



Anatomía del suicidio en España

The anatomy of suicide in Spain

Mercedes Navío Acosta^{1,2,3*} y Beatriz Baón Pérez¹

¹Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental y Adicciones; ²Hospital Universitario 12 de Octubre;
³CIBERSAM (Centro de Investigación Biológica en Red Salud Mental), Madrid, España

Resumen

El suicidio es un fenómeno universal que afecta a todas las poblaciones del mundo. La evolución del suicidio en los últimos años ha sido descendente, en especial en la región europea. Su alto potencial prevenible ha impulsado a la Organización Mundial de la Salud, especialmente en la última década, a promover planes y programas específicos, con un enfoque de salud pública, dado su carácter complejo y multifactorial. En los últimos dos años se ha producido un incremento de suicidio consumado en España en relación con la crisis pandémica, con diferencias entre comunidades autónomas, que requiere especial seguimiento y atención. Desde hace más de diez años se vienen desarrollando en diferentes comunidades medidas de prevención con enfoque multimodal y, especialmente, actuaciones selectivas en grupos de riesgo, como el de salud mental, vinculadas en su mayoría a los servicios de salud. Sin embargo, desde los últimos años se están desplegando planes de prevención con enfoque de salud pública y actuaciones coordinadas desde educación, empleo, política social y sanidad, cuya evaluación se realizará en los próximos años. Este enfoque de salud pública, más allá de lo sanitario, puede suponer una oportunidad para el avance en la prevención y promoción en salud mental que contribuya al reconocido retorno económico de la inversión en salud mental, así como a la generación de años de vida con salud en la población.

Palabras clave: Suicido. Prevención del suicidio. Salud mental. Salud pública.

Abstract

Suicide is a universal phenomenon affecting all populations worldwide. The evolution of suicide in recent years has been downward, especially in the European region. Its high preventable potential has prompted the World Health Organization, especially in the last decade, to promote specific plans and programs, with a public health approach, given its complex and multifactorial nature. In the last two years, there has been an increase in completed suicide in Spain, with differences by Autonomous Communities, which requires special monitoring and attention. In the last decade, prevention measures have been developed in different communities with a multimodal approach and, especially, selective actions in risk groups, such as mental health, especially linked to the Health Services. However, in recent years, prevention plans with a public health approach and coordinated actions from education, employment and social policy, whose evaluation will be carried out in the coming years, have been deployed. This public health approach, beyond sanitary field, may represent an opportunity for progress in the prevention and promotion of mental health, contributing to the recognized economic return on investment in mental health and the generation of healthy years of life in the population.

Keywords: Suicide. Suicide prevention. Mental health. Public health.

***Autor de correspondencia:**

Mercedes Navío Acosta
E-mail: mercedes.navio@salud.madrid.org

Fecha de recepción: 14-02-2023

Fecha de aceptación: 21-02-2023
DOI: 10.24875/KRANION.M23000051

Disponible en internet: 31-03-2023

Kranion. 2023;18:21-6
www.kranion.es

EPIDEMIOLOGÍA DEL SUICIDIO

El suicidio es un fenómeno de amplitud universal que afecta a todos los sectores de la población y a todos los países del mundo, tanto a los de alto nivel socioeconómico, como a los países con ingresos bajos y medios. Por regiones mundiales, África, Europa y Asia Sudoriental (11,2; 10,5 y 10,2/100.000 habitantes, respectivamente) presentan tasas de suicidio por encima de la media mundial (9,0/100.000 habitantes)¹.

La evolución mundial del suicidio en los últimos 20 años (2000-2019) es descendente, con una reducción del 36% en la tasa de mortalidad, sobre todo en la Región Europea (47%) y en la del Pacífico Occidental (49%). Sin embargo, en la Región de las Américas la tasa se incrementó un 17%². La tasa de suicidio estandarizada por edad en 2019 se estimó en 9 por 100.000 habitantes, lo que representa un 10% de reducción a nivel mundial desde 2013, donde la tasa se situaba en 10 suicidios por 100.000 habitantes³.

La pandemia iniciada en 2020 ha influido indudablemente en el riesgo de suicidio⁴. Durante la pandemia se produjo un aumento significativo de los problemas de salud mental, uno de los principales factores de riesgo de suicidio en la población general y, de forma especial, en el grupo de adolescentes. A ello se pueden asociar otros potenciales factores de riesgo como el aislamiento social, el cierre de centros de enseñanza, las secuelas físicas de la enfermedad, las dificultades económicas generadas, etc. El retraso estructural en la recopilación de las estadísticas de suicidio, sobre todo a nivel mundial, y en su disponibilidad pública, limita las conclusiones sobre el aumento de tasas, si bien ya hay estudios que han observado un incremento de la prevalencia estimada⁵. En España se ha producido un aumento de las tasas respecto a 2019, tanto en 2020 como en 2021, con diferencias entre comunidades autónomas. El adelanto en la información del Instituto Nacional de Estadística (INE) de 2022 apunta también a este incremento. Será necesario el estudio a medio plazo para determinar si la pandemia tiene un efecto recortado/focalizado, o bien supone un cambio en la tendencia de descenso y estabilidad propia del marco europeo.

El suicidio constituye la primera causa de muerte externa no natural en España, por encima de los accidentes de tráfico, que tradicionalmente y durante muchos años ocupó este lugar. En el año 2020, aproximadamente un 25% de todos los fallecimientos por causas externas fueron debidas al suicidio (29% en hombres y 17% en mujeres). Este mismo año se produjeron en España 2,7 veces más suicidios que accidentes de tráfico (2,5 en hombres y 3,4 en mujeres)⁶.

Es importante considerar que, a partir del año 2013, debido a la disponibilidad de una nueva fuente de información judicial, se ha producido una mejora metodológica en la estadística de defunciones que ha permitido asignar de forma más precisa la causa de defunción en

las muertes con intervención judicial. Como consecuencia, defunciones que estaban asignadas a causas mal definidas han sido reasignadas a partir del año 2013 a causas externas específicas. Esto ha significado un incremento en las estadísticas de algunas causas como el suicidio a partir de este año, lo que supone una dificultad en la comparación de los datos anteriores y posteriores a 2013, por lo que es conveniente limitar los estudios de tendencia a los últimos años.

Según los datos de mortalidad publicados por el INE correspondientes al año 2021, en España se produjeron 4.003 suicidios, un 2% más que durante 2020 y un 9% más que en 2019. Si consideramos esta misma información desagregada por sexos, 2.982 suicidios correspondieron a hombres y 1.021 a mujeres, también con ascensos respecto a los años previos. El grupo de 45 a 64 años es el que presenta unos valores más elevados en número de casos para ambos性es y hombres y mujeres de forma separada, si bien el grupo con mayor tasa por 100.000 habitantes de esa edad es el de más de 74 años, especialmente diferenciado en los varones⁶.

Si atendemos a las tasas poblacionales, el suicidio en 2021 alcanzó un valor de 8,4/100.000 habitantes, la misma que en 2014 (12,8 en hombres y 4,2 en mujeres). Los mayores de 74 años, como se mencionó, presentan la tasa más alta, con 16,9 suicidios por 100.000 habitantes (32,6 y 6,6/100.000 en hombres y mujeres, respectivamente). Aunque las tasas obtenidas en 2021 son superiores a las de los últimos años, encontramos valores similares, e incluso superiores, en los años 2013 y 2014, especialmente en los grupos de más edad⁶ (Fig. 1). Por grupos de edad, de forma global, los mayores de 74 años ocupan siempre el valor más alto en los últimos ocho años, seguidos con cifras muy próximas entre sí por los grupos de 45-64 y 65-74 años⁶ (Fig. 2). Destaca la tasa de suicidio en menores de 15 años que, si bien resulta más sensible a pequeños cambios dadas las cifras más bajas de casos, alcanza el valor más alto en 2021 en la serie desde 2013, lo que requiere la adopción de medidas y un especial seguimiento.

Considerando los datos anteriores se puede concluir que existe una estabilidad en las tasas de mortalidad por suicidio en los últimos años en España, tanto en función del sexo como de los diferentes grupos de edad, que ha experimentado un ascenso en los últimos dos años en relación con la crisis pandémica, que requiere un seguimiento en los años siguientes.

Otro dato interesante es la comparación que se puede establecer entre las comunidades autónomas españolas, pues existen diferencias importantes en la tasa de suicidios. Se observa que las mayores tasas se encuentran en las Asturias y Galicia, mientras que las menores se detectan en las ciudades autónomas y en Madrid⁶ (Fig. 3).

En función del método empleado para consumar el suicidio, el ahorcamiento y la sumersión representan prácticamente un 45% del total de fallecimientos por

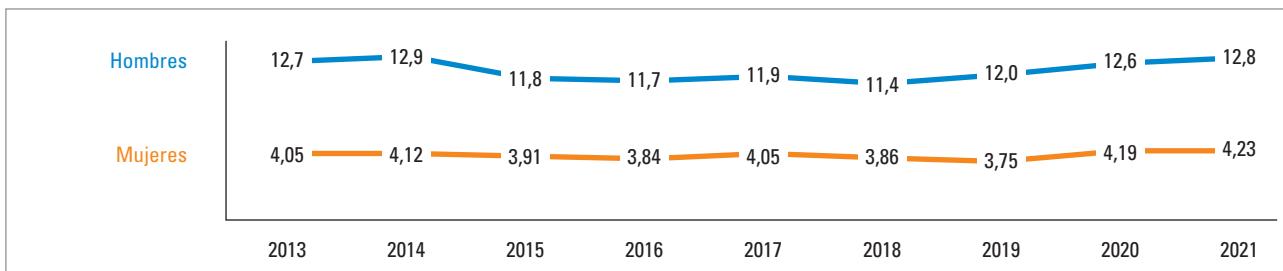


FIGURA 1. Evolución de las tasas brutas de mortalidad por suicidio, por 100.000 habitantes en España, en hombres y en mujeres (2013-2021) (fuente: Instituto Nacional de Estadística, 2020⁶).

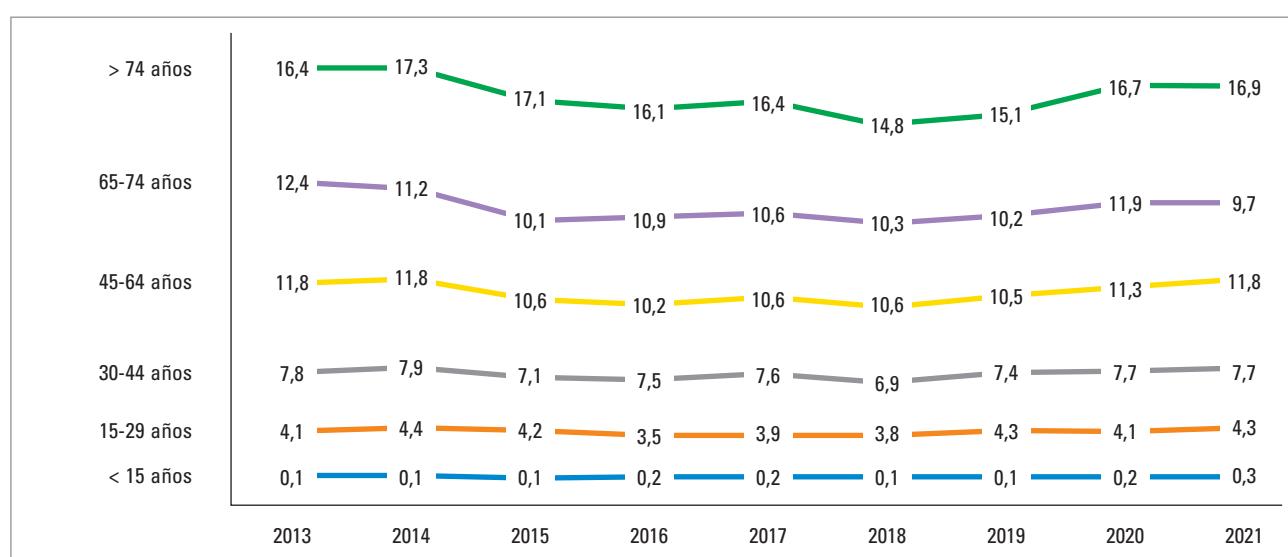


FIGURA 2. Evolución de las tasas brutas de mortalidad por suicidio, por 100.000 habitantes en España, por grupos de edad en ambos sexos (2013-2020) (fuente: Instituto Nacional de Estadística, 2020⁶).

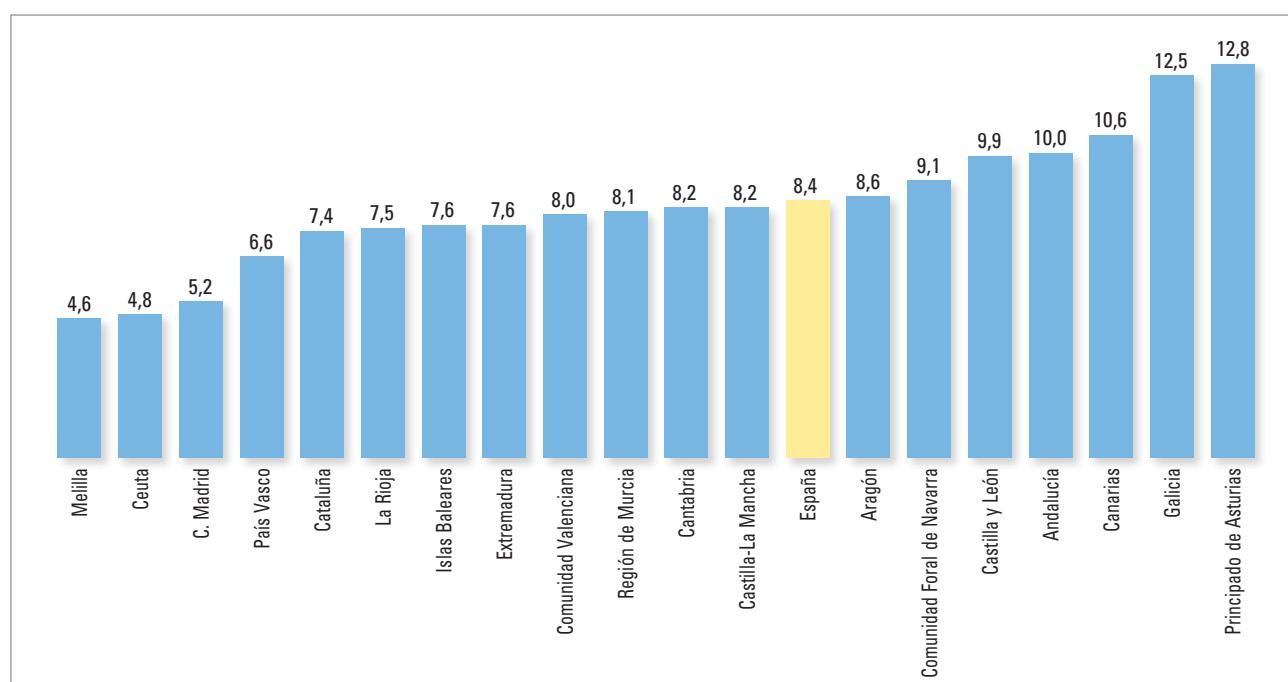


FIGURA 3. Tasas estandarizadas por edad (método directo) de mortalidad por suicidio por 100.000 habitantes en España y en las Comunidades Autónomas españolas, ambos sexos (2021) (fuente: Instituto Nacional de Estadística, 2020⁶).

suicidio en España (50 y 30% para hombres y mujeres, respectivamente), seguido de saltar desde un lugar alto, que constituye un 27% del total, aunque, al revés de lo que sucede en el anterior método, es más frecuente en mujeres que en hombres (38 vs. 23%, respectivamente). El resto de los métodos son mucho más minoritarios⁶.

PREVENCIÓN DEL SUICIDIO EN ESPAÑA

El abordaje de la prevención del suicidio desde las políticas públicas viene siendo un imperativo en los últimos 15 años. El mayor reconocimiento del suicidio como problema de salud pública, con alto potencial prevenible, ha impulsado a organismos internacionales a promover planes y programas específicos en los países y regiones. Uno de los objetivos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su Plan de Acción hasta 2030³ es conseguir que el 80% de los países dispongan de planes o programas de prevención del suicidio, lo que se cumple si se dispone de un programa específico, si este viene acompañado de recursos económicos y humanos propios, y si existen evidencias de su implantación e impacto. En el Atlas 2020 de Salud Mental, el 52% de los Estados miembros de la OMS referían disponer de planes de prevención del suicidio, lo que supone un incremento desde el 45% que referían tenerlo en 2017. Los países donde se ha producido el mayor incremento se encuentran en la Región de las Américas, han disminuido en la región de Asia Sudoriental y han aumentado en el resto del mundo.

Dado que el suicidio es un fenómeno complejo, de origen multifactorial, que no se puede atribuir a una sola causa concreta, donde intervienen factores psicológicos, sociales, biológicos, culturales y ambientales, el abordaje recomendado desde la OMS es el de salud pública, con acciones de sensibilización en la población general, medidas de limitación de acceso a los medios y otras actuaciones más enfocadas a poblaciones de riesgo mediante medidas de prevención selectiva, y de prevención indicada ya en personas con conducta suicida, desde los servicios de salud⁷⁻⁹. Es importante así mismo subrayar los estudios de economía de la salud, que evidencian, desde hace más de una década, el retorno económico que supone la inversión en políticas públicas de promoción de la salud mental y de prevención del suicidio¹⁰.

Los trastornos mentales (especialmente la depresión y los trastornos por consumo de alcohol) son un importante factor de riesgo de suicidio en Europa y América del Norte. Ello ha favorecido (además de otras razones, como el desarrollo histórico de los organismos de salud pública) que, en España, las actuaciones de prevención selectiva del suicidio en estos grupos se desarrollen primordial y originariamente desde el ámbito sanitario, muy vinculado con las prestaciones propias de los servicios de psiquiatría y salud mental de los servicios regionales de salud. El estigma asociado a la enfermedad mental y a los trastornos adictivos, extendido además al propio estigma del

suicidio, con derivas incluso punitivas a nivel social, ha contribuido a que el abordaje abierto de salud pública se haya, cuando menos, retrasado. En el mismo sentido, la obtención de evidencias sobre la efectividad de medidas preventivas en España se ha desarrollado desde el ámbito de lo sanitario^{11,12}, en el que se han alojado primariamente los programas de prevención del suicidio en la mayoría de las comunidades, y no desde la evaluación de políticas y programas de salud pública, que se empiezan a implementar en los últimos años¹³.

En el momento actual se han desarrollado al menos 10 planes o estrategias de prevención del suicidio a nivel autonómico en España, todos ellos con un enfoque de salud pública, si bien liderados en mayor medida desde el ámbito sanitario y de salud mental: Aragón, 2020; Castilla y León, 2021; Castilla La Mancha, 2018; Extremadura, Galicia y País Vasco, 2019; La Rioja, 2018; Comunitat Valenciana y Generalitat de Catalunya, 2021, y Comunidad de Madrid 2022. Las restantes comunidades incluyen la línea de trabajo en prevención del suicidio dentro de los planes de salud mental, con registros específicos y circuitos de seguimiento y continuidad asistencial especialmente en el ámbito sanitario. Así mismo, han participado en Proyectos Europeos como EU-REGENAS (*European Regions Enforcing Actions Against Suicide*), con desarrollos posteriores en el ámbito local y comunitario, o en el proyecto SEYLE (*Saving and Empowering Young Lives in Europe*) en colaboración con el Instituto Karolinska, mediante intervención en las escuelas. En la misma línea se han desarrollado actuaciones en otros ámbitos como los municipales, de carácter también comunitario y de salud pública, en el marco del programa europeo EAAD (*European Alliance Against Depression*)¹⁴.

La estructura interna de estos planes y estrategias en cuanto a la ordenación de objetivos y líneas estratégicas comparten una serie de líneas comunes presentes implícita o explícitamente en cada uno de ellos:

- Sistemas de información sanitaria, análisis de datos y estudios epidemiológicos e investigación.
- Formación de profesionales en los diferentes ámbitos y sectores implicados.
- Coordinación y colaboración interinstitucional entre los sectores implicados.
- Promoción de la salud mental positiva, bajo diferentes enfoques en las actuaciones indicadas.
- Prevención de la conducta suicida, desarrollada en formatos diversos (primaria-secundaria, universal-selectiva-indicada).
- Manejo de la conducta suicida en la detección y atención a esta bajo diversas estrategias: sectorial, desglosada en el sector sanitario, postvención del suicidio y atención a colectivos vulnerables.

A nivel nacional, la reciente actualización de la Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2022-2026 introduce dentro de sus 10 líneas estratégicas la prevención, detección precoz y atención a la conducta

suicida como tercera línea¹⁵. La estrategia previa, originalmente elaborada en 2006, y su posterior actualización de 2009-2013, no presentaba una línea específica para la prevención del suicidio¹⁶, si bien establecía la conducta suicida y la reducción de las tasas de suicidio entre sus objetivos principales. Sí se incluyó por primera vez una línea específica sobre prevención del suicidio en la tentativa de actualización de la estrategia que resultó fallida en 2015, rechazada en el Comité Interterritorial por falta de acuerdo político interautonómico. Parece que existe consenso generalizado (incluidas asociaciones de ciudadanos, profesionales e investigadores) de que disponer de una estrategia nacional de prevención del suicidio, conjunta para todas las comunidades autónomas, podría servir de estímulo y guía, en especial para aquellas más retrasadas en esta compleja tarea^{13,14}.

Por otra parte, cabe destacar el trabajo coordinado desarrollado desde noviembre de 2021 mediante una acción conjunta europea o *Joint Action*¹⁷, que involucra a 21 países, con el objeto de implementar las dos mejores prácticas en salud mental: la reforma de la salud mental en Bélgica y la prevención del suicidio en Austria (SUPRA). Estas mejores prácticas han sido preseleccionadas por el Grupo Directivo sobre Promoción y Prevención del Portal de Mejores Prácticas de Salud Pública de la UE. El objetivo es extender los beneficios de estas mejores prácticas transfiriéndolas e implementándolas como piloto en los países participantes. El grupo de España en la implementación del modelo SANA de prevención del suicidio está formado por varias entidades afiliadas que trabajan conjuntamente para compartir experiencias y avanzar en este terreno. En el grupo, coordinados desde el Servicio Murciano de Salud, participan el Servicio Madrileño de Salud (SERMAS), el *Servei Català de la Salut* (CatSalut), el Servicio Navarro de Salud (Osasunbidea), el Servicio Andaluz de Salud (SAS) y el Servicio de Salud de Euskadi (Osakidetza).

Conviene enfatizar que de los planes establecidos y el trabajo coordinado en la *Joint Action* se concluye que los mayores retos se corresponden con los retos mismos de la salud pública en el ámbito de las enfermedades no transmisibles, esto es: integración y coordinación de las actuaciones entre los diferentes ámbitos de la Administración que permea en la población y que permite detectar a las personas con riesgo, favoreciendo su conectividad, red de apoyo y tratamiento cuando lo requieran; disponer de información compartida de calidad en torno a la conducta suicida que permita la generalización de actuaciones eficaces en la prevención (vigilancia epidemiológica). Sobra decir que el apoyo de recursos específicos para facilitar el desarrollo de los planes, incluidos los recursos humanos, resultan esenciales, tal como se establece en la actualización de la OMS del *Comprehensive Mental Health Action Plan 2013-2030*¹⁸.

En el editorial de noviembre de 2021 de *The Lancet Psychiatry*¹⁹ se establecía cómo los científicos han aportado pruebas claras del papel de los determinantes sociales en la contribución, precipitación, exacerbación y prolongación de la mala salud mental, lo que incluye el riesgo de suicidio. Y establece dos retos principales para, más allá de la exposición de la situación, procurar la eficacia de las intervenciones:

- En primer lugar, reconocer la importancia de los determinantes sociales de la salud sin caer en una polarización innecesaria e improductiva entre la salud mental de las poblaciones por un lado, y los enfoques de gestión centrados en el individuo por otro. Esto implica buscar activamente formas donde las perspectivas más amplias de la salud pública y más individuales de la salud mental puedan complementarse.
- En segundo lugar, desde un enfoque de salud pública, se debe ir más allá de las bases de datos que demuestran que las sociedades más equitativas se asocian con una mejor salud mental para, de este modo, identificar los medios más factibles que puedan introducirse en las políticas públicas, estableciendo los vínculos necesarios que puedan convertir esas políticas en intervenciones reales para mejorar la vida de las personas.

Puede afirmarse que ahora es el momento para aprovechar la ampliación de las políticas de salud pública en salud mental, y la prevención del suicidio puede ser un buen camino para transitar este cambio.

FINANCIACIÓN

El presente trabajo no ha recibido ninguna subvención oficial, beca o apoyo de un programa de investigación destinados a la redacción de su contenido.

CONFLICTO DE INTERESES

Las autoras no comunican conflicto de intereses en relación con el contenido del trabajo.

RESPONSABILIDADES ÉTICAS

Protección de personas y animales

Las autoras declaran que para este trabajo no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos

Las autoras declaran que en este trabajo no aparecen datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado

Las autoras declaran que en este trabajo no aparecen datos de pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

1. World Health Organization. Suicide worldwide in 2019: global health estimates. Ginebra: World Health Organization; 2021.
2. World Health Organization. Global health estimates 2019: deaths by cause, age, sex, by country and by region, 2000-2019. Ginebra: World Health Organization; 2020
3. World Health Organization. Mental health atlas 2020. Ginebra: World Health Organization; 2021.
4. World Health Organization. Mental health and COVID-19: Early evidence of the pandemic's impact. Ginebra: World Health Organization; 2022.
5. Farooq S, Tunmore J, Wajid Ali M, Ayub M. Suicide, self-harm and suicidal ideation during COVID-19: A systematic review. *Psychiatry Res.* 2021;306:114228.
6. Instituto Nacional de Estadística. Estadística de defunciones según la causa de muerte. 2020 [Internet]. INEbase; 2020. Disponible en: https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176780&menu=ultiDatos&idp=1254735573175
7. World Health Organization. Public health action for the prevention of suicide: a framework [Internet]. Ginebra: World Health Organization; 2012. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/75166>
8. World Health Organization. Preventing suicide. A global imperative [Internet]. Luxemburgo: World Health Organization; 2014. Disponible en: <https://www.who.int/publications/item/9789241564779>
9. World Health Organization. Live life: an implementation guide for suicide prevention in countries [Internet]. Ginebra: World Health Organization; 2021. Disponible en: <https://www.who.int/publications/item/9789240026629>
10. Knapp M, McDaid D, Parsonage M. Mental health promotion and mental illness prevention: The economic case [Internet]. Londres, Reino Unido: Department of Health; 2011. Disponible en: https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/215626/dh_126386.pdf
11. Martínez-Alés G, Angora R, Barrigón ML, Román-Mazuecos E, Jiménez-Sola E, Viloria L, Sánchez-Castro P, et al. A real-world effectiveness study comparing a priority appointment, an enhanced contact intervention and a psychotherapeutic program following attempted suicide. *J Clin Psychiatry.* 2019;80(2):18m12416.
12. Martínez-Alés G, Jiménez-Sola E, Román-Mazuecos E, Sánchez-Castro MP, de Dios C, Rodríguez-Vega B, et al. An emergency department-initiated intervention to lower relapse risk after attempted suicide. *Suicide Life Threat Behav.* 2019; 49(6):1587-99.
13. Gabilondo A. Prevención del suicidio, revisión del modelo OMS y reflexión sobre su desarrollo en España. Informe SESPAS 2020. *Gac Sanit.* 2020;34(Suppl 1): 27-33.
14. Navío Acosta M, Pérez Sola V. Depresión y Suicidio 2020. Documento estratégico para la promoción de la Salud Mental [Internet]. Wecare-u. Healthcare Communication Group; 2020. Disponible en: <https://sid-inico.usal.es/wp-content/uploads/2020/11/LibroBlancoDepresionSuicidio2020.pdf>
15. Ministerio de Sanidad. Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. Período 2022-2026. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2022.
16. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, 2009-2013. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2011.
17. Joint Action A on Implementation of Best Practices in the area of Mental Health. 2021 [Internet]. Disponible en: <https://ja-implemental.eu/> Grabenhofer-Eggerth A. An experience Guidance SUPRA Handbook. JA ImpleMental. 2022. Disponible en: <https://www.psихijatrija.hr/site/wp-content/uploads/2022/06/SUPRA-Handbook.pdf>
18. World Health Organization. Comprehensive Mental Health Action Plan 2013-2030. Ginebra: World Health Organization; 2021. Disponible en: <https://www.who.int/publications/item/9789240031029>
19. The Lancet Psychiatry. A design for life. *Lancet Psychiatry.* 2021;8(11):937.