



GAPP, número 28, marzo de 2022
Sección: ARTÍCULOS
Recibido: 15-06-2021
Modificado: 24-12-2021
Aceptado: 10-01-2022
Publicado: 01-03-2022
DOI: <https://doi.org/10.24965/gapp.i28.10956>
Páginas: 6-26

Contención del suicidio en España: evaluación del diseño de las políticas y Planes de Salud Mental de las Comunidades Autónomas

Suicide control in Spain: evaluation of the design of policies and Mental Health Plans in the Autonomous Communities

Andy Eric Castillo Patton

Universidad Complutense de Madrid (España)

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3033-463X>

andcas03@ucm.es

NOTA BIOGRÁFICA

Graduado en Ciencias Políticas (2016) y Sociología (2017) por la Universidad Carlos III de Madrid. Máster Universitario en Sociología Aplicada: Problemas Sociales (2019) por la Universidad Complutense de Madrid y Máster en Prevención del Suicidio (2020) por la Universidad Pablo de Olavide. Actualmente personal investigador en formación en el Departamento de Antropología Social y Psicología Social de la Universidad Complutense de Madrid. Ha publicado en *Revista Española de Investigaciones Sociológicas (REIS)*, *Recerca: Revista de Pensament i Anàlisi* y en *Revista de Historiografía (RevHisto)*.

RESUMEN

La presente investigación aborda la cuestión por la cual se han ido definiendo las políticas de prevención, intervención y postvención del suicidio en España en la última década, evaluando el actual estado de su desarrollo en la arquitectura del Estado autonómico. Teniendo como marco principal los indicadores de la Organización Mundial de la Salud, este texto evalúa el diseño de estas políticas desde el enfoque deliberativo de análisis de políticas públicas. Este análisis aplicado comprueba, mediante una matriz de evaluación de doce indicadores, el grado de correspondencia actual de dichas medidas de contención, agrupadas en torno a los Planes de Salud Mental de las Comunidades Autónomas. Los resultados de esta evaluación revelan no sólo las diferencias notorias entre regiones, sino relevantes carencias en el diseño formal de las políticas de contención del suicidio en España de acuerdo a estándares internacionales. Estas imprecisiones dejan entrever la falta de precisión en la identificación de referentes nacionales en el diseño de dichas políticas, a pesar de que la crisis del COVID-19 haya impulsado una mejora formal del diseño.

PALABRAS CLAVE

Suicidio; prevención del suicidio; salud mental; política de la salud; problemas sociales.

ABSTRACT

This research addresses the question of how suicide prevention, intervention, and postvention policies have been defined in Spain in the last decade. Therefore, the current state of their development in the architecture of the autonomic State is evaluated. Using the World Health Organisation's indicators as main framework, this text assesses the design of these policies from the deliberative approach of public policy analysis. Through an evaluation matrix of twelve indicators, this applied analysis checks the current degree of correspondence with these control measures, developed from the Mental Health Plans of

the Autonomous Communities. The results of this evaluation reveal not only the notorious differences between regions, but also relevant shortcomings in the formal design of suicide control policies in Spain in accordance to international standards. These inaccuracies also reveal a lack of precision in the identification of national benchmarks in the design of such policies, despite formal improvements in their designs due to the COVID-19 crisis.

KEYWORDS

Suicide; suicide prevention; mental health; health policy; social problems.

SUMARIO

1. INTRODUCCIÓN. 2. LAS POLÍTICAS PÚBLICAS Y SU DISEÑO COMO MARCO INTERPRETATIVO. 2.1. DEFINICIÓN DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS: PARADIGMA FORMAL Y PARADIGMA CRÍTICO. 2.2. SELECCIÓN DE LOS PLANES DE SALUD MENTAL AUTONÓMICOS COMO OBJETO DE EVALUACIÓN. 3. ANÁLISIS DEL MARCO DEFINITORIO DE LA OMS Y DE LAS CC.AA EN RELACIÓN A LA CONTENCIÓN DEL SUICIDIO EN ESPAÑA. 4. EVALUACIÓN DEL DISEÑO DE LA CONTENCIÓN DEL SUICIDIO EN LAS CC.AA. 4.1. ACTUALIDAD DE LAS POLÍTICAS AUTONÓMICAS DE CONTENCIÓN DEL SUICIDIO. 4.2. COMPARACIÓN DEL DISEÑO DE LAS POLÍTICAS DE CONTENCIÓN DEL SUICIDIO EN LAS CC.AA. 5. CONCLUSIONES. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. INTRODUCCIÓN¹

Al año, en España se contabilizan entre de 3.500 y 4.000 casos consumados y confirmados de muerte por suicidio (3.539 para el año 2018, según el INE), muy por delante de fallecidos/as por accidentes de tráfico (1.896 para el 2018) o víctimas de homicidio (275 para estadísticas del mismo año). Sin embargo, la invisibilización del suicidio de acuerdo a su estigma, tabú y mitificaciones epidémicas conlleva un dificultado abordaje desde el punto de vista de la gestión pública y el grado de implicación de los diferentes actores que componen la sociedad civil. A este respecto, han sido múltiples y reiteradas las interpelaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1969, 2012, 2014, 2016, 2018) a que los Estados, en todos sus niveles administrativos, planteen estrategias públicas integrales a nivel universal (poblacional), selectivo (subpoblaciones) e indicado (individuos) ante el crecimiento mundial del fenómeno. De hecho, con cifras que se estiman entre los 800.000 y 1.000.000 fallecimientos anuales a nivel global, el suicidio es susceptible de incrementarse con motivo de la sindemia producida por la pandemia de SARS-CoV-2 o COVID-19 (Clay, 2020; Organización Panamericana de la Salud y OMS, 2020). Sin embargo, la respuesta histórica a estas recomendaciones tiene un amplio carácter desigual. Por ello es fundamental el rol del estado de bienestar en la contención² del suicidio como problema tanto social como sanitario, sobre todo en relación a la provisión de un acceso eficiente y de calidad a los servicios de salud mental (Yur'yev et al., 2012; Norström y Grönqvist, 2014). No obstante, en España hay una clara insuficiencia actual en la perseverancia y coordinación entre medidas. Por ello, hasta la fecha, es habitual la petición de una estrategia o ley nacional considerada como largamente ausente tanto por profesionales de la salud como por grupos de supervivientes y afectados/as (Pérez Jiménez, 2011; Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida, 2012; Andoni Anseán, 2014; Bobes y Sáiz, 2014; Goñi Sarriés y Zandío Zorrilla, 2017; Blanco, 2020; Grupo de Trabajo de revisión de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida 2012, 2020).

¹ La elaboración del presente texto se desarrolla en el contexto de la adjudicación de un contrato predoctoral de personal investigador en formación (CT63/19-CT64/19) adscrito al Programa de Financiación de Universidad Complutense de Madrid – Banco Santander. Agradecer a los/as evaluadores/as de este artículo por el alto valor de sus contribuciones y críticas, las cuales han dado lugar a una sensible mejora de la presentación del texto y la exposición de sus contenidos.

² Aquí se usa el término «contención» como concepto aglutinador de las medidas de prevención, intervención y postvención de la conducta suicida. En la práctica clínica de la psiquiatría, la contención implica la ejecución de una serie de medidas y técnicas terapéuticas que atienden a las necesidades y problemáticas específicas del o de la paciente. De este modo, se pueden identificar a) la contención verbal (que trata de establecer la alianza terapéutica), b) la contención química (o farmacoterapia) y c) la contención mecánica (entendida como una inmovilización física de urgencia). Por tanto, las políticas de contención se entienden como una acción institucional que da lugar a la organización de un marco que legitima una serie de estrategias y acciones terapéuticas de distinto signo.

Teniendo en cuenta este marco de partida, el presente texto evalúa cómo se está abordando políticamente el fenómeno del suicidio en España en el contexto de la última década. Para tal cometido se acude a un punto de vista del análisis crítico de las políticas públicas, particularmente el enfoque deliberativo de Maarten Hajer (2002). Estrechamente vinculado con la tradición teórica de Michel Foucault (1979/2009), este enfoque se complementa con una evaluación focalizada en el diseño de dichas políticas, agrupadas en torno a los Planes de Salud Mental de las Comunidades Autónomas (CC.AA). Esta evaluación, además de su aproximación reflexiva, toma en consideración el marco trabajado por la OMS en sus últimos documentos instructivos en relación a cómo debería darse la gestión pública y el diseño de medidas contra la proliferación de la conducta suicida. Por tanto, este estudio realiza un examen crítico de la correspondencia entre los *guidelines* de la OMS y los Planes de Salud Mental y sus estrategias, planes o protocolos específicos.

2. LAS POLÍTICAS PÚBLICAS Y SU DISEÑO COMO MARCO INTERPRETATIVO

2.1. Definición de las políticas públicas: paradigma formal y paradigma crítico

El debate en torno a qué significan las políticas públicas cabe plantearse desde dos principales paradigmas: el paradigma formal o cibernético y el paradigma crítico o problematizador. El paradigma cibernético se encontraría vinculado a las principales corrientes y enfoques institucionalistas de la ciencia política, cercanas a una particular teoría del Estado y del sistema político, donde se entiende que las políticas públicas forman parte de un ciclo legislativo o una agenda de gobierno (Easton, 1965; Dye 1992; Vedung, 1997; García Sánchez et al., 2005; Harguindéguy, 2013; Aguilar Astorga, 2017). Por otro lado, el paradigma problematizador, más cercano a la psicología social y la sociología crítica, tiende a una comprensión reflexiva de las políticas públicas en tanto que dispositivos o marcos interpretativos que sirven como tecnologías de enunciación y de gobierno. Es decir, son acciones no sólo técnicas sino también ideológicas (Hajer y Laws, 2006; Bustelo y Lombardo, 2006; Duarte Vega, 2012; Jiménez y España, 2013; Guilló Girard, 2018; Rodríguez Crespo et al., 2020). La presente propuesta contempla ambos paradigmas, si bien reconociendo una mayor predominancia del abordaje formal o cibernético. Con todo, para el cometido proyectado, el enfoque crítico se presenta como una mirada transversal clave en la problematización del diseño de las políticas públicas aquí seleccionadas. Esta comprensión de la problematización se concibe así como el enfoque que pretende ir más allá de la definición tradicional de las políticas públicas como productos políticos que sirven de potencial nuevo marco regulatorio. En consecuencia, aquí se entienden las políticas públicas como producto al igual que el establecimiento de una particular comprensión y discurso institucional acerca de un problema social y su politización, es decir, su traducción en problema político. Esta síntesis o hibridación de miradas tiene así en cuenta no sólo que una política pública es «todo lo que los gobiernos deciden hacer o no hacer» (Dye, 1992, p. 1), sino que entiende que su (re)producción por parte de una administración pública se inscribe como una frase o un producto textual más dentro de todo un «sistema interpretativo» como es el Estado (Foucault, 1979/2009; Jiménez y España, 2013, p. 98). Por tanto, este subtexto no deja de ser el *output* final de un proceso sistémico (Easton, 1965) atravesado por diferentes tensiones discursivas y «luchas de frases» (Ortí, 2001, p. 149). En consecuencia, toda política pública está dirigida a una disputa por cómo nombrar la realidad social y, por ende, conservarla o transformarla (Rodríguez Crespo et al., 2020).

En este sentido, el enfoque deliberativo (Hajer, 2002; Hajer y Versteeg, 2005; Hajer y Laws, 2006; Jiménez y España, 2013) establece que las políticas públicas funcionan con esta particular ambivalencia entre lo formal y lo informal, conformando al unísono normativización y discurso prescriptivo. Por tanto, además de proponer un «lenguaje en uso» (Hajer y Versteeg, 2005, p. 179), las políticas públicas practican un particular ensamblaje de saberes y conceptos con afán tanto práctico como teórico de cuestiones clave en la agenda pública, como pueden ser el cambio climático (Hajer y Versteeg, 2005), la violencia de género (Guilló Guirard, 2018) o, en este caso, la contención del suicidio (Marsh, 2010). Sin embargo, paradójicamente, de esta politización de un problema social puede acontecer una desactivación política del mismo en tanto que se «burocratiza» y deja de ser parte de la discusión pública al convertirse en un asunto procedimental y administrativo. Esta aproximación deja entrever el riesgo del cese de la impugnación de determinados marcos sobre los cuales se despliega una específica acción de gobierno que asienta unas determinadas narrativas sociales y discursos activadores o pasivizadores sobre los sujetos objetivo de la política pública (Bustelo

y Lombardo, 2006; Rodríguez Crespo et al., 2020). A este respecto, en el contexto europeo y anglosajón destacan una serie de trabajos críticos con cómo se estructuran las políticas sanitarias en torno a una lógica de intervención eminentemente hospitalocéntrica (Broer et al., 2017), así como las limitaciones del enfoque biomédico en un problema de alta complejidad como es el suicidio (Atkinson et al., 2015; Hjelmeland, 2015; García-Haro et al., 2020; Chandler, 2020).

2.2. Selección de los Planes de Salud Mental autonómicos como objeto de evaluación

En correspondencia con estas particulares concepciones problematizadoras, el enfoque constructivista de la evaluación (Guba y Lincoln, 1989; Díez López, 2001; Agulló Tomás, 2003) se complementa con algunas de estas cuestiones. Sobre todo, porque propone una mirada interrogativa frente al paradigma clásico de los métodos positivistas y experimentales de análisis y evaluación de las políticas públicas, particularmente centrados en objetivos, eficacia y/o resultados (Stufflebeam y Shinkfield, 1987; Aguilar y Ander-Egg, 1992; Harguindéguy, 2013). Además, esta concepción crítica se comprende en una corriente general de la producción de conocimiento que pretende fomentar una particular cultura de la calidad o de la rendición de cuentas (García Sánchez et al., 2005; Wences Simon, 2010; AEVAL, 2010). Dicha cultura, además, se adscribe al paradigma de la (co)gobernanza, tanto dentro como fuera, de las administraciones públicas (Comisión Europea, 2001; Comisión para el Estudio y Creación, 2004; AEVAL, 2015).

Por tanto, y en relación a la problematización de las políticas de contención del suicidio en España, los enfoques centrados en la evaluación del diseño son de interés para analizar esta cuestión. De este modo, tal y como establecen Aguilar y Ander-Egg (1992, p. 38), «en sentido estricto evaluar el diseño y concepción del programa es evaluar el modelo de intervención social al que se recurre para resolver determinada situación problemática». Es decir, se pone «de relieve» un modelo o paradigma subyacente de partida (Guba y Lincoln, 1989, p. 42). Con este enfoque se comprueba la coherencia tanto interna como externa de una medida pública, bien sea política pública, plan, programa o proyecto. A este respecto, y dada su categoría de plan –por su habitual adscripción al marco del Plan de Salud Mental–, las medidas de contención del suicidio en España responden a una definición de:

«[...] los elementos instrumentales estratégicos que articulan un conjunto de acciones, programas, proyectos y servicios que se consideran prioritarios para alcanzar los objetivos de una política. Son, junto a las leyes, los instrumentos y medidas que despliegan, en un primer nivel, los idearios de gobierno. El énfasis de los planes está tanto en los resultados como en los impactos. Según se trate de planes marco o estratégicos o planes operativos sus indicadores deberán adaptarse a un nivel u otro» (AEVAL, 2010, p. 50).

Por tanto, una focalización en el diseño de los planes radica en visibilizar la correspondencia entre marcos estructurantes tanto de un concepto como de una intervención pública sobre un determinado problema social. En este caso se contempla el encaje del suicidio en el «sistema interpretativo» de las administraciones públicas autonómicas de acuerdo a un principio de jerarquía territorial y competencial en materia de gestión sanitaria, con una alta transferencia de competencias (art. 148.21 de la CE78). Por tanto, las políticas públicas en cuestión «imponen una determinada visión de cómo las instituciones y la sociedad deben entender e intervenir sobre problemas agendados o discutidos, debido a que las políticas públicas se reconocen entonces como hechos discursivos y contenedoras de actos de poder» (Jiménez y España, 2013, p. 98).

Si bien el nivel formal de compromiso y de movilización de recursos públicos recomendado por la OMS en materia de prevención del suicidio se estipula a nivel estatal-nacional, los Planes de Salud Mental y las estrategias, planes o protocolos específicos de las CC.AA se presentan en España como el principal marco de acción en un contexto político-administrativo fuertemente descentralizado que opera bajo la lógica de 17 entidades con su propia agenda de gobierno (sin contar con las 2 Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla). De ahí el interés y la pertinencia de examinar los Planes de Salud Mental como principales elementos nominativos de la contención del suicidio en España, insertos en la particular arquitectura institucional del Estado autonómico. En consecuencia, este trabajo se presenta como un análisis pionero de estas políticas dada una gran ausencia de estudios previos en este aspecto, sobre todo desde las ciencias sociales. Con todo, cabe mencionar las contribuciones de Blanco (2020) y Navarro Gómez (2020) acerca del reciente estado de la

cuestión de la prevención del suicidio en España, donde señalan algunas de las medidas y programas más relevantes en los diferentes territorios, si bien sin acudir al principio de jerarquía administrativa-territorial o al enfoque crítico aquí presentando.

3. ANÁLISIS DEL MARCO DEFINITORIO DE LA OMS Y DE LAS CC.AA EN RELACIÓN A LA CONTENCIÓN DEL SUICIDIO EN ESPAÑA

El análisis formal que se desgrana a continuación radica en el examen y cotejo de una serie de indicadores relacionados con el diseño de políticas públicas en torno a la contención del suicidio. La definición de estos indicadores cabe plantearse desde la problemática situada por la cual España carece de un referente unificado, tanto en términos de una política de contención del suicidio como de una evaluación estandarizada de las medidas desarrolladas e implementadas a nivel autonómico en los correspondientes Planes de Salud Mental y sus estrategias, planes o protocolos derivados.

En este sentido, la reserva centralizada de las «Bases y coordinación general de la sanidad» (art. 149.16 CE78) por parte del Gobierno central y el Ministerio de Sanidad se expresa en sucintas referencias comunes a todas las administraciones del Estado como son la *Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud (2009-2013)* –o su tardía actualización para el periodo 2022-2026– o la *Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida del Servicio Nacional de Salud*, desarrollada por el Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida (2012), recientemente revisada y actualizada en el 2020.

En tanto que los planes aquí analizados son todos anteriores a la publicación de la *Estrategia en Salud Mental* de 2022-2026 –la cual apuesta por reforzar la prevención, detección precoz y atención a la conducta suicida– el referente estatal de estos Planes de Salud Mental autonómicos es la *Estrategia en Salud Mental* de 2009-2013. Esta *Estrategia* contiene en la línea estratégica referida a la «prevención de la enfermedad mental, el suicidio y las adicciones en la población general» un único objetivo –concretamente el 2– que estima la necesidad de la «realización y evaluación de acciones específicas para la reducción de la depresión y el suicidio en grupos de riesgo» (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011, p. 30). Más allá de esta recomendación general no se plantea un concretizado marco de intervención o asesoramiento como sí se da en la *Guía de Práctica Clínica*. Con todo, por contrapartida, la *Guía de Práctica Clínica* no es una política pública como tal –tanto en su texto original, como en el revisado–, sino un documento técnico y orientativo para profesionales sanitarios y afectados/as por el suicidio. De hecho, la *Guía de Práctica Clínica* se presenta como un manual o guía de buenas prácticas, tal y como se establece en su objetivo de:

«[...] reducir la variabilidad de la práctica clínica en el manejo de la conducta suicida, ayudando a la toma de decisiones por parte de los profesionales sanitarios implicados y favoreciendo la mejora en la salud y la calidad de vida de la población. Pretende además mejorar la información de pacientes y familiares, favoreciendo su participación en la toma de decisiones y mejorar la información de toda la ciudadanía de manera que se logre reducir el estigma asociado a este problema de salud» (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida, 2012, p. 9).

Por tanto, más allá de la revisión de la *Guía de Práctica Clínica* o la actualización de la *Estrategia en Salud Mental*, no existe hasta la fecha un documento emitido por el Ministerio de Sanidad que refleje protocolos o algoritmos para el desarrollo de políticas públicas o medidas intermedias en las CC.AA. Sin embargo, existen otras guías elaboradas por colectivos profesionales, como la desarrollada por la Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental (Bobes García et al., 2011) o las recopilaciones de guías autonómicas, complementarias y deudoras de la *Guía de Práctica Clínica*³, que lleva a cabo la Fundación Salud Mental España (FSME) en colaboración con la Fundación Española para la Prevención del Suicidio y la Sociedad Española de Suicidología.

³ Por mencionar algunos ejemplos destacables por su difusión estarían la *Guía de autoayuda. Prevención del suicidio. ¿Qué puedo hacer?* (2014), del Servicio Madrileño de Salud, la *Guía informativa para personas usuarias y familiares* (2018) de la Generalitat Valenciana o la *Guía para la prevención y el primer abordaje de la conducta suicida en los centros educativos de las Islas Baleares* (2021) del Servei Salut Illes Balears.

Por otra parte, la UE presenta otra batería de recomendaciones y aproximaciones que contemplan la prevención del suicidio como un elemento clave en las políticas de salud mental en los Estados miembro. Así, a pesar de su antigüedad, destacan documentos de trabajo como el *Libro Verde de la salud mental* (Comisión Europea, 2005), en el cual se estima que «uno de cada cuatro ciudadanos padece alguna enfermedad mental que puede conducir al suicidio, fuente de un número excesivamente elevado de muertes» (Comisión Europea, 2005, p. 3). En correspondencia con esta alerta, el *Libro Verde* interpela a que «en materia de prevención, es positivo restringir el acceso a los métodos existentes para suicidarse, formar a los proveedores de asistencia sanitaria y establecer una colaboración entre los especialistas y los encargados del seguimiento tras un intento de suicidio» (Comisión Europea, 2005, p. 11).

Por otra parte, y como continuación complementaria del *Libro Verde*, el impulso del *Pacto Europeo para la Salud Mental y el Bienestar* (UE y OMS, 2008) sugiere que los Estados de la UE deban plantear esfuerzos en la línea de:

1. «mejorar la formación sobre salud mental de los profesionales de la salud y de los actores clave en el sector social»;
2. «restringir el acceso a potenciales métodos de suicidio»;
3. «tomar medidas para aumentar la concienciación sobre la salud mental entre el público en general, entre los profesionales de la salud y de otros sectores relevantes»;
4. «tomar medidas para reducir los factores de riesgo del suicidio como el consumo excesivo del alcohol, las drogas, la exclusión social, la depresión y el estrés»; y
5. «proporcionar mecanismos de apoyo a las personas que hayan intentado suicidarse y a las personas que hayan perdido a un ser querido por el suicidio, como asistencia telefónica que ofrezca apoyo emocional» (UE y OMS, 2008, pp. 2-3).

Sin embargo, más allá de la genérica recomendación de plantear, al menos, estos cinco ejes en las políticas públicas de contención del suicidio en la Europa comunitaria, no se han prescrito acuerdos estables a nivel supranacional, a pesar de poder destacarse iniciativas de interés como la European Alliance Against Suicide (EAAD), la European Regions Enforcing Actions Against Suicide (EUREGENAS), el Optimizing Suicide Prevention Programs and their Implementation (OSPI), el European Multicentre Study on Suicidal Behaviour and Suicide Prevention (MONSUE) o el Suicide Prevention through Internet and Media Based on Mental Health (SUPREME), con temporalizaciones muy específicas y/o aplicaciones espacialmente muy delimitadas a regiones o localidades. Aunque el marco europeo puede ser de interés para plantear un análisis de los indicadores en el diseño de las políticas autonómicas de contención del suicidio en España, la propia UE forja su marco a partir de los criterios trabajados y prefijados por la OMS. De hecho, EUREGENAS, en las *Directrices Generales para la Prevención del Suicidio* (2012), muestra una síntesis de los propios estándares de la OMS.

En consecuencia, la OMS no deja de ser el referente fundamental de todas estas iniciativas. Esto se aprecia en el contexto del impulso de la iniciativa Suicide Prevention (SUPRE) de la OMS o en los documentos de trabajo específicos dedicados a actores clave identificados en profesionales sanitarios, docentes, servicios de seguridad y emergencias, medios de comunicación y gestores públicos desde el año 2000. En relación con este trabajo de interpelación a actores clave, la OMS propone un diagnóstico colaborativo en el mapeo e identificación de la problemática social y sanitaria del suicidio entre actores tanto instituciones como extrainstitucionales, tal y como se puede observar en la Figura 1.

En consonancia con estas recomendaciones y ejes para una planificación y actuación público-institucional y/o público-comunitaria contra el suicidio, el exhaustivo análisis de etiología multifactorial en *Preventing suicide: a global imperative* (OMS, 2014) sirve de fundamento de documentos de trabajo clave como el *National suicide prevention strategies: progress, examples and indicators* (OMS, 2018).

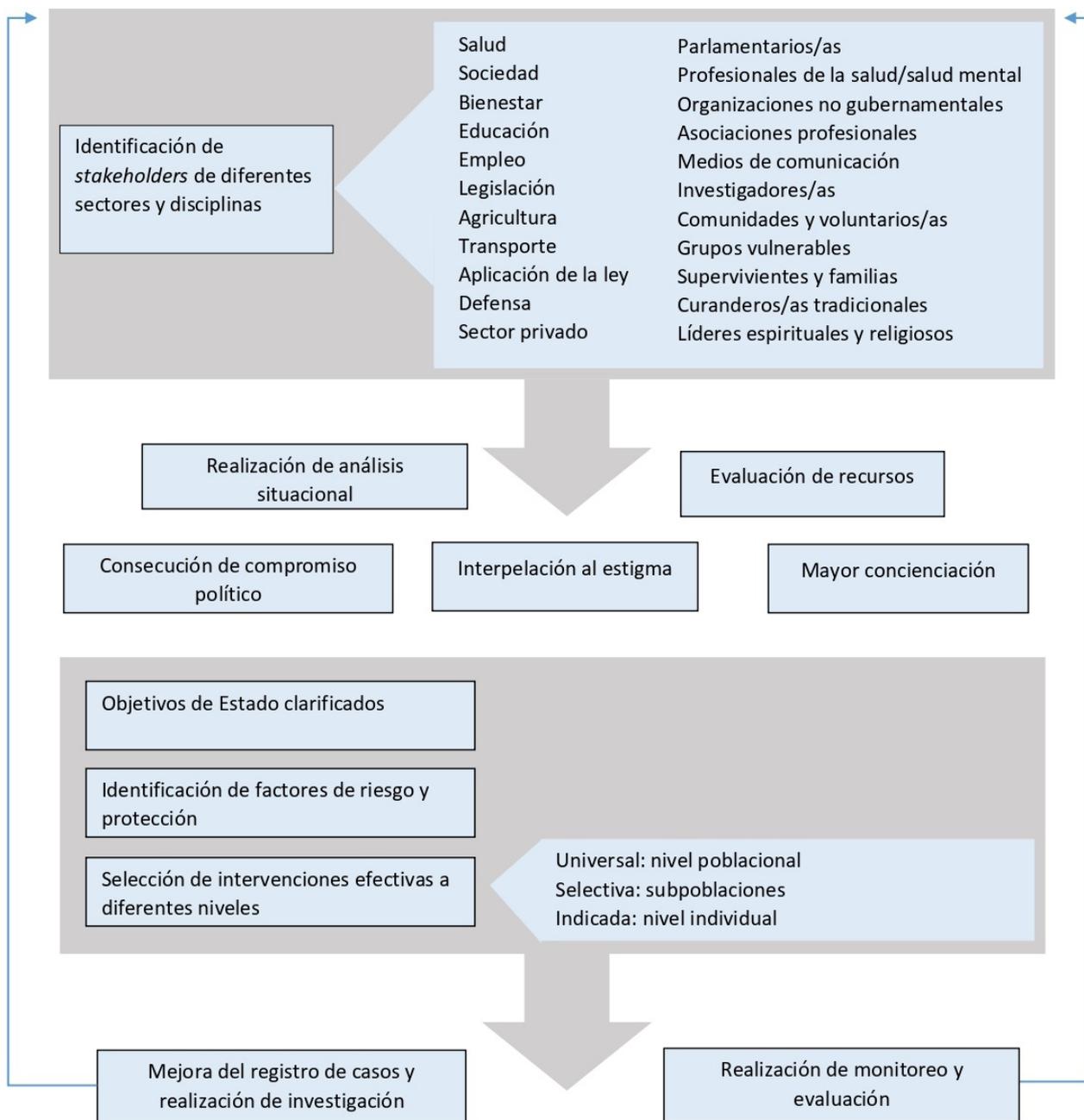
En base a las recomendaciones de una actuación localizada, este último documento técnico plantea un modelo universal de cómo abordar de forma integral el diseño, implementación y evaluación del impacto de las susceptibles políticas públicas de contención del suicidio. De este modo, tal y como se observa en el esquema de la Figura 2, se plantea un particular modelo de análisis de políticas públicas de atención a la conducta suicida. La particularidad de este enfoque es que plantea la pertinencia de involucrar a la comunidad en los procesos de diseño, implementación y seguimiento de las medidas en aras de garantizar no sólo su efectividad, sino de reconocer la transparencia y la rendición de cuentas (OMS, 2012, 2018). Elementos que, como se ha mencionado anteriormente, se corresponden con el paradigma de la (co)gobernanza.

FIGURA 1. RECOMENDACIONES DE LA OMS EN LA CONFORMACIÓN DE UNA ESTRATEGIA DE PREVENCIÓN DEL SUICIDIO

Elementos definitorios		Recomendaciones constitutivas	
A) Objetivos comprensibles		A) Identificación de <i>stakeholders</i>	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Concienciación general. 2. Reducción de tasas. 3. Identificación de riesgos. 4. Reducción del estigma. 5. Mejora del método de recolección estadística. 6. Mejora de la investigación aplicada y evaluación. 7. Refuerzo de protocolos sociales y sanitarios. 8. Asignación de recursos humanos y económicos. 		<ol style="list-style-type: none"> 1. Gobiernos regionales y municipales. 2. Sistema nacional de salud. 3. Servicios de salud mental. 4. Sistema educativo. 5. Sistema judicial. 6. Servicios de seguridad y emergencias. 7. Decisores públicos. 8. Representantes grupos de riesgo. 9. Representantes supervivientes. 10. Líderes comunitarios. 11. ONGs. 12. Medios de comunicación. 13. Comunidad científica. 14. Instituto(s) de estadística. 15. Asociaciones profesionales. 16. Sector privado (p. ej. fundaciones). 	
B) Identificación de principales factores de riesgo y protección		B) Análisis situacional	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Factores individuales. <ol style="list-style-type: none"> 1.1. Factores psicológicos. 1.2. Factores biológico-genéticos. 2. Factores grupales / socioculturales. <ol style="list-style-type: none"> 2.1. Factores étnicos. 2.2. Factores demográficos. 3. Factores contextuales/estructurales. <ol style="list-style-type: none"> 3.1. Factores socioambientales. 		<ol style="list-style-type: none"> 1. Incidencia anual y relativa del suicidio. 2. Identificación de población de riesgo. 3. Identificación de principales métodos escogidos y posibles motivos asociados. 4. Identificación de principales carencias del sistema nacional de salud. 5. Evaluación de: <ol style="list-style-type: none"> 5.1. Políticas de regulación de alcohol. 5.2. Modelo de gestión mediática. 5.3. Calidad estadística. 5.4. Calidad sistemas de seguimiento. 5.5. «Puntos calientes» en la geografía. 	
C) Planificación de intervenciones efectivas		C) Disponibilidad de recursos	
C.1. Sobre factores individuales	C.2. Sobre factores grupales	C.1. Recursos humanos	C.2. Recursos financieros
<ol style="list-style-type: none"> 1. Políticas de salud mental. 2. Protocolos de derivación. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Formación de <i>gatekeepers</i>. 2. Colaboración comunitaria. 3. Grupos de duelo. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Atención Primaria y Salud Mental. 2. Otros servicios sanitarios y sociales. 3. Expertos en políticas de salud mental y adicciones. 4. Gestores de centros públicos. 5. Servicios de seguridad y emergencias. 6. Centros o líderes de medicina nativa y terapias alternativas. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dotación presupuestaria anual. 2. Asignación territorial. 3. Captación de fondos privados. 4. Colaboración con ONGs. 5. Fondos de agencias internacionales. 6. Partenariados público-privados.
C.3. Sobre factores contextuales			
<ol style="list-style-type: none"> 1. Restricción de acceso a medios letales. 2. Regulación del abuso de alcohol. 3. Guías de comunicación responsable en medios de comunicación. 			
D) Mejora de métodos de registro y detección		D) Compromiso político	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Comprobación de calidad de recolección de los datos. 2. Inversión en investigación. 		<ol style="list-style-type: none"> 1. Concienciación transversal. 2. Campañas públicas y privadas. 3. Periodicidad mediática. 4. Gobernanza cívico-parlamentaria. 	
E) Monitorización y evaluación de resultados		E) Mitigación del estigma	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Revisión de lo efectuado y su efectividad. 2. Evaluación de principales indicadores (modelo SMART). 		<ol style="list-style-type: none"> 1. Eliminación de mitos y estereotipos sobre el suicidio 2. Concienciación y sensibilización del modo de comunicación de los <i>mass media</i>. 	

Fuente: elaboración propia a partir de OMS (2012, 2014, 2018).

FIGURA 2. MARCO DE DESARROLLO DE UNA ESTRATEGIA DE PREVENCIÓN DEL SUICIDIO SEGÚN LA OMS



Fuente: OMS (2012, p. 22). Traducción y reelaboración propia.

La vertebración de este esquema dinámico, además de contemplar los principios de LIVE (*Leadership, Interventions, Vision, Evaluation*) LIFE (*Less means, Interaction with media, Form the young, Early identification*), se construye a partir del comentado ejercicio de diagnóstico establecido en *Public health action for the prevention of suicide: a framework* (OMS, 2012), extensivamente detallado en la Figura 1. Sin embargo, su síntesis se puede establecer en doce cuestiones pertinentes acerca de cómo se diseña o cómo se evalúa el diseño de una política de contención del suicidio en un territorio:

1. ¿Identifica *stakeholders*?
2. ¿Analiza situación de partida?

3. ¿Identifica barreras u obstáculos?
4. ¿Reconoce grupos de riesgo?
5. ¿Asigna recursos públicos?
6. ¿Interpela al estigma?
7. ¿Tiene un plan de medios?
8. ¿Plantea objetivos SMART (*Specific, Measurable, Achievable, Relevant, Time-bond*)?
9. ¿Formula diferentes líneas de intervención?
10. ¿Plantea mejoras sobre el registro?
11. ¿Sugiere mejoras sobre la investigación?
12. ¿Establece mecanismos de evaluación y seguimiento?

Por tanto, y para el presente estudio, esta *check list* o matriz evaluadora se identifica como la plantilla estándar definitoria de una primera aproximación general a la evaluación del diseño de las políticas públicas de contención del suicidio en España en su articulación descentralizada. Si bien este marco se podría comprender como limitado para los estándares del enfoque deliberativo, la evaluación del grado de correspondencia de estos indicadores responde a la posibilidad de observar cuán fidedignos son los estándares de las CC.AA en relación a los criterios de la OMS, hipotéticamente prescritos y estructurantes de una particular concepción del problema del suicidio. De hecho, se estaría observando la proximidad ideológica de estos marcos de intervención con los de la OMS, que plantean un enfoque más comunitario y dialógico, frente al tradicional modelo médico hospitalocéntrico y de unidireccionalidad en la toma de decisiones (Broer et al., 2017). Es decir, con este marco de la OMS se estarían viendo los límites por los cuales una política de contención del suicidio se perfila como más dinámica y abierta al diálogo con la sociedad civil (sobre todo con asociaciones o grupos de supervivientes), con una inclusión de perfiles extrasanitarios en sus comisiones de seguimiento, además de una fiscalización de sus acciones y sus gastos.

4. EVALUACIÓN DEL DISEÑO DE LA CONTENCIÓN DEL SUICIDIO EN LAS CC.AA

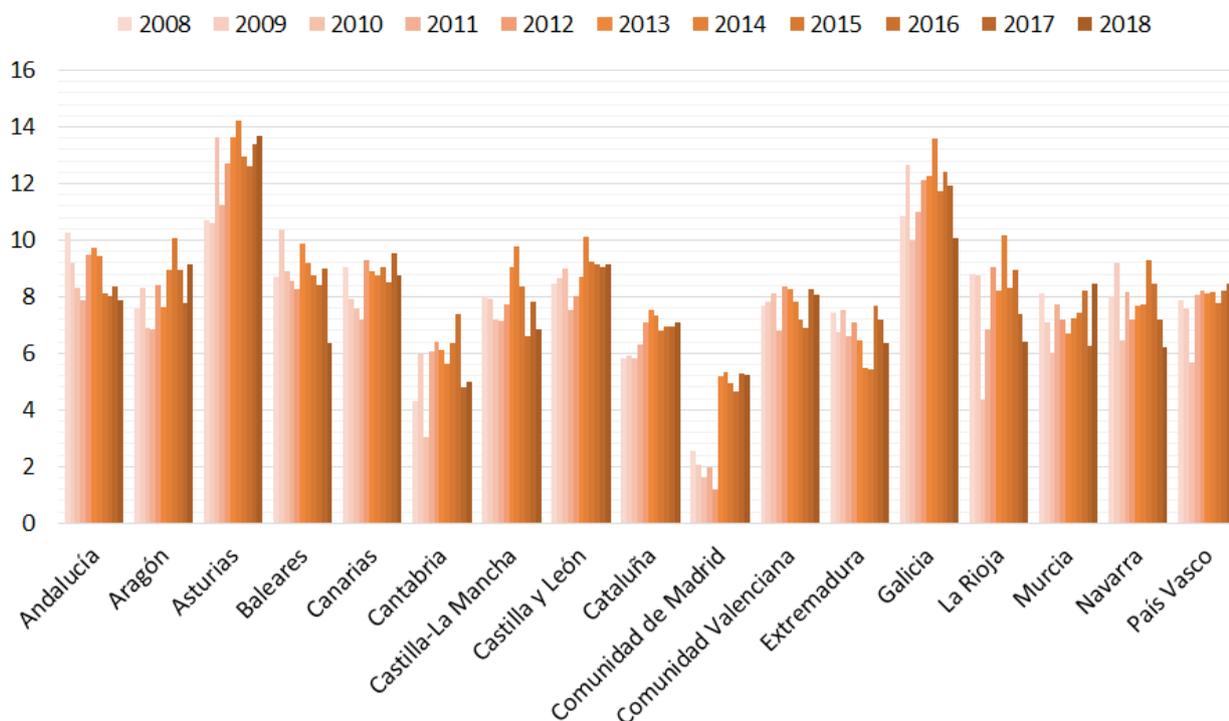
4.1. Actualidad de las políticas autonómicas para la contención del suicidio

En el contexto reciente de la pandemia de COVID-19, el suicidio está teniendo en España una mayor significación por una serie de alertas hospitalarias relacionadas con el inusual incremento de ingresos por tentativa en jóvenes y adolescentes (Coll, 2021). Asimismo, determinados acontecimientos suicidas como los vinculados a figuras mediáticas, del ámbito del espectáculo y el deporte, contribuyen a que se agudice e incremente esta discusión pública. Con todo, el suicidio en España es una realidad en oscilante incremento estadístico desde el año 2010, con dos clímax en el repunte de muertes (hacia los más de 3.900 fallecimientos confirmados) en 2014 y, provisionalmente, en 2020 (INE, 2021). Consecuentemente, este estudio plantea analizar y evaluar las medidas para contener el suicidio en España de acuerdo a dos perspectivas: una de actualidad inmediata y otra de actualidad ampliada. De este modo, y poniéndolo en contexto, según Eurostat (2021), para datos de 2017 España es el 4.º país con menos suicidios en la UE de los 28, es decir, el 24.º puesto. Según datos de la OMS (2014) para 2012, España es el 56.º a nivel mundial en suicidios consumados confirmados de una lista de 99 países. En este sentido, España es un territorio con una baja tasa de muertes por suicidio en relación con Europa y el mundo. Sin embargo, la distribución de estas muertes dentro de España es ampliamente desigual tanto en términos absolutos como relativos, tal y como se observa en el Gráfico 1.

Considerando los datos en bruto, sin estandarización de las tasas, caben adivinarse no tanto las perceptibles diferencias entre CC.AA –con Asturias y Galicia a la cabeza de casos y, a la contra, Cantabria y Comunidad de Madrid con menor incidencia registrada–, sino la moderada fluctuación anual en cada territorio⁴. Si bien el objeto de este texto no es analizar la epidemiología del suicidio y el rigor de su distribución en España, esta observación superficial deja entrever, en términos cuantitativos, unas diferencias sustanciales entre territorios. A este respecto, y de acuerdo al principio de racionalidad que caracteriza la gestión pública, se estimaría que a más alta la tasa, mayor urgencia en las medidas de contención.

⁴ Para el caso de la Comunidad de Madrid cabe señalarse la corrección de la estadística anual en el año 2013 al alza. Es decir, los datos anteriores a 2013 están sobreinfrarrepresentados. Para más detalle acerca del problema histórico de infrarrepresentación y subnotificación de los datos estadísticos del suicidio en España ver las discusiones de Uña Suárez (1985), Gutiérrez García (1995) u Orgaz Alonso y Amezaga Etxebarria (2018), entre otros.

GRÁFICO 1. EVOLUCIÓN DE LAS TASAS DE SUICIDIOS EN LAS CC.AA (2008-2018)



Nota: tasas sin estandarizar.

Fuente: elaboración propia a partir de la Estadística de Defunciones según Causa de Muerte (INE, 2021).

Sin embargo, tal y como puede observarse en la Figura 3, las medidas de contención no establecen una relación directa en su actualización respecto a las tasas. De hecho, y ahondando en una perspectiva comparada, se identifican diferentes marcos de actuación y de actualización de los Planes de Salud Mental y las estrategias, planes y protocolos de contención del suicidio.

FIGURA 3. PLANES DE SALUD MENTAL Y ESTRATEGIAS, PLANES O PROTOCOLOS ESPECÍFICOS DE CONTENCIÓN DEL SUICIDIO EN LAS CC.AA (A FECHA DE DICIEMBRE DE 2021)

	Región	Plan vigente	Actualizada	Línea estratégica	Estrategia específica	Estrategia vigente (si existe)
0	ESPAÑA	Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2009-2013 / 2022-2026	X	X	–	–
1	Andalucía	III Plan Integral de Salud Mental de Andalucía 2016-2020*	–	X	–	Plan de prevención del suicidio**
2	Aragón	Plan de Salud Mental de Aragón 2017-2021	X	–	X	Estrategia de Prevención del suicidio en Aragón 2020 (ExPreSA)
3	Asturias	Plan de Salud Mental del Principado de Asturias 2015-2020*	–	–	X	Protocolo de detección y manejo de caso en personas con riesgo de suicidio (2018)

	Región	Plan vigente	Actualizada	Línea estratégica	Estrategia específica	Estrategia vigente (si existe)
4	Baleares	Plan Estratégico de Salud Mental de las Islas Baleares 2016-2022	X	X	–	Plan de Prevención, Actuación y Manejo de la Conducta Suicida de Baleares**
5	Canarias	Plan de Salud Mental de Canarias 2019-2023	X	X	X	Programa de Prevención de la conducta suicida en Canarias (2021)
6	Cantabria	Plan de Salud Mental de Cantabria 2015-2019*	–	X	–	–
7	Castilla-La Mancha	Plan de Salud Mental de Castilla-La Mancha 2018-2025	X	X	X	Estrategia para la Prevención del Suicidio y la intervención ante tentativas autolíticas (2018)
8	Castilla y León	Estrategia Regional en Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica en Castilla y León 2003-2007*	–	–	–	Estrategia de Prevención de la Conducta Suicida en Castilla y León (2021-2025)**
9	Cataluña	Plan Integral de Atención a las Personas con trastornos mentales y adicciones 2017-2019*	–	X	X	Plan de prevención del suicidio de Cataluña (PLAPRESC) 2021-2025
10	Comunidad de Madrid	Plan Estratégico de Salud Mental 2018-2020**	–	X	X	Programa de Prevención del Suicidio (2010-2014)**
11	Comunidad Valenciana	Estrategia Autonómica en Salud Mental de la Comunidad Valenciana 2016-2020*	–	X	X	Plan de prevención del suicidio y manejo de la conducta suicida. «Vivir es la salida» (2016-2020)
12	Extremadura	Plan de Salud de Extremadura 2021-2028	X	X	X	Plan de Acción para la Prevención y Abordaje de las Conductas Suicidas en Extremadura (2018)
13	Galicia	Plan de Salud Mental de Galicia PosCOVID-19. Periodo 2020-2024	X	X	X	Plan de prevención del suicidio (2017)
14	La Rioja	Plan de Salud Mental de La Rioja 2016-2020*	–	X	X	Plan de Prevención del Suicidio en La Rioja (2018)
15	Murcia	Programa de Acción para el Impulso y Mejora de la Salud Mental en la CARM 2019-2022	X	X	–	–
16	Navarra	III Plan Estratégico de Salud Mental 2019-2023	X	X	X	Protocolo de colaboración interinstitucional. Prevención y actuación ante conductas suicidas (2014-2020)
17	País Vasco	Estrategia en Salud Mental de la CA del País Vasco 2010	–	X	X	Estrategia de Prevención del suicidio en Euskadi (2019)

* En revisión.

** En (re)elaboración (nota de prensa o declaración institucional).

Fuente: elaboración propia a partir de la información web y los Boletines Oficiales de las Consejerías de Salud de las CC.AA.

Por lo general, tal y como se puede comprobar, un desarrollo de una línea estratégica u objetivo(s) específico(s) en un Plan de Salud Mental suele tener una proyección que se materializa en una política pública con mayor trayectoria y especificación de sus medidas. Sin embargo, las CC.AA con mayor incidencia del suicidio en sus territorios comprenden una actualización tardía de su Plan de Salud Mental, como es el caso de Galicia, bien carecen de una línea estratégica dentro del Plan de Salud Mental, tal y como ocurre en el caso de Asturias, o bien carecen de un marco de actuación consolidado, tal y como son en los casos de Andalucía y Murcia. Además, cabe señalar que los casos asturiano y gallego son documentalmente muy limitados en extensión en comparación con la de otros territorios –el caso de Canarias, con una tasa de incidencia entre moderada y alta, es de los más profusos en texto–. Esto tiene como consecuencia un desarrollo poco específico en contenidos de actuación en relación a la conducta suicida a pesar de la profusión de intervenciones selectivas e indicadas, algo que contradice una de las recomendaciones clave de la OMS. Si bien más adelante se analiza con más detenimiento el diseño de estas políticas de contención, se puede anticipar que el mapa definitorio de actualización y correspondencia con medidas y planes específicos presenta notorias diferencias entre autonomías. Aquí habría que contar, además, con las llamativas ausencias definitorias por parte del Estado central hasta el año 2021 –como el *Plan de Acción 2021-2024 Salud mental y COVID-19*–, que se siguen percibiendo lejos de las peticiones de afectados/as y expertos/as según la discusión pública establecida respecto a la *Estrategia de Salud Mental para el 2022-2026* (Linde, 2021).

Por otra parte, y entrando en más detalle de los contenidos documentales, se puede apreciar que CC.AA con baja y moderada incidencia –como la Comunidad de Madrid y Navarra– presentaron en su momento pioneros planes específicos que, paradójicamente, en la actualidad carecen de una actualización de los mismos. Esto se aprecia especialmente en la Comunidad de Madrid, donde, a pesar de un gran despliegue de medidas de choque en salud mental como la *Guía de actuaciones en psiquiatría, salud mental y apoyo psicosocial en la pandemia por COVID19* (marzo 2020) o el *Plan de respuesta asistencial prioritaria en salud mental en la crisis por COVID19* (mayo 2020), apenas se mencionan actuaciones especiales de contención de la conducta suicida que no sean en insistir en la detección temprana de casos. De este modo, aun siendo válidas, estas estrategias desactualizadas y otras acciones complementarias quedan delimitadas a los correspondientes Planes de Salud Mental. Esto se aprecia en la continuidad de programas locales y de atención hospitalaria como pueden ser el Código 100 en Madrid capital o el programa navarro de seguimiento telefónico inscrito en el desarrollo del Código Suicidio. Por otro lado, 5 de las 17 CC.AA carecen, a fecha de diciembre de 2021, de estrategias, planes o protocolos específicos a nivel regional. Esto es un dato relevante, independientemente del impacto de iniciativas locales –por destacar un par de ejemplos, el Programa de Alta Resolución para el Manejo de la Conducta Suicida y Prevención del Suicidio (CARS) de Santander o el Programa Razones para Vivir en Málaga–, la adhesión a programas europeos de corta duración –la relevancia de EUREGENAS en Andalucía y Castilla y León– o de las declaraciones y notas de prensa que establecen el actual desarrollo de un plan futuro en Andalucía, Baleares, Castilla y León o Comunidad de Madrid.

Con todo, cabe señalar que la ausencia de una estrategia autonómica específica no indica tanto una ineficacia a la hora de planificar la contención del suicidio en un territorio, sino que señala un tipo de interpe-lación contraindicada. Es decir, en términos de la OMS, esto refleja un grado de priorización que se puede definir como de «falta de liderazgo» (OMS, 2018, p. 13) por parte de una administración en la contención del suicidio dada la escasa movilización de unos determinados marcos en el diseño de dichas políticas. Esto no resta que cada administración contemple la contención del suicidio como una prioridad en sus estrategias genéricas de salud mental, tal y como se propugna. Sin embargo, de acuerdo a los citados criterios de referencia de la OMS, este desajuste entre especificaciones y (des)actualizaciones responde a una falta formal de interés y de seguimiento de recomendaciones internacionales de acuerdo a un enfoque crítico de cómo se producen y publican estas políticas. Además, esta «falta de liderazgo» compromete el aspecto relativo a la inclusión de las demandas de asociaciones de pacientes y de supervivientes. Esto implica, consecuentemente, una falta de reconocimiento de la cogobernanza y la transparencia.

Por tanto, de forma apriorística se puede detectar una importante diferencia entre CC.AA en el establecimiento explícito de estrategias específicas no sólo en los propios Planes de Salud Mental, sino fuera de los mismos. En relación con esta disonancia y la jerarquía de prioridades dentro de cada Plan de Salud Mental cabe señalar que el marco definitorio de la contención del suicidio en todas las CC.AA se fija en una dimensión que lo nombra en su consideración más psicopatologizada, es decir, adscrita al territorio de los trastornos de la salud mental. Esto se refuerza en el contexto de aquellos Planes de Salud Mental (Galicia, Extremadura) o estrategias (Aragón, Canarias, Cataluña) elaborados en contexto de pandemia, donde se

incide en la dimensión del factor de riesgo asociado al incremento de diagnósticos asociados a psicopatologías y trastornos del ánimo de diverso tipo. Tal y como comentan representantes de la suicidología crítica como Marsh (2010) o Chandler (2020), este apriorismo psicologizante es común en toda política de contención y gobierno del suicidio. Esto significa que, ineludiblemente, se conceptualiza el suicidio como un problema radicado en la enfermedad mental de los individuos, más que como un problema social, de ahí su inclusión en políticas y planes de salud mental. Si bien este apriorismo sanitario y su particular «régimen de verdad» (Foucault, 1979/2009) requiere de una lectura más detenida, desde un enfoque problematizador del diseño de estas políticas se puede valorar esta concepción del suicidio como un elemento común tanto a nivel central como autonómico en España. Esto implica que el marco ideológico estructurante que se esboza en la mayor parte de los Planes de Salud Mental es un enfoque eminentemente dirigido a la práctica clínica, radicada en lógicas más hospitalocéntricas que de medicina comunitaria, aunque sea bastante frecuente el reconocimiento de la necesidad de reforzar la detección en Atención Primaria.

4.2. Comparación del diseño de las políticas de contención del suicidio en las CC.AA

Tras un análisis descriptivo y preliminar del estado actual de las medidas dirigidas a la contención del suicidio en España, a continuación se evalúan y analizan de forma comparativa. La principal observación que se puede establecer a partir de la información disponible en cada portal web y boletín oficial de las Consejerías de Sanidad de cada CA advierte del ya comentado patrón común que es que el diseño de la contención se construye a partir de un Plan de Salud Mental. Es decir, se pone el suicidio en relación y contexto con resultados de la práctica clínica y vinculados al diagnóstico de enfermedades o desórdenes mentales, particularmente trastornos de orden depresivo o psicótico. En segundo lugar, y como elemento altamente relevante, todos los planes tienen en común una mayor apuesta por la prevención frente a la intervención y la postvención. Sin embargo, esta tendencia parece estar mitigándose en los últimos planes y estrategias, donde la postvención gana más espacio en su reconocimiento formal, siempre con la mención a grupos de duelo o asociaciones de pacientes y afectados/as. Por tanto, hay un implícito principio de jerarquía en el diseño general de las políticas de contención, más vinculado a tareas de prevención y detección temprana de casos, con especial insistencia en la formación de especialistas y profesionales de diversos ámbitos de la salud (Atención Primaria y Atención Hospitalaria) y de otros entornos clave (centros educativos, medios de comunicación y servicios de emergencias).

En relación a esta observación, la evaluación del diseño de los Planes de Salud Mental de las CC.AA concibe una visión que no sólo no problematiza su marco psicopatologizante, sino que no examina su correspondencia con los citados preceptos de la OMS, condensados en la Figura 1. Esto implica que, por tendencia general, no se está entendiendo el suicidio de acuerdo a una etiología multifactorial, siendo imprescindible comprender no sólo los factores de riesgo, sino también los de protección. Esto es un análisis poco común en los Planes de Salud Mental y estrategias, planes o protocolos específicos analizados, siendo excepcional el caso del País Vasco o el incipiente desarrollo de medidas estatales en el *Plan de Acción 2021-2024 Salud mental y COVID-19* donde se contempla, de forma complementaria al de las psicopatologías, la importancia del aspecto sociolaboral y contextual de los factores de riesgo de la conducta suicida. A este respecto, la poca dedicación a políticas de postvención, más allá del reconocimiento formal de su figura, implica una elevación de los riesgos a nivel social, dado que no se interviene en los entornos de familiares y allegados. Indudablemente este es un análisis del discurso presente en los Planes de Salud Mental y las estrategias, planes o protocolos derivados que rebasa los marcos analíticos y metodológicos aquí propuestos dada la focalización en su aspecto más formal del diseño y su estructura. Sin embargo, la *check list* evaluadora del diseño de los Planes de Salud Mental de las CC.AA de la Figura 4 deja entrever parte de esta relación, en la que se conjuga parte del cumplimiento de los preceptos LIVE LIFE de la OMS (2018).

Por tanto, y en relación a esta correspondencia con los criterios prefijados por la OMS, se puede observar en la Figura 4 que hay un desigual grado de intencionalidad y de cumplimiento con unos estándares de liderazgo o pre-ocupación institucional formalizada. Entonces, a nivel general, se podría así establecer que hay un moderado grado de correspondencia de España con los criterios de la OMS, pero con una distribución muy desigual entre CC.AA, con algunas casi marcando la puntuación máxima (Canarias, Castilla-La Mancha, La Rioja, País Vasco) y otras muy por debajo de la mitad de los indicadores recomendados (Andalucía). Esta distribución del grado de correspondencia se aprecia con mayor nitidez en el Mapa 1, destacándose en rojo aquellas CC.AA con un bajo grado de cumplimiento, en naranja un cumplimiento bajo-medio, en amarillo un cumplimiento medio-alto y en verde un alto grado de cumplimiento.

FIGURA 4. MATRIZ EVALUADORA DE LA CORRESPONDENCIA DE LAS POLÍTICAS DE PREVENCIÓN DE LAS CC.AA (DICIEMBRE 2021) CON CRITERIOS DE LA OMS

INDICADOR	Andalucía*	Aragón**	Asturias**	Baleares*	Canarias**	Cantabria*	Castilla-La Mancha**	Castilla y León**	Cataluña*	Comunidad de Madrid*	Comunidad Valenciana**	Extre-madura**	Galicia**	La Rioja**	Murcia*	Navarra**	Pais Vasco**
1 ¿Identifica stakeholders?		X		X	X		X		X	X	X	X	X	X	X	X	X
2 ¿Analiza situación de partida?	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X
3 ¿Identifica barreras u obstáculos?		X			X				X			X					
4 ¿Reconoce grupos de riesgo?	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
5 ¿Asigna recursos públicos?																	
6 ¿Interpela al estigma?		X		X	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X
7 ¿Tiene un plan de medios?		X		X	X	X	X		X	X	X	X	X	X		X	X
8 ¿Plantea objetivos comprensibles y delimitables (SMART)?		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
9 ¿Formula diferentes líneas de intervención?		X	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X
10 ¿Plantea mejoras sobre el registro?			X		X	X	X		X				X	X			X
11 ¿Sugiere mejoras sobre la investigación?				X	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X
12 ¿Establece mecanismos de evaluación y seguimiento?		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X			X	X	X	X
Grado de correspondencia	2/12 0,17	9/12 0,75	5/12 0,42	9/12 0,75	11/12 0,92	9/12 0,75	10/12 0,83	5/12 0,42	11/12 0,92	9/12 0,75	9/12 0,75	8/12 0,67	9/12 0,75	10/12 0,83	8/12 0,67	8/12 0,67	10/12 0,83

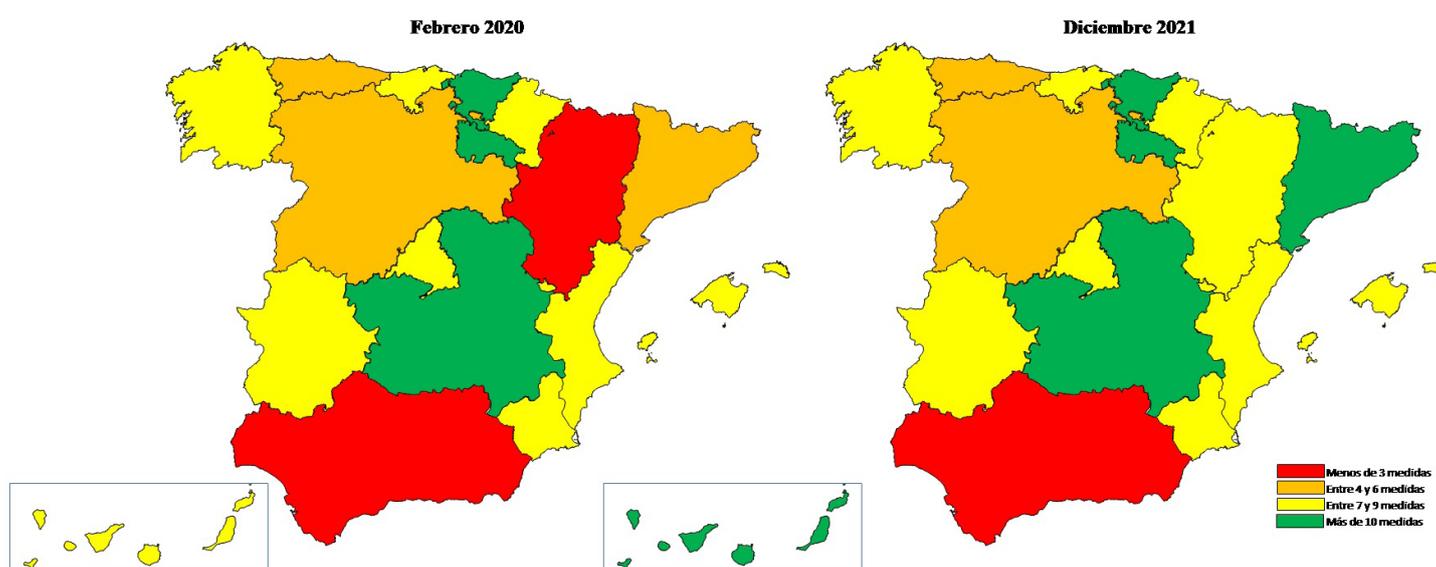
* En base a sólo Plan de Salud Mental.

** En base a Plan de Salud Mental y Estrategia/Plan/Programa/Protocolo.

Fuente: elaboración propia.

Dado que este análisis es sobre la actualidad inmediata y la actualidad ampliada de estas medidas, el Mapa 1 corresponde al estado de las políticas de contención antes de la pandemia (a fecha de febrero de 2020) y las últimas configuraciones (a fecha de diciembre de 2021). Por tanto, una apreciación fundamental es que la pandemia de COVID-19 ha establecido un patrón de aceleración de la actualización o aprobación de algunas de estas medidas. A nivel estatal, por ejemplo, el *Plan de Acción 2021-2024 Salud mental y COVID-19* anuncia la creación de un teléfono público de atención a la conducta suicida, además de un presupuesto de 100 millones de euros para todo el *Plan*. Por otro lado, el borrador y la nota de prensa de la *Estrategia en Salud Mental* hasta 2026 reconocen, por primera vez, una línea estratégica propia que rebasa con creces los límites de un objetivo estratégico como el de la *Estrategia* para 2009-2013. Es decir, la emergencia sanitaria ocasionada por la pandemia sirve de actual marco impulsor en la (re)producción de estas políticas.

MAPA 1. GRADO DE CORRESPONDENCIA DE LAS POLÍTICAS DE CONTENCIÓN DEL SUICIDIO EN LAS CC.AA (FEBRERO 2020- DICIEMBRE 2021) DE ACUERDO A LOS CRITERIOS DE LA OMS



Rojo = Bajo grado cumplimiento; Naranja = Moderadamente bajo grado cumplimiento; Amarillo = Moderadamente alto grado cumplimiento; Verde = Alto grado cumplimiento.

Fuente: elaboración propia.

De acuerdo a una comparativa entre ambos mapas se pueden destacar dos elementos: uno general y otro en detalle. El general, antes referido, es la mejora en los indicadores en diferentes CC.AA que actualizan su Plan de Salud Mental o su estrategia, plan o protocolo específicos. En detalle, y a partir de la observación tanto de la Figura 4 como el Mapa 1, se destaca que allí donde hay un Plan de Salud Mental con línea estratégica u objetivo específico hay potencialmente no sólo el desarrollo de una estrategia, plan o protocolo más o menos exhaustivo, sino que susceptiblemente se cumplen más indicadores en la *check list* de la OMS. Por tanto, la presencia de una política específica da lugar a un mayor cumplimiento de las recomendaciones para la delimitación de una estrategia de contención considerada como lo más efectiva e inclusiva posible. Es decir, se mejora formalmente en el diseño general de estas medidas.

Sin embargo, se siguen adivinando importantes diferencias entre las CC.AA con estrategias desarrolladas y en implementación. En este sentido destaca el caso de Asturias, una de las regiones con mayores tasas de suicidio consumado en la última década, pero con los peores resultados del grado de correspondencia de su protocolo (5 sobre 12) en relación con las recomendaciones que establece la OMS. Sin embargo, Andalucía es la peor puntuada de todas las CC.AA (2 sobre 12), a pesar de su implicación en diversas experiencias preventivas pioneras a nivel internacional –por ejemplo el proyecto EUREGENAS, de la que recoge sus *Directrices*– y local –en prácticamente todo el régimen hospitalario y ambulatorio, con iniciativas pioneras en Sevilla, Granada y Málaga–. Por otra parte, tal y como se puede observar, las estrategias que mejor validación obtienen serían Canarias, Castilla-La Mancha, La Rioja y País Vasco, con la peculiaridad

de que los contenidos de la estrategia riojana son muy similares a los de Galicia, otra de las regiones con las mayores tasas de suicidio consumado.

En relación a los distintos grados de correspondencia hay una gran disparidad entre las CC.AA según el indicador. En este sentido, destacando los más sensibles y comenzando por la identificación de *stakeholders*, la falta de concreción se ve quizás agravada por el difuso reconocimiento de dichos actores que hacen algunos de los Planes de Salud Mental, así como las estrategias específicas. Estos serían los casos de Navarra y el País Vasco que, a pesar del explícito reconocimiento de la necesidad de implicar a actores extrainstitucionales (labor escasamente contemplada en otras CC.AA), no delimitan con suficiente precisión qué tipo de implicación deben tener actores de la sociedad civil en el desarrollo de las políticas. Esto es relevante dado el papel que cumplen en comisiones de seguimiento colectivos como Besarkada-Abrazo, donde se presentan ciertos desajustes con los principios de transparencia y (co)gobernanza por parte de la Consejería de Salud de Navarra. O, en el País Vasco, qué papel podrían tener las confederaciones empresariales y los sindicatos. Algo similar ocurre con Canarias y la Comunidad de Madrid, que presentan un Plan de Salud Mental y una estrategia formalmente participativas, pero que no clarifica las formas por la cual se suman los distintos colectivos extrainstitucionales. Otro elemento a destacar a este respecto es que ninguna CC.AA contempla la colaboración con la Iglesia católica o cualquier otra congregación religiosa como un *stakeholder*.

Por otra parte, es casi general la correspondencia que se da en la valoración o el análisis de la situación de partida. Esto se observa, sobre todo, en conexión a la identificación de los principales grupos de riesgo de cada región e, incluso, la zonificación de las áreas sanitarias con mayor incidencia suicida. Sin embargo, con bastante frecuencia no se detallan intervenciones concretas de acuerdo a cada grupo de riesgo y zona de alta incidencia, sobre todo en el ámbito de la juventud. Esta es una paradoja que se observa en estrategias recientes, como la de Aragón, que reconoce una baja identificación de medidas en el colectivo de jóvenes a pesar de presentar una batería de propuestas para colectivos de riesgo en el entorno universitario. Con todo, a nivel general se documenta un sólido diagnóstico descriptivo en cada CA. Asimismo, en relación a este indicador se puede observar que suele darse una correspondencia entre la fijación de objetivos SMART y la presencia de otros indicadores que permiten una evaluación del cumplimiento de las medidas, así como una monitorización de la evolución de la política pública en cuestión. Lo llamativo son aquellos casos (Asturias, Baleares, Canarias, Comunidad de Madrid y Comunidad Valenciana) en los que se apuesta por la investigación, pero no por una revisión de la estadística oficial o la propuesta de creación de una estadística propia al margen de la Estadística de Defunciones según Causa de Muerte publicada por el INE. O incluso el reconocimiento explícito de una estadística deficiente, como hace Aragón, pero sin plantearse una alternativa como un Observatorio. Esto es importante en relación a la habitual consideración de que las estadísticas oficiales no sólo se publican con notorio retraso –hasta dos años sobre la fecha real de su producción–, sino que su calidad es, por definición, inexacta e imprecisa (Orgaz Alonso y Amezaga Etxebarria, 2018). De este modo, País Vasco destaca en promocionar la revisión y la creación de una estadística propia, proponiendo incluso la incorporación de la variable de la categoría laboral a todo registro de consumación, intento e ideación. Dentro de sus particularidades, Asturias es la única región que, apostando por la facilitación y accesibilidad estadística, no especifica la necesidad de impulsar la investigación, ya sea interna o externa, a pesar de conocidas iniciativas y programas piloto desarrollados en el entorno del Hospital Universitario y la Universidad de Oviedo. En este sentido, País Vasco, Cataluña, Comunidad de Madrid y Comunidad Valenciana son las autonomías que más insistencia y detalle formal le ponen a la promoción y priorización en la investigación sobre la conducta suicida, incluso comprendiendo la importancia de incorporar la perspectiva de género al análisis epidemiológico y psicosocial del suicidio. Sin embargo, este abordaje queda algo diluido en el detalle posterior de cómo se incorpora en la acción institucional y su arquitectura sanitaria. En este sentido, se podría decir que no se está aprovechando el potencial que exhibe una evaluación exhaustiva de los resultados, el impacto y la eficiencia de un proceso para mitigar y corregir disfuncionalidades como las referidas a un deficiente cumplimiento de las historias clínicas (Miret et al., 2010; Bobes García et al., 2011), a pesar de una mejora general en la informatización de las mismas (Gómez-Beneyto et al., 2018).

Otro elemento fuertemente destacable son los pocos Planes de Salud Mental o estrategias específicas que contemplan obstáculos a la implementación de sus medidas o que reconocen de importantes fallos o errores en el campo de acción. Cataluña lo analiza, si bien de forma superficial, a través de un análisis DAFO. En este sentido, los DAFOs de Aragón y Extremadura son más exhaustivos al observar importantes debilidades en la estructura asistencial de la CA. Además, identifican flaquezas relativas a la falta de implicación de otros actores o *stakeholders* en el diseño e implementación de medidas de prevención intervención

y postvención. En el caso aragonés, sobre todo, llama la atención la insistencia en interpelar a actores del sector privado como claves en la cofinanciación de determinadas acciones. Esta es una clara excepción frente al resto de CC.AA. Asimismo, el de Extremadura es el único plan que explicita la necesidad de un compromiso y respaldo político general, elemento de extrema importancia según establece la OMS (2014, 2016, p. 7). Esto es relevante, porque se reconoce la importancia del consenso parlamentario en vistas de mantener una estabilidad en la toma de decisiones relativas a políticas públicas que puedan tener una continuidad independientemente del partido político o coalición en el gobierno. Con todo, en el nuevo *Plan de Salud*, posterior a la estrategia específica, se diluyen estos compromisos y objetivos al tratarse de una actualización marco para toda la política sanitaria extremeña.

Por último, y posiblemente lo más destacable, ningún Plan de Salud Mental o estrategia, plan o protocolo específico plantea recursos destinables a las medidas o contempla cláusula que indique que la línea estratégica o estrategia en sí tenga partida presupuestaria propia. Esto es altamente relevante porque, tal y como ocurrió con la polémica suscitada en torno al Pacto de Estado contra la Violencia de Género en diciembre de 2017 —o previamente en las discusiones en torno a la nula provisión presupuestaria de la Ley de Memoria Histórica de 2007 (Ley 52/2007)—, el hecho de que una medida o política pública no tenga financiación reservada implica que es una política vacía, sin capacidad real de movilización del cambio propuesto o sugerido (Harguindéguy, 2013; Aguilar Astorga, 2017; Guilló Girard, 2018). Esto se ha señalado en diversas investigaciones relativas al gobierno de determinados problemas sociales atravesados por la polémica interpartidista o diferentes concepciones en torno al objetivo de su activación (Bustelo y Lombardo, 2006; Rodríguez Crespo et al., 2020). Por otra parte, los planes y estrategias específicas más recientes sí que comienzan a mencionar más la relevancia de esta cuestión. Sin embargo, no se dota de presupuesto real o fijo a las acciones proyectadas. Por ejemplo, Aragón estima la necesidad de impulsar el patronazgo y el mecenazgo además de interpelar a diferentes instituciones públicas (estatales, autonómicas, locales) como fuentes de financiación *ad hoc*. Algo similar ocurre en País Vasco y Canarias, que estiman que la financiación de todas las medidas previstas se realizará *ad hoc*. Por otro lado, Cataluña menciona que su última actualización prevé de un presupuesto de 15 millones de euros, pero se acoge a la variabilidad de las cantidades realmente requeridas, sin fijar una partida real. Además, en estos planes recientes (Aragón, Canarias, Cataluña, Galicia), el contexto del COVID-19 da lugar al establecimiento de un discurso en torno a la incertidumbre presupuestaria y la viabilidad real de planificar la financiación de estas políticas y medidas de contención del suicidio.

Esto indica, de acuerdo al enfoque crítico aquí esgrimido, que el hecho de usar recursos propios, bien organizativos, bien financieros, sin una mínima provisión presupuestaria revela un bajo compromiso material de las CC.AA con el problema social y sanitario del suicidio. Por tanto, aunque se explicita el empleo de recursos organizativos de los actores implicados en el contexto de cada línea de acción, esto expresa una importante flaqueza por parte de los gobiernos autonómicos dado que el seguimiento de estas acciones de gobierno está sometido a criterios exclusivamente profesionales. Esto, de acuerdo a los estándares de la OMS, debilita la rendición de cuentas ante el uso de recursos públicos, tanto humanos como financieros, movilizados para enfrentar el problema del suicidio. Esto es especialmente relevante en aquellos casos (Baleares, Canarias, Castilla-La Mancha, Galicia, La Rioja y País Vasco) que se propone la creación de un Observatorio del Suicidio autonómico. Sin financiación, esta medida requiere de carga de trabajo adicional sobre trabajadores públicos que deben ser liberados de sus tareas, en el mejor de los casos, para poder llevar a cabo tal cometido con diligencia y eficacia. De hecho, en la mayor parte de estas CC.AA este Observatorio aún no existe en términos formales. Algo similar ocurre con las prácticas de evaluación en todas las CC.AA, que se encuentran detalladas y listadas en cada batería de medidas, pero su realización se circunscribe a informes de seguimiento de difícil acceso al público y que no se elaboran siempre con la periodicidad programada.

5. CONCLUSIONES

Este estudio, de acuerdo a la observación de la Figura 3 y los resultados de la matriz de evaluación de la Figura 4 y su representación gráfica en el Mapa 1, muestra importantes desequilibrios territoriales en el diseño de las políticas de contención del suicidio en España. Con todo, esta evaluación, atravesada de un enfoque crítico que lo problematiza, requeriría de ser completada de un abordaje de cómo se ha constituido un particular orden de discurso en las diferentes políticas autonómicas (sobre todo atendiendo a sus contenidos y los informes de seguimiento) que examinara estos elementos en relación con los de la *check list*:

1. Incomprensión del problema por parte de los actores políticos.
2. Muestra de un liderazgo ineficiente.
3. Acceso limitado a recursos asistenciales de tipo social y/o sanitario.
4. Resistencias a la difusión de la prevención en entornos escolares.
5. Carente atribución presupuestaria.
6. Estigma no abordado.
7. Sensacionalismo o amarillismo por parte de los medios de comunicación.
8. Presentación de un bajo nivel de coordinación y trabajo en equipo.
9. Presentación de deficientes intervenciones, de bajo impacto.
10. Estadísticas mal recolectadas o mal desagregadas.
11. Legislación desconectada al abordaje del problema.
12. Red sanitaria descoordinada y trabajadores sanitarios no capacitados.

Sin embargo, esta labor excede los marcos aquí propuestos. Con todo, aquí se da un primer paso en la identificación de qué es lo que se está significando actualmente en la prevención, intervención y postvención del suicidio en España en términos del diseño de un particular marco de políticas públicas. En consecuencia, el núcleo del «sistema interpretativo» de la contención del suicidio comienza en el establecimiento del rango del Plan de Salud Mental. Este rango despliega un particular marco que da lugar a una estructura interna de las estrategias, planes o protocolos cuyo contenido refleja unos estándares de la práctica clínica cuyo «lenguaje en uso» radica en la psicopatología y el entorno hospitalocéntrico (sobre todo en CC.AA como Asturias y Galicia). Sin duda alguna, profundizar en el análisis del discurso de estas medidas expresa otros elementos relevantes que encajan en el particular modelo escogido en referencia al enfoque deliberativo aquí esbozado, con poca tradición en su aplicabilidad en políticas sanitarias, sobre todo de salud mental. Sin embargo, a pesar de estas limitaciones analíticas, este estudio arroja algunas cuestiones y reflexiones relevantes para entender los últimos años que han formalizado un particular abordaje de la contención del suicidio en España, a falta de poder acceder a los informes de las comisiones de seguimiento de los últimos años.

En primer lugar, se propone por primera vez una mirada que condensa el estado de la cuestión y el desarrollo reciente de estas políticas en la última década, complementaria con estudios recientes (Blanco, 2020, Navarro Gómez, 2020). En segundo lugar, esta evaluación se ha regido por dos criterios insólitos en el análisis de las políticas de atención a la conducta suicida como es el principio de jerarquía administrativo-territorial (comparativa a nivel autonómico) y el establecimiento de un marco de correspondencia con los criterios de la OMS (identificación de modelo o marco de referencia). Este último criterio, en conjugación con el enfoque deliberativo, problematiza la cuestión de la transparencia, el diálogo y la participación en el diseño de las políticas de contención del suicidio, siendo limitados los referentes previos en España respecto a un enfoque crítico del análisis del tratamiento institucional de la conducta suicida (Pérez Jiménez, 2011; García-Haro et al., 2020). De igual manera, en el contexto europeo apenas se pueden señalar estudios que hayan llevado a cabo una revisión y un análisis de las políticas públicas de contención del suicidio de acuerdo al enfoque deliberativo, si bien se detectan otros trabajos relacionados con plantear enfoques complejizadores o críticos en relación a cómo se diseñan estas políticas (Atkinson et al., 2015; Hjelmeland, 2015).

Por tanto, el estudio aquí desarrollado abre la puerta a futuras elaboraciones que pongan en consideración un particular modelo de jerarquización y deliberación en torno a los contenidos de las medidas para la contención del suicidio en España. Esta relevancia se circunscribe a un momento en el cual el suicidio está alcanzado mayor significación a nivel tanto social como político en el contexto de la pandemia del COVID-19 (con el contexto de lento trabajo de concienciación en el periodo posterior al de la crisis económica de 2008). Esto se observa con medidas como la creación de un teléfono público estatal en 2022, una recomendación de la OMS y de la propia UE del año 2008. Sin embargo, en la declaración de esta medida habrá que ver qué alianzas se plantean con iniciativas ya existentes de entidades del tercer sector como el Teléfono de la Esperanza. Lo mismo acontece con el desarrollo de otras políticas que tengan en real consideración las demandas de los grupos y asociaciones de supervivientes, cuyo habitual reclamo radica en las limitadas y prolongadas respuestas por parte de los poderes públicos a desarrollar medidas eficientes, eficaces y sostenibles en el tiempo. En consecuencia, y de acuerdo al análisis eminentemente descriptivo aquí esbozado, España necesita seguir reforzando los marcos de desarrollo de la contención de acuerdo a los contenidos recomendados por la OMS. Esta es una tarea pendiente que se podría extrapolar de manera parcial a nivel

europeo, dado que la UE no ha vuelto a desplegar nuevas intervenciones o pactos que impulsen un referente comunitario en el desarrollo de la prevención, la intervención o la postvención del suicidio. A este respecto es relevante cómo en la Cumbre de Atenas de 2021, sobre los impactos de la COVID-19 en la salud mental en Europa del Sur o en la participación de la UE en la Global Health Summit de mayo de 2021 la mención de medidas o pactos al respecto es mínima. En este sentido, se observaría que el suicidio sigue teniendo una priorización fluctuante en términos tanto formales como discursivos por parte de los diferentes gobiernos tanto a nivel supranacional, estatal y autonómico.

Finalmente, y en vistas de la formalización de futuras implementaciones, habrá que observar cómo en los próximos años se consolidan estos pasos o si se producen giros interpretativos en relación a cómo contener la conducta suicida. Por el momento la prioridad parecería establecerse en la necesidad de mejorar la formación y especialización de profesionales sanitarios en alianza con profesionales de los medios de comunicación y miembros de los servicios de emergencias, además de tratar de reforzar los mecanismos y medios de detección temprana y la obstaculización del acceso a medios letales. Sin embargo, faltan compromisos formales por parte de los actores políticos con representación parlamentaria, siendo la discusión de propuestas y medidas muy limitada y dilatada en el tiempo. A este respecto cabe señalar que el primer borrador de una ley estatal de prevención del suicidio se registró en el año 2014, sin mayor concreción en su tramitación parlamentaria hasta la fecha. En este sentido, y en relación con los debates que mantiene el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud así como las comisiones de salud de las CC.AA, hay una escasa incorporación de la evaluación del trabajo previo así como las medidas implementadas hasta el momento. En consecuencia, y como elemento de cierre de este estudio que pone en conexión el cumplimiento interno además de la correspondencia externa de estas medidas con criterios internacionales, cabe recordar que la ausencia o insuficiente planificación de evaluaciones llevan a ignorar que:

«[...] la evaluación es un instrumento valioso de información y de ayuda a la decisión pública. A pesar de ello, es sólo una muestra dentro del abanico que el decisor público maneja para orientar las decisiones, sometidas a factores y presiones de extrema complejidad. Su mayor fortaleza vendrá de la calidad de sus estudios y su capacidad de adaptarse a los ritmos políticos, así como de su capacidad de dinamizar procesos de mejora» (AEVAL, 2010, p. 107).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agencia Estatal de Evaluación de las Políticas Públicas y la Calidad de los Servicios (2010). *Fundamentos de evaluación de políticas públicas*. AEVAL. http://www.aeval.es/es/difusion_y_comunicacion/publicaciones/Guias/Guias_Evaluacion_Politicas_Publicas_y_Calidad_SSPP/Fundamentos_evaluacion.html
- Agencia Estatal de Evaluación de las Políticas Públicas y la Calidad de los Servicios (2015). *Guía práctica para el diseño y la realización de evaluaciones de políticas públicas*. AEVAL. http://www.aeval.es/es/difusion_y_comunicacion/publicaciones/Guias/Guias_Evaluacion_Politicas_Publicas_y_Calidad_SSPP/Guia_evaluaciones_AEVAL.html
- Aguilar Astorga, C. (2017). *Evaluación de políticas públicas. Una aproximación*. UNAM.
- Aguilar, M. J. y Ander-Egg, E. (eds.). (1992). *Evaluación de servicios y programas sociales*. Siglo XXI Editores.
- Agulló Tomás, M. S. (2003). Evaluando programas desde un enfoque psico-sociológico. *Encuentros en Psicología Social*, 1(3), 159-164.
- Anseán Ramos, A. (2014). Suicidios: las muertes invisibles. Propuesta para una Estrategia de Prevención del Suicidio en el Sistema Nacional de Salud. En A. Anseán Ramos (coord.), *Suicidios: manual de prevención, intervención y postvención de la conducta suicida* (pp. 27-33). Fundación Salud Mental España.
- Atkinson, J. A., Page, A., Wells, R., Milat, A. y Wilson, A. (2015). A modelling tool for policy analysis to support the design of efficient and effective policy responses for complex public health problems. *Implementation Science*, 10, artículo 26. <https://doi.org/10.1186/s13012-015-0221-5>
- Blanco, C. (2020). El suicidio en España. Respuesta institucional y social. *Revista de Ciencias Sociales*, 33(46), 79-106. <https://rcs.cienciassociales.edu.uy/index.php/rcs/article/view/38>
- Bobes García, J., Giner Ubago, J. y Saiz Ruiz, J. (2011). *Suicidio y psiquiatría. Recomendaciones preventivas y de manejo del comportamiento suicida*. Tricastela/Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental. https://fepsm.org/files/publicaciones/Suicidio_y_Psiquiatr%C3%ADa-Texto.pdf
- Bobes, J. y Sáiz, P. (2014). Prevención del suicidio en España: una necesidad clínica no resuelta. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 7(1), 1-4. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2014.01.003>
- Broer, T., Bal, R. y Pickersgill, M. (2017). Problematisations of Complexity: On the Notion and Production of Diverse Complexities in Healthcare Interventions and Evaluations. *Science as Culture*, 26(2), 135-160. <https://doi.org/10.1080/09505431.2016.1212003>

- Bustelo, M. y Lombardo, E. (2006). Los «marcos interpretativos» de las políticas de igualdad en Europa: conciliación, violencia y desigualdad de género en la política. *Revista Española de Ciencia Política*, 14, 117-140. <https://recyt.fecyt.es/index.php/recp/article/view/37423>
- Chandler, A. (2020). Socioeconomic inequalities of suicide: Sociological and psychological intersections. *European Journal of Social Theory*, 23(1), 33-51. <https://doi.org/10.1177/1368431018804154>
- Clay, R. (2020). COVID-19 and suicide. *American Psychological Association*, 51(4). <https://www.apa.org/monitor/2020/06/covid-suicide>
- Coll, B. (2021, 21 de junio). Hemos pasado de cuatro intentos de suicidio semanales de jóvenes a más de 20. *El País*. Consultado el 23 de diciembre de 2021. <https://elpais.com/sociedad/2021-06-21/hemos-pasado-de-cuatro-intentos-de-suicidio-semanales-de-jovenes-a-mas-de-20.html>
- Comisión Europea (2001). La gobernanza europea. Un Libro Blanco. *Diario Oficial de las Comunidades Europeas*, 287, de 12-10-2001 [Comisión de las Comunidades Europeas] (Comisión, COM/2001/0428 final). <https://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2001:0428:FIN:ES:PDF>
- Comisión Europea (2005). Libro Verde. Mejorar la salud mental de la población. Hacia una estrategia de la Unión Europea en materia de salud mental. *Diario Oficial de las Comunidades Europeas*, 14-10-2005 [Comisión de las Comunidades Europeas] (COM/2005/484 final). https://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mental_gp_es.pdf
- Comisión para el Estudio y Creación de la Agencia Estatal de Evaluación de las Políticas Públicas y la Calidad de los Servicios (2004, 4 de octubre). *Informe*. Ministerio de Administraciones Públicas. http://www.aeval.es/export/sites/aeval/comun/pdf/agencia/Informe_comision_expertos_esp.pdf
- Díez López, M. Á. (2001). *La evaluación de la política regional. Propuestas para evaluar las nuevas políticas regionales*. Servicio Editorial de la UPV/EHU.
- Duarte Vega, C. (2012). Políticas públicas, un movimiento discursivo: «régimen de verdad» por demostrar. *Revista Tendencias & Retos*, 17(1), artículo 8. <https://ciencia.lasalle.edu.co/te/vol17/iss1/8/>
- Dye, T. R. (1992). *Understanding public policy*. Prentice Hall.
- Easton, D. (1965). *A systems analysis of political life*. John Wiley.
- Foucault, M. (2009). *El nacimiento de la biopolítica. Curso del Collège de France* (Obra originalmente publicada en 1979). Akal.
- García-Haro, J., García-Pascual, H., González González, M.; Barrio-Martínez, S. y Rocío García-Pascual, R. (2020). Para pensar el suicidio más allá de la enfermedad y los diagnósticos: un enfoque contextual-fenomenológico. *Norte de Salud Mental*, 14(62), 42-51.
- García Sánchez, E., Viñas, E. V. y Vanaclocha Bellver, F. J. (2005). Algunas referencias sobre metodología de la evaluación de las políticas y los servicios públicos. En J. A. Garde Roca (coord.), *La Agencia Estatal de Evaluación de la Calidad de los Servicios y de las Políticas Públicas: reflexiones y propuesta de creación. Informe Comisión de Expertos* (pp. 111-138). INAP.
- Gómez-Beneyto, M., Rodríguez Pulido, F., Caamaño Sánchez, V., Cifre Llull, A., del Río Noriega, F., Estévez Salinas, J. A., Arias García, P., Markez Alonso, I., Martínez Calvo, A., Lozano Semitiel, M. J., Redero San Román, J. M., de la Mata Ruíz, I., Sánchez Guerrero, A., Sierra Biddle, D. y Villegas Miranda, F. (2018). Evaluación del modelo comunitario de atención a los trastornos mentales en España. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 38(133), 19-43. <https://www.revistaen.es/index.php/aen/article/view/17032>
- Gofi Sarriés, A. y Zandio Zorrilla, M. (2017). El suicidio: un reto para la prevención. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 40(3), 335-338. <https://doi.org/10.23938/assn.0122>
- 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 Social e Igualdad*. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalia-t). https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2020/09/gpc_481_conducta_suicida_avaliat_resum_modif_2020_2.pdf
- Grupo de Trabajo de revisión de la Guía de Práctica Clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida 2012 (2020). *Revisión de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida (2012) del Programa de GPC en el SNS*. Agencia Gallega para la Gestión del Conocimiento en Salud (ACIS). https://www.mscbs.gob.es/profesionales/excelencia/docs/Revision_GPC_ConductaSuicidaActualizacion.pdf
- Guba, E. y Lincoln, Y. (1989). *Fourth Generation Evaluation*. Sage.
- Guilló Girard, C. I. (2018). *El sentido de ser víctima y la víctima como sentido: tecnologías de enunciación de la violencia de género* [tesis doctoral]. Universidad Complutense de Madrid. <https://eprints.ucm.es/id/eprint/51655/>
- Gutiérrez García, J. M. (1995). Breve análisis del estudio oficial del Suicidio en el Estado español. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 22(1), 25-28.
- Hajer, M. (2002). Discourse analysis and the study of policy making. *European Political Science*, 2, 61-65. <https://doi.org/10.1057/eps.2002.49>
- Hajer, M. y Laws, D. (2006). Ordering through Discourse. En R. E. Goodin, M. Moran, y M. Rein (eds.), *The Oxford Handbook of Public Policy* (pp. 251-268). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780199548453.003.0012>

- Hajer, M. y Versteeg, W. (2005). A decade of discourse analysis of environmental politics: Achievements, challenges, perspectives. *Journal of Environmental Policy & Planning*, 7(3), 175-184. <https://doi.org/10.1080/15239080500339646>
- Harguindéguy, J.-B. (2013). *Análisis de políticas públicas*. Tecnos.
- Hjelmeland, H. (2015). A Critical Look at Current Suicide Research. En J. White, I. Marsh, M. J. Kral y J. Morris (eds.), *Critical Suicidology: Transforming Suicide Research and Prevention for the 21st Century* (pp. 31-55). UBC Press.
- Jiménez, H. D. y España, M. (2013). Enfoque deliberativo para el análisis de las políticas públicas. Una perspectiva de Maarten Hajer. *FORUM. Revista Departamento de Ciencia Política*, 1(4), 95-112. <https://revistas.unal.edu.co/index.php/forum/article/view/43745>
- Linde, P. (2021, 3 de diciembre). España aprueba la primera estrategia de salud mental en 12 años. *El País*. Consultado el 23 de diciembre de 2021. <https://elpais.com/sociedad/2021-12-03/espana-aprueba-la-primer-estrategia-de-salud-mental-en-12-anos.html>
- Marsh, I. (2010). *Suicide: Foucault, History and Truth*. Cambridge University Press.
- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2011). *Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud (2009-2013)*. Centro de Publicaciones del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. <https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/saludmental/SaludMental2009-2013.pdf>
- Miret, M., Nuevo, R., Morant, C., Sainz-Cortón, E., Jiménez-Arriero, M. Á., López-Ibor, J. J.; Reneses, B., Saiz-Ruiz, J., Baca-García, E. y Ayuso-Mateos, J. L. (2010). Calidad de los informes médicos sobre personas que han intentado suicidarse. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 3(1), 13-18. [https://doi.org/10.1016/S1888-9891\(10\)70003-3](https://doi.org/10.1016/S1888-9891(10)70003-3)
- Navarro Gómez, N. (2020). El abordaje del suicidio: Revisión de las estrategias autonómicas para su intervención. *Revista Española de Salud Pública*, 94, 1-8. https://www.mscbs.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/VOL94/C_ESPECIALES/RS94C_202005036es.pdf
- Norström, T. y Grönqvist, H. (2014). The Great Recession, unemployment and suicide. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 69(2), 110-116. <http://dx.doi.org/10.1136/jech-2014-204602>
- Organización Mundial de la Salud (1969). *Preventing suicide*. WHO Press.
- Organización Mundial de la Salud (2012). *Public health action for the prevention of suicide: a framework*. WHO Press. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/75166>
- Organización Mundial de la Salud (2014). *Preventing suicide: a global imperative*. WHO Press. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241564779>
- Organización Mundial de la Salud (2016). *Practice manual for establishing and maintaining surveillance systems for suicide attempts and self-harm*. WHO Press. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/208895>
- Organización Mundial de la Salud (2018). *National suicide prevention strategies: progress, examples and indicators*. WHO Press. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/279765>
- Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud (2020, 10 de septiembre). *COVID-19 pandemic exacerbates suicide risk factors*. <https://www.paho.org/en/news/10-9-2020-covid-19-pandemic-exacerbates-suicide-risk-factors>
- Orgaz Alonso, C. y Amezaga Etxebarria, A. (2018). Cien años de suicidios en España: análisis de la construcción del dato estadístico. En A. Serrano Maíllo (ed.), *Anomía, cohesión social y moralidad. Cien años de tradición durkheimiana en criminología* (pp. 55-80). Dykinson.
- Ortí, A. (2001). En el margen del centro: la formación de la perspectiva sociológica crítica de la generación de 1956. *Revista Española de Sociología*, 1, 119-164. <https://recyt.fecyt.es/index.php/res/article/view/64703>
- Pérez Jiménez, J. C. (2011). *La mirada del suicida: el enigma y el estigma*. Plaza y Valdés.
- Rodríguez Crespo, C., Serrano Pascual, M. A. y Martínez Sordoni, L. (2020). Las éticas de la empleabilidad en el programa de Garantía Juvenil en España: una perspectiva discursiva. *Papers. Revista de Sociología*, 106(1), 31-58. <https://doi.org/10.5565/rev/papers.2797>
- Stufflebeam, D. L. y Shinkfield, A. J. (1987). *Evaluación sistemática. Guía teórica y práctica*. Paidós-MEC.
- Unión Europea y Organización Mundial de la Salud (2008). Pacto Europeo para la Salud Mental y el Bienestar. *Conferencia de alto nivel de la UE. Juntos por la Salud Mental y el Bienestar* (Bruselas, Bélgica, 12-13 de junio de 2008). https://ec.europa.eu/health/sites/default/files/mental_health/docs/mhpact_es.pdf
- Uña Suárez, O. (1985). Sociología del suicidio. Ampliaciones epistemológicas. *Revista de Psicopatología*, 5, 129-136.
- Vedung, E. (1997). *Evaluación de políticas públicas y programas*. INSS.
- Wences Simon, M. I. (2010). Cultura de la legalidad y rendición de cuentas social. En M. Villoria Mendieta y M. I. Wences Simon (coords.), *Cultura de la legalidad: instituciones, procesos y estructuras* (pp. 67-88). Los Libros de la Catarata.
- Yur'yev, A., Värnik, A., Värnik, P., Sisask, M. y Leppik, L. (2012). Role of social welfare in European suicide prevention. *International Journal of Social Welfare*, 21, 26-33. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2397.2010.00777.x>