por grupos de edad. España, 2023



Componentes habituales en una intervención a nivel estatal de prevención del suicidio[5]

- Vigilancia y evaluación.
- Sensibilización para abordar actitudes estigmatizantes hacia la salud mental y la conducta suicida.
- Liderazgo y orientación sobre la implementación efectiva de actividades basadas en la evidencia.
- Promoción de la cobertura responsable por parte de los medios de comunicación.

- Supervisión y coordinación.
- Atención mejorada y seguimiento dirigido a personas sobrevivientes de suicidio.
- Posvención (intervenciones con familiares y personas allegadas realizadas después de un suicidio).

Evidencia sobre las actuaciones frente a conducta suicida

El suicidio es un fenómeno complejo y multicausal, lo que dificulta su predicción, ya que no existe un único factor determinante. Los intentos previos son un indicador clave para la identificación del riesgo de suicidio posterior; de hecho, un intento anterior es el factor aislado más importante para predecir la conducta suicida (OMS, 2014).

El metaanálisis realizado por Franklin y colaboradores[9], que abarcó 365 estudios de los últimos 50 años, reveló que la capacidad predictiva de los factores de riesgo tradicionales para los pensamientos y comportamientos suicidas ha sido solo ligeramente mejor que el azar. Es decir, estos factores han tenido poca precisión para anticipar quién podría desarrollar pensamientos o conducta suicida. Ninguna categoría amplia de factores demostró una capacidad predictiva robusta, y los estudios rara vez han investigado cómo interactúan entre sí varios factores de riesgo, lo cual limita el alcance de las investigaciones. Estos hallazgos sugieren la necesidad de cambiar el enfoque actual, para pasar de un modelo centrado en factores de riesgo individuales a modelos más complejos y precisos. Los autores sugieren el uso de algoritmos de riesgo basados en el aprendizaje automático, los cuales pueden integrar múltiples variables e interacciones complejas para mejorar la precisión en la predicción y la prevención.

La conducta suicida no es una enfermedad en sí misma, sino una manifestación de un sufrimiento emocional profundo, lo que implica que puede surgir en distintos contextos sin señales claras previas. De hecho, algunas personas que fallecen por suicidio no habían expresado ideación o intención suicida anteriormente[10].

A pesar de los esfuerzos por estratificar el riesgo de suicidio en niveles, se ha demostrado que los enfoques tradicionales de predicción resultan insuficientes. Estos métodos, con frecuencia, generan falsos positivos, lo que conduce a tratamientos innecesarios, y falsos negativos, que ignoran la necesidad de intervención. Además, no abordan la naturaleza dinámica del riesgo ni los factores modificables que podrían mitigarlo[11].

La evidencia más convincente se refiere a las restricciones en el acceso a métodos comunes de suicidio, aunque no todas las intervenciones parecen tener el mismo impacto. La prevención más efectiva está asociada a intervenciones estructurales

9 Franklin, J. C., Ribeiro, J. D., Fox, K. R., Bentley, K. H., Kleiman, E. M., Huang, X., Musacchio, K. M., Jaroszewski, A. C., Chang, B. P., & Nock, M. K. (2017). Risk factors for suicidal thoughts and behaviors: A meta-analysis of 50 years of research. Psychological Bulletin, 143(2), 187–232. https://doi.org/10.1037/bul0000084

10 Pompili, M., Murri, M. B., Patti, S., Innamorati, M., Lester, D., Girardi, P., & Amore, M. (2016). The communication of suicidal intentions: a meta-analysis. Psychological Medicine, 46(11), 2239-2253.

11 Turner, K., Pisani, A. R., Sveticic, J., O'Connor, N., Woerwag-Mehta, S., Burke, K., & Stapelberg, N. J. (2022). The paradox of suicide prevention. International Journal of Environmental Research and Public Health, 19(22), 14983. https://doi.org/10.1037/bul0000084

(como la restricción de acceso a lugares de riesgo) y la restricción del acceso a agentes farmacológicos.

También existe evidencia de eficacia en programas basados en entornos (por ejemplo, en escuelas, comunidades, lugares de trabajo, prisiones, fuerzas armadas y cuerpos policiales), así como la formación dirigida a médicos de atención primaria y algunas intervenciones de atención/seguimiento mejorado[12].

Medios de comunicación

La comunicación responsable y ética desempeña un papel esencial en cualquier plan de prevención del suicidio. Los medios de comunicación tienen el potencial para influir positivamente en este ámbito. A través de la información rigurosa, respaldada por la evidencia y alejada del sensacionalismo, junto con la colaboración de profesionales especializados, el periodismo puede convertirse en una herramienta fundamental para la prevención y sensibilización.

Al difundir testimonios de personas que han superado situaciones de crisis y transmitir mensajes de esperanza, los medios pueden ser un apoyo para quienes atraviesan experiencias de alto sufrimiento. Además, es fundamental que informen sobre los recursos de apoyo disponibles para quienes experimentan ideación suicida, facilitando así el acceso a la ayuda necesaria[13].

Grupos en situación de vulnerabilidad

Se prioriza la atención a varios grupos en situación de vulnerabilidad, que enfrentan un mayor riesgo de conducta suicida debido a factores sociales, económicos, de salud o de discriminación. La OMS y la guía de prevención del suicidio de Diaconía España identifican varios grupos en situación de especial vulnerabilidad[14].

Personas con problemas de salud mental[1]. Personas con problemas de salud mental en situación de crisis y especialmente aquellas con cuadros severos que requieren un apoyo prolongado del sistema sociosanitario (TMG).

Personas con discapacidad[15]. Las personas con discapacidades se enfrentan a dificultades adicionales en la accesibilidad en todos los entornos.

Personas mayores[9]. Con especial atención a aquellas que viven en situación de soledad no deseada; agravado por factores como la pérdida de seres queridos, enfermedades crónicas y una percepción de falta de apoyo.

12 Zalsman, G., Hawton, K., Wasserman, D., van Heeringen, K., Arensman, E., Sarchiapone, M., … Zohar, J. (2016). Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. Lancet Psychiatry, 3(7), 646–650. https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16) 30030-X.

13 PAHO. Prevención del suicidio: un recurso para profesionales de los medios de comunicación. Actualización del 2023. (2023). https://doi.org/10.37774/9789275327791

14 Diaconia España. (n.d.). Guía de prevención del suicidio https://diaconia.es/wp-content/uploads/2024/01/Guia-prevencion-suicidio-Diaconia-Espana.pdf

15 Observatorio de la Discapacidad (2024). El suicidio en las personas con discapacidad en España. Retrieved October 9, 2024, from https://www.observatoriodeladiscapacidad.info/wp-content/uploads/OED-Suicidio-personas-discapacidad-Espana.pdf

Adolescentes y jóvenes[16]. Población con aumento de sufrimiento emocional y en el que resulta importante la generación de espacios saludables y sin violencia.

Personas LGTBIQ+[1]. Afectadas por diversas formas de estigma, discriminación y violencia asociadas a orientación sexual o identidad de género.

Personas en riesgo de pobreza y exclusión social[17]. Incluyendo personas sin hogar, en situación de precariedad o vulnerabilidad social.

Personas que sufren violencia[1]. Este grupo incluye, entre otros, el maltrato físico, psicológico o emocional, el trato negligente, el acoso, la violencia sexual y de género.

Personas con enfermedades graves o dolor[1]. Estas condiciones pueden predisponer a la presencia de sufrimiento emocional y sentimientos de desesperanza.

Personas privadas de libertad en centros penitenciarios. A nivel mundial, el suicidio sigue siendo la principal causa de muerte en las prisiones. Un estudio de la OMS revela que la tasa de suicidio en las cárceles de España asciende a 90,9 por cada 100.000 personas privadas de libertad, una cifra notablemente superior a la de la población general.

Por otro lado, la identificación de factores protectores que reduzcan el riesgo es fundamental. El acceso al apoyo social, la atención integral a la salud mental y los recursos comunitarios son esenciales.

Familiares y personas allegadas

La Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida del Ministerio de Sanidad subraya la importancia de proporcionar a los familiares y personas allegadas—como pareja y amistades— la información necesaria para un acompañamiento adecuado. Esta guía sugiere establecer un plan claro para solicitar ayuda en caso de ser necesario y enfatiza la importancia de orientar a estas personas sobre cómo ofrecer apoyo emocional de manera efectiva.

Asimismo, se reconoce la necesidad de cuidar el bienestar emocional de los familiares y personas allegadas, quienes a menudo enfrentan altos niveles de estrés y sufrimiento ante estas circunstancias[4].

La posvención es fundamental para promover el manejo del duelo por suicidio en familiares y personas allegadas, ya que existe evidencia que respalda su efectividad. Una revisión sistemática realizada por Linde (2017) muestra que los grupos de supervivientes pueden ayudar a disminuir la intensidad del duelo, brindando un espacio donde las personas se sienten apoyadas y comprendidas[18].

16 Observación general N.º 15 (2013) sobre el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 24) https://www.plataformadeinfancia.org/wp-content/uploads/2018/09/observacion-general-15-derecho-nino-al-disfrute-mas-alto-nivel-posible-de-salud-2013-.pdf

17 Observatorio de la Discapacidad (2024). El suicidio en las personas con discapacidad en España. Retrieved October 9, 2024, from https://www.observatoriodeladiscapacidad.info/wp-content/uploads/OED-Suicidio-personas-discapacidad-Espana.pdf

18 Linde, K., & otros. (2017). Postvention: A systematic review of the effectiveness of interventions to reduce post-suicidal behavior in survivors. Cochrane Database of Systematic Reviews

Enfoque comunitario

El informe "Prevención del suicidio: herramientas para la participación comunitaria" de la Organización Panamericana de la Salud (2021) subraya la importancia de la comunidad en la prevención del suicidio y en la mejora de la salud mental y el bienestar emocional, tanto a nivel individual como colectivo. Este enfoque destaca la necesidad de involucrar a la comunidad en la creación de entornos de apoyo que fomenten el bienestar emocional y fortalezcan los lazos sociales, esenciales para la prevención efectiva del suicidio[19].

Entorno educativo

La Ley Orgánica 8/2021, aprobada el 4 de junio, establece un marco de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia. Entre sus medidas, se requiere que las Comunidades Autónomas desarrollen protocolos de actuación para prevenir el suicidio en el ámbito escolar. Estos protocolos establecen los sistemas de comunicación y coordinación entre los profesionales involucrados, incluidos los sectores sanitario, judicial y policial (Capítulo IV, artículo 34).

Además, el artículo 35 de la ley introduce la figura de "Coordinador/a de bienestar del alumnado", cuyo propósito es promover medidas que aseguren el bienestar óptimo para los niños, niñas y adolescentes, así como fomentar la cultura del buen trato[20].

Equipos de emergencia

En los últimos años, se han establecido protocolos específicos para los servicios de emergencia, incluyendo Bomberos, Protección Civil y las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad. Estos protocolos no solo definen con precisión el ámbito de aplicación, sino que también delinean las fases de actuación, las competencias de mando y las tareas asignadas a cada participante. Además, se incluyen medidas de seguridad que garantizan una respuesta eficaz y segura ante situaciones críticas. Este enfoque integral busca optimizar la coordinación y la eficacia en la intervención, contribuyendo así a la prevención del suicidio y a la atención de quienes se encuentran en situaciones de crisis[21].

Objeto del Plan de Prevención

Reducir y prevenir la conducta suicida en la población a través de acciones específicas, con particular atención a las personas en situaciones de vulnerabilidad. Esto incluye proporcionar apoyo adecuado, fortalecer las redes de protección y sensibilizar a la sociedad para disminuir el estigma asociado al suicidio.

Además, se busca mejorar la equidad y cohesión del Sistema Nacional de Salud, promoviendo la colaboración entre las administraciones y la sociedad civil. Se ga-

19 Organización Panamericana de la Salud. (2021). Prevención del suicidio: herramientas para la participación comunitaria. https://iris.paho.org/handle/10665.2/54864

20 BOE-A-2021-9347. Ley Orgánica 8/2021, de 4 de junio, de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia. Boletín Oficial del Estado. https://www.boe.es/eli/es/lo/2021/06/04/8/con

21 Municipal, S. P.-P. (n.d.). Protocolo de actuación conjunta bomberos. Madrid.es. https://www.madrid.es/ficheros/SAMUR/data/217_03b.pdf

rantiza la accesibilidad a la ayuda y se prioriza la formación de los/as profesionales involucrados en este ámbito.

Objetivos[22]

- Mejorar la disponibilidad, oportunidad y calidad de la **información** para planificar eficazmente la prevención de la conducta suicida.
- Aumentar la **conciencia** sobre la magnitud del problema y sobre la efectividad de las intervenciones disponibles.
- Enfocar la atención en los grupos en situación de **vulnerabilidad** y proporcionarles intervenciones específicas.
- Reducir el **estigma** asociado a la conducta suicida.
- Abordar los **determinantes sociales** de la salud que influyen en el suicidio.
- Fortalecer el **liderazgo y la participación** multisectorial.
- Mejorar el **acceso** a servicios de prevención del suicidio y apoyo a las personas en crisis o en situación de mayor riesgo de conducta suicida.
- Aumentar la **capacidad** del Sistema Nacional de Salud para el abordaje de la conducta suicida.
- Promover los **factores ambientales, comunitarios** y el apoyo social para prevenir el suicidio.
- Fomentar la aplicación de directrices para una cobertura informativa responsable de los **medios de comunicación.**
- Proporcionar apoyo adecuado a los **familiares y allegados** de personas afectadas por suicidio.

Financiación del Plan de Prevención

En el momento de la aprobación del presente plan, y bajo condiciones de prórroga presupuestaria, se está trabajando en las modificaciones presupuestarias pertinentes para garantizar una financiación adecuada al mismo, que se vería incrementada en el proyecto de presupuestos generales del Estado.

La distribución de crédito entre las CCAA e INGESA, así como las actuaciones sujetas a financiación, se hará conforme a los criterios que serán debatidos y trabajados en el comité institucional del Plan de Acción de Prevención del Suicidio, además de sometidos a aprobación posteriormente en el Pleno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. El proceso de debate y delimitación de criterios de financiación y actuaciones sujetas a financiación se desarrollará durante el primer trimestre de cada año de vigencia del presente plan, y será elevado al pleno del CISNS inmediatamente después.

El contenido de los acuerdos del CISNS con respecto a la distribución de crédito a las CCAA se incluirán al presente plan de forma anual en forma de anexos.

22 Modificado de Naciones Unidas, 1996. Prevención del suicidio: directrices para la formulación y la aplicación de estrategias nacionales. Nueva York (NY): Naciones Unidas; 1996.

Metodología

1. **Revisión de la evidencia:** Un grupo de personas expertas realizaron una exhaustiva revisión de la literatura científica y de los planes de prevención del suicidio a nivel nacional e internacional. Esta revisión incluye la recopilación de información relevante de fuentes como la OMS y la Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud.

2. **Detección de necesidades y objetivos:** A partir de esta revisión, se identificaron las necesidades específicas de las poblaciones objetivo, teniendo en cuenta la prevalencia del problema y la capacidad de respuesta del Sistema Nacional de Salud. Además, se ha evaluado la coordinación interadministrativa y multinivel, incluyendo las acciones implementadas a nivel autonómico y local.

3. **Definición de las principales líneas estratégicas.** Las líneas estratégicas para la prevención del suicidio se desarrollaron para el cumplimiento de los objetivos priorizados. La intervención se distribuye principalmente en tres niveles: las líneas 1 y 2 son de carácter universal (dirigidas a toda la población); las líneas 3 y 4 son selectivas (focalizadas en grupos en situación de vulnerabilidad); y las líneas 5 y 6 son indicadas (destinadas a las personas que ya han presentado conducta suicida). Cada línea incluye acciones concretas para su implementación, con plazos, recursos y agentes involucrados, que se documentan y desarrollan en colaboración con el Grupo motor, el cual está organizado en subgrupos que corresponden a cada una de las líneas según el perfil de sus miembros. El Grupo motor está compuesto por personas expertas, representantes de instituciones, del tercer sector y usuarios/as del Sistema Nacional de Salud (SNS). Este grupo es abierto y se enriquece constantemente con nuevos perfiles conforme se identifican nuevas necesidades o ámbitos de actuación.

4. **Identificación de otros agentes involucrados y propuesta de indicadores para la evaluación del plan con el Grupo motor.** Se realizó un trabajo conjunto para identificar y coordinar a los agentes involucrados en las acciones del Plan, así como para proponer indicadores para su evaluación con el Grupo motor.

5. **Priorización de las acciones** por parte del Comité Institucional, que representa a las Comunidades Autónomas; y el Comité Técnico, que incluye a sociedades científicas y asociaciones de la Estrategia de Salud Mental. Estos han desempeñado un papel fundamental en el diseño de nuevas acciones y en la priorización de las acciones a implementar.

Líneas y acciones

LÍNEA 1

Información de calidad

Acciones

1.1. Crear dentro de la Red Estatal de Vigilancia en Salud Pública un sistema de vigilancia en salud mental que incluya la conducta suicida

El sistema de vigilancia de salud mental ofrecerá la información necesaria para permitir la toma de decisiones para la prevención de la conducta suicida. Para ello recopilará la información relevante sobre persona, lugar y tiempo, de problemas de salud mental y, especialmente en conducta suicida (incluyendo intentos y casos consumados). Además, se valorará la inclusión de colectivos en situación de vulnerabilidad y entornos (educativo, laboral, rural, urbano) identificando puntos críticos donde se debe priorizar la intervención (áreas críticas).

Indicador: Constituir, en el marco de la Red Estatal de Vigilancia en Salud Pública, el Grupo de Vigilancia de Salud Mental para elaborar el manual de procedimientos que defina, entre otros, los indicadores necesarios en la vigilancia de la conducta suicida.

Resultado esperado: Manual de procedimientos del sistema de vigilancia de salud mental que defina, entre otros, la vigilancia de la conducta suicida.

Real Decreto de Vigilancia en salud mental que incluya la vigilancia de la conducta suicida.

Organismo responsable: Ministerio de Sanidad

1.2. Crear un Observatorio para la Prevención del Suicidio

Se propone analizar y difundir información sobre la conducta suicida, utilizando datos fiables y homogéneos. Este proceso incluirá la recopilación de información detallada, incluidos los informes de la línea 024. Además, se publicará información relevante a nivel internacional, autonómico y local. Toda esta información se integrará en un mecanismo de coordinación interinstitucional que potenciará la prevención y atención de la conducta suicida.

Indicador: Acuerdo por el que se crea el Observatorio para la Prevención del Suicidio.

Resultado esperado: Desarrollo de informes y establecimiento de mecanismos de coordinación interadministrativa en relación con la conducta suicida.

Organismo responsable: Ministerio de Sanidad.

1.3. Recopilar la investigación científica más relevante sobre la conducta suicida

Se establecerá un registro de proyectos de investigación en curso sobre la conducta suicida, financiados mediante concurrencia competitiva. Estos proyectos están enfocados a la investigación traslacional, con el objetivo de aplicar sus resultados en el abordaje clínico.

Indicador: Publicación en la web del Ministerio de Sanidad de las líneas de investigación de concurrencia competitiva en la conducta suicida que se están realizando en el ámbito estatal.

Resultado esperado: Disponibilidad de información sobre los proyectos de investigación en curso en el ámbito estatal, enfocados en la prevención del suicidio.

Organismo responsable: Ministerio de Sanidad e ISCIII.

1.4. Promover el registro y seguimiento de la conducta suicida que contribuya a la mejora de su vigilancia

La recopilación precisa de datos sobre la conducta suicida requiere no solo un sistema eficaz de recogida de información, sino también un registro adecuado de estos datos por parte de las administraciones competentes. La coordinación de las CCAA se puede realizar mediante la Subcomisión de Sistemas de Información del Consejo Interterritorial del SNS.

Indicador: % de CCAA que han trabajado con las personas profesionales encargadas del registro de los datos relativos a la conducta suicida.

Resultado esperado: Mejora en el registro de los indicadores de la conducta suicida que se han detectado previamente infranotificados.

Organismo responsable: CCAA e INGESA.

LÍNEA 2

Sensibilización

Acciones

2.1. Realizar campañas de sensibilización, promoción de la salud mental, concienciación contra el estigma y prevención de la conducta suicida de ámbito estatal

Las campañas se realizarán con una perspectiva comunitaria, poniendo especial énfasis en abordar las dificultades de la vida diaria, así como identificar las fortalezas tanto de las personas como de la comunidad. Se busca potenciar los vínculos con una mirada de promoción del bienestar emocional, prestando especial atención a las personas mayores y otros colectivos en situación de vulnerabilidad. Además, se promoverá la difusión de recursos de ayuda, como la línea telefónica de atención a la conducta suicida 024, y se garantizará la accesibilidad universal de las medidas de sensibilización.

Indicador: Hacer una campaña anual.

Resultado esperado: Realización de una campaña y análisis de su impacto.

Organismo responsable: Ministerio de Sanidad.

2.2. Desarrollar acciones para extender la formación a los medios de comunicación sobre cómo informar del suicidio y aumentar su implicación como agentes de prevención

Se llevará a cabo la revisión, actualización y difusión del Manual de apoyo para los/as profesionales. Además, se implementarán acciones dirigidas a los medios de comunicación y a los contenidos en redes sociales, con el objetivo de mejorar la formación de los periodistas en la prevención del suicidio. Estas acciones incluirán la actualización de los manuales de estilo y el trabajo conjunto para la identificación de figuras referentes en prevención de suicidio en las redacciones.

Indicador: Actualización del Manual de apoyo para los/as profesionales y formación.

Resultado esperado: Análisis del impacto de la información y formación de los/as responsables de medios de comunicación en la prevención del suicidio.

Organismo responsable: Ministerio de Sanidad.

2.3. Desarrollar campañas de promoción de la salud y lucha contra la discriminación destinadas a la prevención de la conducta suicida enfocadas al entorno regional

Las campañas de prevención del suicidio se enfocarán en fortalecer las capacidades de afrontamiento del malestar emocional mediante un enfoque salutogénico, promoviendo la salud y combatiendo el estigma, especialmente a nivel regional y local. También es fundamental informar a la ciudadanía sobre los recursos disponibles y las medidas que favorezcan la accesibilidad a los mismos.

Indicador: Realizar una campaña por cada CCAA.

Resultado esperado: 100% de las CCAA realizan campañas y evaluación del impacto.

Organismo responsable: CCAA e INGESA.

LÍNEA 3

Prevención en situaciones de vulnerabilidad

Acciones

3.1. Establecer mecanismos para la identificación de personas que se encuentran en situación de soledad no deseada que acuden al sistema sanitario, con el fin de facilitar su vinculación con la red comunitaria.

La detección de la soledad no deseada debe realizarse en distintos niveles del sistema sanitario. Tanto los servicios de salud mental como la atención primaria, por su accesibilidad, son puntos propicios para abordar esta situación. Estos servicios facilitan la conexión con otros recursos comunitarios y promueven la integración de las personas en la red de apoyo local.

Indicador: % de CCAA que trabajan en la identificación de personas que se encuentran en situación de soledad no deseada.

Resultado esperado: al menos el 80% de las CCAA.

Organismo responsable: CCAA e INGESA.

3.2. Establecer iniciativas para la promoción de un buen estado de salud mental desde un enfoque comunitario en el ámbito local, prestando especial atención a las personas mayores, con el fin de fomentar la vinculación con el entorno

El ámbito comunitario es fundamental para trabajar con los colectivos más vulnerables. Es necesario potenciar, desde diferentes ámbitos, la creación de espacios más saludables a nivel local, especialmente en la prevención del suicidio.

Indicador: % de CCAA que han implementado iniciativas locales, como talleres o actividades comunitarias, dirigidas a la promoción de bienestar emocional.

Resultado esperado: 100% de las CCAA y análisis del impacto.

Organismo responsable: CCAA e INGESA.

3.3. Prestar un apoyo especializado a las personas con discapacidad mediante el abordaje multifactorial

Ofrecer programas dirigidos a personas con discapacidad, es esencial para abordar los problemas de salud mental y la prevención del suicidio. Es importante desagregar estos programas por tipo de discapacidad. Estas intervenciones promueven el bienestar emocional y contribuyen a una atención integral.

Indicador: % de las CCAA con programas especializados de atención a las personas con discapacidad.

Resultado esperado: 100% de las CCAA.

Organismo responsable: CCAA e INGESA.

3.4. Desarrollar acciones para el abordaje coordinado de situaciones de violencia, con especial atención a niños, niñas y adolescentes

La prevención, identificación temprana y la intervención precoz resulta clave para proteger antes estas situaciones y ofrecer a las personas un apoyo integral y coordinado.

Indicador: % de CCAA que han promovido la interoperabilidad entre los servicios sanitarios, sociales y de igualdad, con circuitos claros, para dar una respuesta ante la detección de casos de violencia, incluyendo el maltrato, la violencia sexual y de género.

Resultado esperado: al menos el 80% de las CCAA.

Organismo responsable: CCAA e INGESA.

3.5. Realizar acciones de apoyo y promoción de la no discriminación hacia las personas LGTBIQ+, con un enfoque centrado en la prevención de la conducta suicida

La coordinación entre diferentes ámbitos, las campañas de sensibilización y la formación a las profesionales en el ámbito sanitario con una perspectiva de diversidad, son clave para combatir la discriminación por orientación sexual e identidad de género. Estas acciones ayudan a prevenir la conducta suicida, ofreciendo un entorno más inclusivo.

Indicador: % de CCAA que han realizado programas dirigidos a las personas LGTBIQ+ para contribuir al bienestar emocional y a la prevención del suicidio.

Resultado esperado: al menos el 80% de las CCAA.

Organismo responsable: CCAA e INGESA.

3.6. Brindar apoyo a personas en riesgo de exclusión social y con problemas de salud mental

Se incluyen, entre otros, a personas en situación de desplazamiento, migración o sinhogarismo, así como las niñas, niños y adolescentes que se encuentran bajo tutela o con medidas no privativas de libertad requieren una atención psicosocial integral. Estos colectivos en situación de vulnerabilidad precisan un enfoque especializado que promueva su bienestar emocional y social, facilitando su integración y desarrollo.

Indicador: % de CCAA que han establecido recursos específicos de apoyo a las personas en riesgo de exclusión social y con problemas de salud mental.

Resultado esperado: al menos el 80% de las CCAA.

Organismo responsable: CCAA e INGESA.

3.7. Desarrollar programas para cuidar a las personas cuidadoras para la atención y prevención de problemas de salud mental

El apoyo a las personas que ejercen cuidados, tanto formales como informales, es esencial en la prevención del suicidio. Estas cuidadoras, a menudo expuestas a altos niveles de estrés emocional, necesitan recursos y acompañamiento para preservar su bienestar y poder ofrecer un soporte adecuado a quienes lo necesitan.

Indicador: % de CCAA que cuentan con un programa de acompañamiento, atención y/o formación a las personas cuidadoras.

Resultado esperado: al menos el 80% de las CCAA.

Organismo responsable: CCAA e INGESA.

3.8. Fomentar un abordaje con perspectiva de género para una adecuada comprensión y atención a la conducta suicida

La perspectiva de género resulta fundamental para entender y abordar la conducta suicida en cada etapa de la vida. En los hombres mayores, aspectos como el aislamiento social y los estereotipos de masculinidad dificultan la expresión emocional y el acceso al apoyo, lo que incrementa su vulnerabilidad. Factores como la socialización femenina respecto a los cuidados, la expresión emocional a través del cuerpo y unas condiciones de vida más precarias pueden influir en la presentación de conducta suicida diferencial entre los hombres y las mujeres.

Indicador: % de CCAA que tienen programas con perspectiva de género en la atención de la conducta suicida.

Resultado esperado: al menos el 80% de las CCAA.

Organismo responsable: CCAA e INGESA.

3.9. Fomentar la posvención mediante medidas de apoyo a supervivientes

La posvención a familiares y personas allegadas tras un suicidio es clave para aliviar el duelo. Fomentar la ayuda mutua entre supervivientes y detectar a quienes necesitan apoyo en los diferentes entornos permite ofrecer un soporte temprano y efectivo.

Indicador: % de CCAA que han establecido programas de apoyo a supervivientes.

Resultado esperado: al menos el 80% de las CCAA.

Organismo responsable: CCAA e INGESA.

LÍNEA 4

Prevención en todas las políticas

Acciones

4.1. Limitar el acceso a los medios letales

Limitar el acceso a medios letales, como armas de fuego y medicamentos innecesarios, es clave en la estrategia LIVE LIFE de la OMS.

Indicador: Coordinación con la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) y el Ministerio de Interior.

Resultado esperado: Acta de la reunión de coordinación e informe de acuerdos.

Organismo responsable: Ministerio de Sanidad.

4.2. Establecer mecanismos de coordinación con servicios sociales para la prevención de la conducta suicida

La atención sociosanitaria proporciona los cuidados y apoyos a las personas y familias, con el propósito de potenciar la autonomía, desarrollar sus habilidades y facilitar su participación en la comunidad. Este enfoque interdisciplinario es fundamental para la prevención del suicidio. En el caso de niños, niñas y adolescentes resulta especialmente importante fortalecer los factores de protección y minimizar los factores de riesgo en el ámbito familiar, desde un enfoque de parentalidad positiva.

Indicador: Establecer una coordinación regular a nivel sociosanitario para diseñar acciones compartidas entre Derechos Sociales y Sanidad.

Resultado esperado: Acta reunión Sociosanitario.

Organismo responsable: Ministerio de Sanidad.

4.3. Impulsar el modelo de Escuelas promotoras de salud

El entorno escolar es clave para la salud, desarrollo integral y bienestar de los niños, niñas y adolescentes, siendo el modelo de Escuelas Promotoras de Salud una estrategia efectiva que facilita la participación, la vinculación al centro educativo.

Indicador: Coordinación de los Grupo de Trabajo de Escuelas Promotoras de Salud del Ministerio de Sanidad con el Grupo de Trabajo de Salud Escolar del Ministerio de Educación, Formación Profesional y Deportes.

Resultado esperado: Memoria final de acciones y resultados de las Escuelas Promotoras de Salud.

Organismo responsable: Ministerio de Sanidad.

4.4. Potenciar el trabajo intersectorial para la promoción del bienestar emocional en los centros educativos

El entorno escolar es clave para la salud, desarrollo integral y bienestar de los niños, niñas y adolescentes. Es necesaria la coordinación intersectorial para promover el bienestar emocional en los centros educativos y aumentar la efectividad de los mecanismos de coordinación para la atención a las experiencias de malestar emocional en la infancia y adolescencia.

Indicador: Coordinación entre Grupo de Trabajo de salud mental de niños, niñas y adolescentes del Ministerio de Sanidad y Grupo de Trabajo de Convivencia/bienestar emocional del Ministerio de Educación, Formación Profesional y Deportes.

Resultado esperado: Memoria final de acciones y resultados en el trabajo intersectorial para la promoción del bienestar emocional en los centros educativos.

Organismo responsable: Ministerio de Sanidad.

4.5. Promover la salud mental en el ámbito penitenciario, como forma de prevención del suicidio

Las personas privadas de libertad en instituciones penitenciarias requieren una atención especial en material de salud mental. Es fundamental implementar acciones para la detección del riesgo de suicidio y el acceso a los servicios de salud mental, estableciendo la coordinación adecuada con los servicios de salud metal comunitarios, para promover el bienestar emocional y favorecer así su inserción-reinserción social.

Indicador: Coordinación con Instituciones Penitenciarias y la Red Asistencial Comunitaria de salud mental para la mejora de la atención a la conducta suicida.

Resultado esperado: Acta de reunión de coordinación entre Instituciones Penitenciarias y Ministerio de Sanidad.

Organismo responsable: Ministerio de Sanidad.

4.6. Acreditación de la formación continuada para los/as profesionales del ámbito penitenciario en salud mental y prevención del suicidio

Las personas privadas de libertad en instituciones penitenciarias requieren una atención especial en material de salud mental. La acción potenciará las competencias de los/as profesionales sanitarios que trabajan en este ámbito para la detección, prevención del riesgo de suicidio, así como la intervención en crisis.

Indicador: Presentación de la propuesta de acreditación para su elevación a la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias.

Resultado esperado: Presentación de la propuesta de acreditación para su elevación a la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias.

Organismo responsable: Ministerio de Sanidad.

4.7. Considerar la conducta suicida en el marco de la salud en el trabajo

La creación de espacios de trabajo saludables, que protejan el bienestar de las personas, es fundamental para la prevención del suicidio.

Indicador: Elaborar informes que valoren la inclusión de la prevención de la conducta suicida dentro de los programas de prevención de riesgos laborales.

Resultado esperado: Acta del Grupo de Trabajo salud mental y trabajo, con un apartado específico de prevención del suicidio.

Organismo responsable: Ministerio de Sanidad.

4.8. Mejorar la prevención de los riesgos psicosociales laborales

La identificación, evaluación y prevención de los riesgos psicosociales en los lugares de trabajo, es fundamental para la prevención del suicidio.

Indicador: Participar en el Grupo de Trabajo Factores Psicosociales de la Comisión Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (CNSST) con el objetivo de mejorar la prevención de los riesgos psicosociales, promoviendo el conocimiento, fortaleciendo los sistemas de información y la actividad preventiva en materia de factores psicosociales.

Resultado esperado: Actas de las reuniones del Grupo de Trabajo Factores Psicosociales de la CNSST e informes de acciones.

Organismo responsable: Ministerio de Sanidad.

4.9. Promover la salud mental y la prevención del suicidio en el entorno laboral

El impulso de espacios de trabajo saludables, y la identificación de buenas prácticas en el manejo de la salud emocional y prevención de enfermedades mentales, es fundamental para la prevención del suicidio.

Indicador: Fortalecer la Red Española de Empresas Saludables con el objetivo de impulsar las necesarias políticas intersectoriales y de participación que promuevan la creación de entornos de trabajo saludables.

Resultado esperado: Actas de las reuniones de coordinación de la Red Española de Empresas Saludables e informes de acciones.

Organismo responsable: Ministerio de Sanidad.

4.10. Promover la salud mental y la prevención del suicidio en el entorno universitario

El fortalecimiento de la colaboración con entidades sanitarias es crucial para asegurar el bienestar emocional de los estudiantes universitarios. A través de la Red Española de Universidades Promotoras de la Salud (REUPS), se impulsa la creación de entornos que favorezcan la prevención del suicidio en el ámbito académico.

Indicador: Número de actividades dirigidas para promover la salud mental y la prevención del suicidio en la universidad

Resultado esperado: Memoria de actividades realizadas para promover la salud mental y la prevención del suicidio

Organismo responsable: Ministerio de Sanidad.

4.11. Promocionar iniciativas dirigidas a la población general para reducir la prevalencia de consumo de alcohol y otras sustancias adictivas, así como otras conductas susceptibles de generar adicción

La relación entre las conductas adictivas y la salud mental se encuentra recogida en la literatura y tiene un claro reflejo en el contexto clínico. Las adicciones pueden surgir como consecuencia de problemas de salud mental, bien como mecanismos de compensación o de afrontamiento, pero las conductas adictivas pueden también originar o agravar problemas de salud mental.

Las iniciativas y programas preventivos dirigidos a aumentar la percepción del riesgo de los consumos de sustancias adictivas o de otras conductas susceptibles de generar adicción, a reforzar los factores de protección y las habilidades personales de la población, o a promover en los contextos clínicos la reducción de los consumos y de los daños asociados a estos redundarán en una mejora de la salud mental.

Indicador: Número de iniciativas realizadas y de programas preventivos implementados por las CCAA, Ciudades Autónomas e INGESA para reducir la prevalencia del consumo de alcohol y de otras sustancias adictivas, así como de otras conductas susceptibles de generar adicción.

Resultado esperado: Al menos el 80% de las CCAA desarrollan iniciativas o implementan programas de prevención del consumo de alcohol y de otras sustancias adictivas, así como de otras conductas susceptibles de generar adicción, tanto en el contexto clínico (especialmente abordaje del consumo elevado sin criterios de dependencia en atención primaria) como comunitario y escolar.

Organismo responsable: CCAA e INGESA.

4.12. Reforzar la seguridad en los puntos críticos identificados mediante intervenciones específicas, incluyendo la mejora de infraestructuras y la instalación de medidas preventivas, para reducir los riesgos asociados y prevenir el suicidio

Las medidas contempladas abarcan la instalación de barreras físicas para restringir el acceso a medios letales y la mejora del diseño de espacios públicos con un enfoque de seguridad.

Indicador: Acta de reunión de coordinación y acciones implementadas.

Resultado esperado: 100% de las CCAA han trabajado en los puntos críticos identificados y se ha analizado el impacto de dichas actuaciones.

Organismo responsable: CCAA e INGESA.

4.13. Favorecer la implementación de autopsias psicológicas en casos específicos de suicidio

Las autopsias psicológicas son esenciales para obtener información para la realización de posvención inmediata en colectivos en situación de vulnerabilidad. Esto permite diseñar estrategias de intervención más efectivas y fundamentales. Los casos más específicos irían destinados a niños, niñas y adolescentes. También se puede contemplar su realización en otros ámbitos como prisiones, servicios de salud o en el entorno laboral.

Indicador: CCAA que han realizado autopsias psicológicas. Nº de autopsias psicológicas realizadas anualmente.

Resultado esperado: Establecer una coordinación entre Fuerzas y Cuerpos de Seguridad a nivel autonómico, Instituto de Medicina Legal, Educación y Sanidad con el objetivo de facilitar la realización de autopsias psicológicas.

Organismo responsable: CCAA e INGESA.

4.14. Establecer marcos de actuación conjunta de los servicios de emergencias sanitarias y no sanitarias

Este marco busca mejorar la coordinación entre los servicios de emergencias que colaboran con instituciones de competencia estatal, autonómica y local. El objetivo es optimizar los recursos y garantizar una respuesta más efectiva ante situaciones de emergencia.

Indicador: % de CCAA que disponen de protocolos de rescate para personas con intentos de suicidio por parte de los servicios de emergencias sanitarias y no sanitarias actualizados, desde el ámbito local y autonómico.

Resultado esperado: al menos un 70% de las CCAA.

Organismo responsable: CCAA e INGESA.

4.15. Implementar estrategias de trabajo conjunto para la prevención del suicidio en colaboración con los servicios sociales a nivel autonómico y local

La coordinación sociosanitaria refuerza la atención integral para abordar los determinantes sociales que impactan en el bienestar emocional, especialmente dirigido a personas mayores y colectivos en situaciones de vulnerabilidad.

Indicador: % de CCAA que disponen de acuerdos y/o recursos dedicados a la colaboración intersectorial en la prevención del suicidio entre los servicios de salud y los servicios sociales.

Resultado esperado: al menos un 80% de las CCAA.

Organismo responsable: CCAA e INGESA.

LÍNEA 5

Abordaje sanitario

Acciones

5.1. Fomentar el intercambio de experiencias y buenas prácticas en la implementación de las acciones contra la conducta suicida.

Esta iniciativa tiene como objetivo crear una comunidad de aprendizaje que permita compartir estas buenas prácticas enfocadas en mejorar la accesibilidad y la atención a personas en riesgo suicida, especialmente en colectivos en situación de vulnerabilidad. Además, se busca fomentar una comunicación adecuada sobre el suicidio en los medios de comunicación, el código de riesgo de suicidio e impulsar los proyectos de atención innovadores.

Indicador: Organización de una Jornada de buenas prácticas basada en la prevención de la conducta suicida con los responsables de prevención del suicidio a nivel autonómico.

Resultado esperado: Análisis del impacto de la jornada y creación de un grupo de trabajo permanente con los responsables de prevención del suicidio a nivel autonómico.

Organismo responsable: Ministerio de Sanidad.

5.2. Adecuar las urgencias de los hospitales mediante recursos que mejoren la atención de personas con conducta suicida.

Las urgencias de salud mental en la actualidad son fundamentales en la atención a la conducta suicida. Mejorar los recursos destinados a este ámbito contribuye a optimizar el trabajo multiprofesional, garantizando intervenciones más efectivas en situaciones de crisis.

Indicador: % de las CCAA cuyas urgencias estén adaptadas a una atención accesible y adecuada a personas que acuden por conducta suicida.

Resultado esperado: 100% de CCAA lo ha implantado.

Organismo responsable: CCAA e INGESA.

5.3. Potenciar el código de riesgo de suicidio para garantizar un proceso integrado de detección y abordaje.

Para fomentar un acceso sanitario y comunitario rápido y efectivo en situaciones de riesgo suicida, es fundamental garantizar la disponibilidad inmedia-

ta de ayuda. Esto permite un seguimiento adecuado y una intervención en crisis de forma integrada, coordinada y multidisciplinar. Este enfoque asegura que los servicios de salud y las redes de apoyo trabajen conjuntamente para mejorar la accesibilidad y que se centren en las necesidades de las personas en situación de riesgo.

Indicador: % de CCAA que han desarrollado el código de riesgo de suicidio.

Resultado esperado: 100% de CCAA lo ha implantado y han analizado la efectividad de la medida.

Organismo responsable: CCAA e INGESA.

5.4. Crear programas comunitarios destinados a las personas con riesgo de conducta suicida

Estos programas de enfoque comunitario ofrecen un apoyo en momentos de mayor riesgo, como tras un alta hospitalaria o un intento previo. Están especialmente dirigidos a personas en situación de crisis y aquellas con Trastorno Mental Grave (TMG) que requieren un apoyo prolongado por parte del sistema sociosanitario, que promueva una recuperación integral y personalizada.

Indicador: % de las CCAA con programas comunitarios de atención a la conducta suicida.

Resultado esperado: al menos el 70% de CCAA lo han implantado.

Organismo responsable: CCAA e INGESA.

5.5. Ofrecer programas de prevención de la conducta suicida destinados a personas con enfermedad grave y/o dolor

Ofrecer programas dirigidos a personas con enfermedades graves y/o dolor para abordar el sufrimiento psíquico asociado. Estas intervenciones contribuyen a una atención integral con el objetivo de prevenir el suicidio.

Indicador: % de las CCAA con programas de atención a la salud mental en personas con enfermedad grave y/o dolor que prevengan la conducta suicida.

Resultado esperado: al menos el 70% de CCAA lo han implantado.

Organismo responsable: CCAA e INGESA.

LÍNEA 6

Enfoque integral

Acciones

6.1. Promover la participación de personas supervivientes y sobrevivientes en el diseño, implementación y evaluación sobre el Plan de Prevención del Suicidio

La participación ciudadana en las políticas de salud mental, siguiendo el enfoque de la OMS, asegura que los servicios reflejen las necesidades de las personas.

Indicador: Acta de grupos de trabajo con perfiles de personas supervivientes y sobrevivientes (sí/no).

Resultado esperado: Participación de supervivientes y sobrevivientes en la creación, seguimiento y evaluación del Plan de Prevención del Suicidio.

Organismo responsable: Ministerio de Sanidad.

6.2. Mejorar la coordinación de la línea telefónica de atención a la conducta suicida 024 con otros teléfonos de asistencia y emergencia

En ciertas situaciones, algunas llamadas deben ser derivadas a los servicios de emergencia para asegurar una intervención inmediata. Sin embargo, es igualmente importante avanzar hacia un enfoque más amplio y coordinado, con equipos y teléfonos especializados integrados en los servicios de salud de las CCAA, lo que fortalecerá la atención integral a lo largo de todo el proceso asistencial, garantizando una respuesta adecuada y continua para cada persona.

Indicador: Establecer al menos un convenio entre el teléfono 024 con otros teléfonos de emergencia y asistenciales de los servicios de salud autonómicos.

Resultado esperado: Establecer al menos un convenio con una CCAA de carácter asistencial para la coordinación de llamadas.

Organismo responsable: Ministerio de Sanidad.

6.3. Impulsar la alineación de planes o programas de las Comunidades Autónomas e INGESA con el Plan de Acción para la Prevención del Suicidio del Ministerio

Una de las competencias del Ministerio de Sanidad es establecer las bases y coordinación general de la sanidad, por lo que las CCAA e INGESA deben

disponer de planes de prevención del suicidio con una orientación compartida.

Indicador: % de Comunidades y Ciudades Autónomas alineado que disponen de un Plan Regional de Prevención del Suicidio durante el ejercicio 2025-2027.

Resultado esperado: 100% de las Comunidades y Ciudades Autónomas disponen de un Plan Regional de Prevención del Suicidio alineado para el ejercicio 2025-2027.

Organismo responsable: CCAA e INGESA.

6.4. Potenciar equipos que puedan brindar asistencia telefónica especializada e integrada con los servicios de salud a nivel regional

Desarrollar una red de equipos asistenciales especializados en salud mental que puedan atender de manera telefónica, coordinada e integrada dentro de los servicios sanitarios autonómicos para mejorar el abordaje a la persona con riesgo suicida. Manteniendo la línea telefónica de atención a la conducta suicida 024 como un teléfono único para España, se apuesta por equipos con asistencia de las Comunidades Autónomas vinculados a la red asistencial, para ofrecer apoyo inmediato y asegurar un seguimiento adecuado, contribuyendo de manera efectiva a la prevención del suicidio.

Indicador: % de las CCAA que poseen algún tipo de teléfono de atención a la conducta suicida integrado a la red asistencial.

Resultado esperado: Al menos dos CCAA disponen de un servicio de atención telefónica integrado en la red asistencial.

Organismo responsable: CCAA e INGESA.

6.5. Ofrecer formación y supervisión a gatekeepers que tratan con personas con riesgo de suicidio

La formación y la supervisión de casos para los profesionales sanitarios es fundamental para el abordaje de la conducta suicida. También resulta importante capacitar a agentes de otras instituciones, que puedan ser el primer contacto para las personas con riesgo de suicidio, especialmente del ámbito educativo, servicios de emergencia, así como otros referentes que tienen contacto con personas en situación de vulnerabilidad. El perfil de los/as docentes será de expertos (profesionales y en primera persona) en la prevención y abordaje de la conducta suicida.

Indicador: % de las CCAA con programas de capacitación y/o supervisión, incluyendo profesionales de los servicios sanitarios, sociales y educativos, Fuerzas y Cuerpos de Seguridad, Instituciones Penitenciarias, bomberos, entre otros, así como otros referentes de la comunidad con contacto con personas en riesgo.

Resultado esperado: Al menos un 80% de CCAA han ofrecido formación.

Organismo responsable: CCAA e INGESA.

Entidades y profesionales participantes

Grupo motor para la elaboración del Plan de Acción para la Prevención del Suicidio

Comité ejecutivo del grupo motor

Miguel Guerrero Díaz. Coordinador Unidad de Salud Mental Comunitaria Marbella. (UGC Salud Mental HUVV).

Teresa López Cuadrado. Científica Titular de OPIS. Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III.

Yaiza Perera Soler. Jefa de Sección de El Mundo. Periodista especializada en prevención del suicidio.

Grupo motor

Francisco Javier Álvarez García. Catedrático de Derecho Penal. Universidad Carlos III de Madrid.

Andoni Anseán Ramos. Psicólogo. Presidente de la Fundación Española para la Prevención del Suicidio y de la Sociedad Española de Suicidología.

Enric Armengou Orús. Psiquiatra. Patrón y director médico de la Fundació Ajuda i Esperança.

Sandra Astete Muñoz. Especialista en Políticas de Infancia en la Dirección de Sensibilización y Políticas de Infancia de UNICEF España.

Benjamín Ballesteros Barrado. Director de Programas de la Fundación ANAR.

Eneko Barbería Marcalain. Director del Institut de Medicina Legal i Ciències Forenses de Catalunya.

María Cristina Blanco Fernández de Valderrama. Presidenta de AIDATU, Asociación Vasca de Suicidología. Profesora Titular de Sociología de la UPV/EHU.

María Antonia Blanco González. Asesora Técnico Docente. Subdirección General de Cooperación Territorial e Innovación Educativa. Ministerio de Educación, Formación Profesional y Deportes.

Montserrat Coleto Raposo. Dirección General de Derechos de Personas con Discapacidad. Ministerio de Derechos Sociales, Consumo y Agenda 2030.

Laura Fernández Villa. Técnica Área Conocimiento de Salud Cruz Roja – 024.

Montserrat García Gómez. Jefa de Área de Salud Laboral. Subdirección General de Sanidad Ambiental y Salud Laboral. Dirección General de Salud Pública. Ministerio de Sanidad.

Juan Manuel García Haro. Psicólogo clínico de los servicios de salud mental del Principado de Asturias (SESPA) y profesor-tutor UNED.

Montserrat García Sastre. Enfermera especialista en Salud Mental.

Jon Garcia-Ormaza. Instituto de Investigación Sanitaria Biobizkaia. Osakidetza-SVS, Red Salud Mental Bizkaia. Facultad de Medicina y Odontología, Universidad del País Vasco UPV/EHU.

Nel Anxelu González Zapico. Presidente de la Confederación Salud Mental Española.

Adriana Goñi Sarriés. Psicóloga Clínica. Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea.

Nicole Haber. Psicóloga Clínica. Responsable Prevención del suicidio Baleares.

Javier Jiménez Pietropaolo. Facultativo Psicólogo Clínico del Cuerpo Nacional de Policía y presidente de la Asociación de Investigación, Prevención e Intervención del Suicidio.

Mª Luisa Lázaro García. Psiquiatra Infantil y de la Adolescencia. Jefa de Servicio de Psiquiatría y Psicología Infantil y Juvenil. Hospital Clínic de Barcelona. Catedrática de Psiquiatría de la Universidad de Barcelona.

Dolors López Alarcón. Escritora, profesora y asesora especialista en Prevención de Suicidio.

María Loreto Sal Pena. Dirección General de Derechos de las Personas con Discapacidad. Ministerio de Derechos Sociales, Consumo y Agenda 2030.

Araceli Manjón-Cabeza Olmeda. Catedrática de Derecho Penal. Universidad Complutense de Madrid.

Pedro Marina González. Psiquiatra en el Centro de Salud Mental La Corredoria. Oviedo. Profesor Asociado de Psiquiatría en la Universidad de Oviedo.

Jesús Martín Blanco. Director General de Derechos de las Personas con Discapacidad. Ministerio de Derechos Sociales, Consumo y Agenda 2030.

Esther Martínez Pastor. Catedrática en Publicidad de la Universidad Rey Juan Carlos. Autolesiones en menores en redes sociales.

Gemma Matos del Barrio. Dirección General de Derechos de las Personas con Discapacidad. Ministerio de Derechos Sociales, Consumo y Agenda 2030.

Manuel Mediavilla. Periodista. Miembro del Grupo de trabajo Suicidio y Medios comunicación.

Carmela del Moral Blasco Diego. Responsable de Políticas de Infancia en Save the Children.

Teresa Pacheco Tabuenca. Doctora en Psicología. Experta en Psicología de emergencias y sucesos de gran magnitud.

Víctor Pérez Solá. Psiquiatra. Director del Institut de Neuropsiquiatria i Addicions del Hospital del Mar y Profesor titular de la Universidad Autónoma de Barcelona.

Julio Piedra Cristóbal. Trabajador social. Servicio Andaluz de Salud.

Luis Rojas-Marcos. Psiquiatra. Profesor de Psiquiatría de la Universidad de Nueva York.

Diego Santamaría de la Torre. Especialista en Pobreza y Desigualdad en Save the Children.

Rafael Serrano del Rosal. Director del Instituto de Estudios Sociales Avanzados IESA-CSIC y Doctor en Ciencias Políticas y Sociología.

Alejandro de la Torre-Luque. Departamento de Medicina Legal, Psiquiatría y Patología. Universidad Complutense de Madrid. CIBERSAM.

Sergio Tubío Rey. Bombero Ayuntamiento de Madrid. Formador en intervenciones con tentativa de suicidio.

Comité Institucional de las Comunidades Autónomas

Andalucía: Benedicto Crespo Facorro, Ana María Reales Arroyo, Ismael Muñoz Martínez, Manuel Prado Cala.

Aragón: Manuel Corbera Almajano.

Canarias: José Pereira Miragaia, Fernando Gómez-Pamo Guerra del Río, Francisco Javier Acosta Artilles, Maria Dolores Suárez Santana.

Cantabria: Amador Priede Díaz.

Castilla-La Mancha: Virtudes Morales, Ignacio Redondo.

Castilla y León: María Ángeles de Álvaro Prieto.

Comunidad de Madrid: Mercedes Navío Acosta, Beatriz Baón Pérez.

Comunidad Foral de Navarra: Sara Chivite Lasheras.

Comunitat Valenciana: Bartolomé Pérez Gálvez.

Cataluña: Aina Plaza Tesías, Josep Tristany Claret.

Extremadura: Rosa María Merchán García, Esther María Rebollo Higuero, Laura Gragera Becerra.

Galicia: Sinda Blanco. Alejandro Alberto García Caballero, Laura Recacho Rivas, Manuel Arrojo Romero, Almudena Díaz Pereira.

Illes Balears: Carme Bosch, Lola Gabaldón, Raquel Izquierdo, Toni Zamora (Menorca), Nicole Karin Haber.

La Rioja: Carlos Piserra Bolaños.

País Vasco o Euskadi: Mamen Álvarez Zubizarreta.

Principado de Asturias: Purificación Saavedra Pose.

Región de Murcia: María José Lozano Semitiel, Bartolomé Ruiz, José Martínez Serrano.

INGESA (Ceuta y Melilla): Teresa García Ortiz, Silvia Cano Moreno, Eva Santisteban Provencio.

Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas: Joan Ramón Villalbí Hereter, Rosario Sendino Gómez.

Sociedades científicas, asociaciones, organizaciones y otros expertos consultados

Asociación Española de Enfermería de Salud Mental (AEESME): Carlos Aguilera-Serrano.

Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN): María Fuster, Paloma Coucheiro, Olga Villasante Armas.

Asociación Española de Pediatría (AEP): Paula Armero Pedreira.

Asociación Española de Psicología Clínica y Psicopatología (AEPCP): Alma Dolores Martínez de Salazar Arboleas.

Asociación Española de Psiquiatría del Niño y del Adolescente (AEPNYA): Matías Real, Mara Parellada, Abigail Huertas.

Asociación Española de Trabajo Social y Salud (AETSYS): Miguela Arévalo García-Gasco.

Asociación "Después del Suicidio-Asociación de Supervivientes" (DSAS): Cecília Borràs Murcia.

Confederación Salud Mental España: Nel A. González Zapico, Celeste Mariner Zambrana.

Consejo General de Colegios de Terapeutas Ocupacionales: Inmaculada Iñiguez Muñoz, Miguel Ángel Talavera Valverde, Carme Olivera Noguerola.

Fundación Mundo Bipolar: Guadalupe Morales Cano.

Fundación Psicología Sin Fronteras: Guillermo Fouce Fernández.

Federación de Asociaciones Científico Médicas Españolas (FACME): Víctor Pérez Sola.

Federación de Asociaciones de Enfermería Familiar y Comunitaria (FAECAP): Paula Díaz Gómez y Esther Nieto.

Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas (FEAP): Miguel Ángel Sánchez López.

Federación Española de Asociaciones de Rehabilitación Psicosocial (FEARP): Luis Pelegrín Calero, Rafael Cristina, Isabel Contreras Cano.

Instituto Europeo de Salud Mental Perinatal (IESMP): Paloma Serrano Moreno.

Plataforma de Asociaciones de Profesionales por la Salud Mental de la Infancia y de la Adolescencia: Carlos Imaz Roncero.

Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés (SEAS): Joaquín T. Limonero García.

Sociedad Española de Epidemiologia (SEE): Mª Carmen Rodríguez Blázquez.

Sociedad Española de Geriatría y Gerontología (SEGG): Belén González Glaría, José Augusto García Navarro.

Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC): Aurora Fernández Moreno.

Sociedad Española de Medicina Psicosomática (SEMP): José Luis Gonzalez de Rivera.

Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN): Vicente Gasull Molinera, Verónica Olmo Dorado.

Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG): Higinio Flores.

Sociedad Española de Patología Dual (SEPD): Carlos Roncero Alonso.

Sociedad Española de Psicología Clínica (ANPIR): Javier Prado Abril.

Sociedad Española de Psiquiatría y Salud Mental (SEPSM): Celso Arango López, Marina Díez Marsá.

Sociedad Española de Psiquiatría Legal (SEPL): Alfredo Calcedo Barba, Mª Jesús del Yerro.

Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente (SEPYPNA): Paula Laita de Roda, Fernando González Serrano.

UNICEF España: Sara Collantes Mateos, Sandra Astete.

El editor final de este documento es el Ministerio de Sanidad. Las propuestas expuestas reflejan las aportaciones de muchos profesionales, en particular las realizadas por el Comité Institucional y el Comité Técnico.

El texto final, no refleja necesariamente las opiniones de todos los participantes en el complejo proceso de redacción.

MINISTERIO
DE SANIDAD

Comisionado
de Salud
Mental