



Plan de Prevención del Suicidio en Cantabria 2026-2029

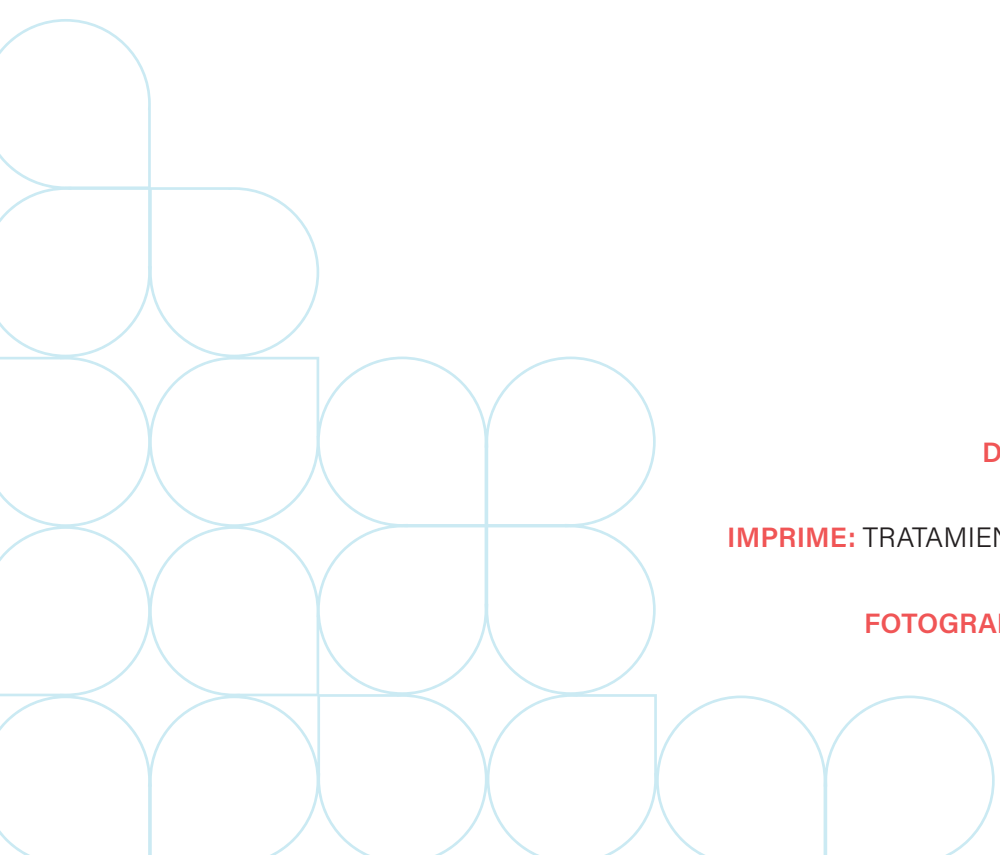
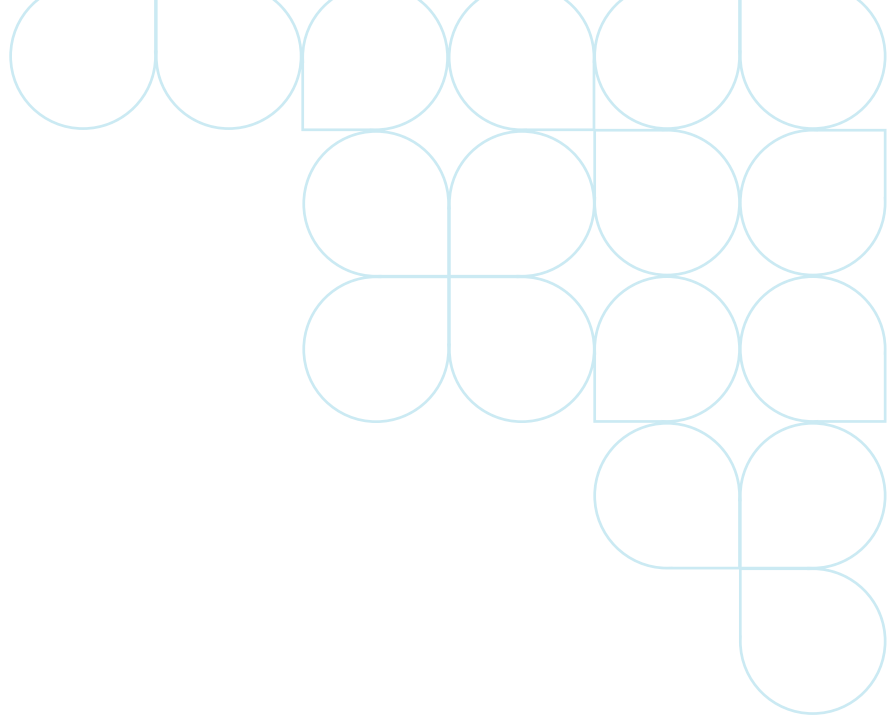


GOBIERNO
de
CANTABRIA

CONSEJERÍA DE SALUD

DIRECCIÓN GENERAL DE PLANIFICACIÓN,
ORDENACIÓN, GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO
Y SALUD DIGITAL





DEPÓSITO LEGAL: SA - 272- 2026

IMPRIME: TRATAMIENTO GRÁFICO DEL DOCUMENTO

FOTOGRAFÍAS DE MAGNIFIC Y UNSPLASH

PLAN DE PREVENCIÓN DEL SUICIDIO EN CANTABRIA 2026-2029

DIRECCIÓN GENERAL DE ORDENACIÓN, PLANIFICACIÓN,
GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO Y SALUD DIGITAL

CONSEJERÍA DE SALUD





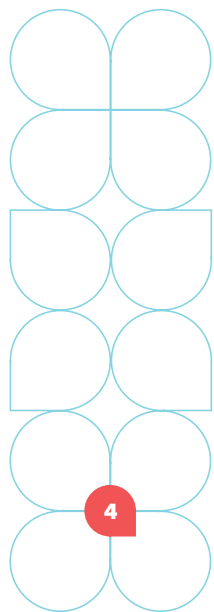
Índice

Índice

| | | |
|---|--|----|
| 0 | PRÓLOGO | 7 |
| 1 | INTRODUCCIÓN | 11 |
| 2 | EPIDEMIOLOGÍA DE LA CONDUCTA SUICIDA | 15 |
| | 2.1 LA CONDUCTA SUICIDA EN EL MUNDO | 15 |
| | 2.2 LA CONDUCTA SUICIDA EN ESPAÑA Y EN CANTABRIA | 18 |
| 3 | FACTORES ASOCIADOS A LA CONDUCTA SUICIDA | 39 |
| | 3.1 FACTORES DE RIESGO | 40 |
| | 3.1.1 Factores individuales | 41 |
| | 3.1.2 Factores precipitantes | 47 |
| | 3.1.3 Factores protectores | 49 |
| 4 | MARCO ESTRATÉGICO Y DE ATENCIÓN | 53 |
| | 4.1 MARCO ESTRATÉGICO INTERNACIONAL | 53 |
| | 4.2 MARCO ESTRATÉGICO NACIONAL | 56 |
| | 4.3 MARCO ESTRATÉGICO OTRAS CC.AA. | 58 |
| | 4.4 MARCO ESTRATÉGICO DE CANTABRIA | 69 |



| | | |
|----------|---|------------|
| 5 | ABORDAJE ACTUAL DE LA CONDUCTA SUICIDA EN CANTABRIA | 77 |
| | 5.1 ÁMBITO SANITARIO | 77 |
| | 5.2 ÁMBITO EDUCATIVO | 79 |
| | 5.3 ÁMBITO SOCIAL | 83 |
| 6 | ANÁLISIS DAFO-CAME | 87 |
| | 6.1 DAFO | 88 |
| | 6.2 CAME | 105 |
| 7 | BASES Y DESARROLLO DEL PLAN | 121 |
| | 7.1 BASES DEL PLAN: OBJETIVOS Y PRINCIPIOS INSPIRADORES | 121 |
| | 7.2 EJES ESTRATÉGICOS, LÍNEAS DE ACTUACIÓN Y ACCIONES | 122 |
| | 7.2.1 Eje 1: Prevención y sensibilización social | 123 |
| | 7.2.2 Eje 2: Detección del riesgo suicida | 127 |
| | 7.2.3 Eje 3: Intervención, atención y seguimiento de la conducta suicida .. | 130 |
| | 7.2.4 Eje 4: Posvención y apoyo a personas supervivientes y familias | 132 |
| | 7.2.5 Eje 5: Vigilancia epidemiológica, investigación y gestión de información | 134 |
| | 7.2.6 Eje 6: Formación y capacitación | 137 |
| | 7.2.7 Eje 7: Gobernanza, coordinación institucional y planificación organizativa | 140 |



| | |
|---|------------|
| 7.3 IMPLEMENTACIÓN Y MONITORIZACIÓN DEL PLAN | 142 |
| 7.3.1 Modelo de implementación | 142 |
| 7.3.2 Cronograma de implementación | 144 |
| 8 ANEXOS | 159 |
| 8.1 ANEXO A: RELACIÓN DE PARTICIPANTES | 159 |
| 8.2 ANEXO B: ACRÓNIMOS Y ABREVIATURAS | 163 |
| 8.3 ANEXO C: ÍNDICE DE ILUSTRACIONES Y GRÁFICOS | 164 |
| 8.3.1 Índice de ilustraciones | 164 |
| 8.3.2 Índice de gráficos | 165 |
| 8.4 ANEXO D: BIBLIOGRAFÍA | 167 |



00

Prólogo

Prólogo

Hay dolores que no hacen ruido. No siempre se ven. A veces conviven con nosotros durante años, detrás de una sonrisa, de una jornada laboral cumplida, de una vida que desde fuera parece normal.

El suicidio no irrumpe de repente. Casi nunca es un acto aislado. Es, con demasiada frecuencia, el último eslabón de una cadena de sufrimiento, soledad, desesperanza y silencios no escuchados.

Por eso este Plan nace desde una convicción profunda: la vida se protege mucho antes del momento crítico. Se protege cuando alguien se siente acompañado, cuando el sistema llega a tiempo, cuando pedir ayuda no es un acto de valentía extrema, sino algo natural y accesible.

Prevenir el suicidio no es solo una prioridad sanitaria, es una responsabilidad moral como sociedad.

Este Plan es el reflejo de un compromiso real del Gobierno de Cantabria con la salud mental y con las personas que atraviesan los momentos más frágiles de su vida. Un compromiso que no se expresa en discursos, sino en decisiones: reforzando los equipos de salud mental, incorporando psicólogos clínicos en Atención Primaria, mejorando infraestructuras, ampliando recursos para infancia y adolescencia y sosteniendo una red asistencial más cercana, más humana y más continua.

Pero este Plan va más allá de la asistencia. Ordena, conecta y da sentido a todas las acciones necesarias para anticiparnos al sufrimiento.



Habla de prevención, de detección precoz, de atención en crisis, de seguimiento real y de acompañamiento a las familias que quedan después de una pérdida. Habla de formación de profesionales, de coordinación entre servicios, de datos que nos permitan actuar mejor y antes. Habla, en definitiva, de no dejar a nadie solo cuando más necesita apoyo.

Porque no existe una única causa ni una única solución.

La conducta suicida es compleja, multicausal y profundamente humana. Por eso este Plan integra la mirada sanitaria, social, educativa y comunitaria, entendiendo que solo desde el trabajo conjunto se puede construir una red de protección sólida.

También parte de una verdad incuestionable: prevenir el suicidio es tarea de todos. De los servicios públicos, sí, pero también de los entornos educativos, laborales, sociales y comunitarios. Cuando cada parte asume su responsabilidad, el sistema llega antes, acompaña mejor y salva más vidas.

Cantabria cuenta con profesionales comprometidos, preparados y profundamente humanos. A quienes trabajan cada día escuchando, sosteniendo y acompañando (muchas veces en silencio) les debemos gran parte de los avances logrados. Este Plan es también fruto de su experiencia y de su entrega.

Hoy damos un paso decisivo. No para cumplir un trámite, sino para reducir el sufrimiento evitable. Para detectar antes, para cuidar mejor, para en definitiva proteger la vida con hechos.

Ese es el verdadero sentido de este Plan.

Y ese es el compromiso firme del Gobierno de Cantabria con cada persona que hoy sufre, con cada familia que acompaña y con cada vida que merece ser cuidada.



César Pascual Fernández

Consejero de Salud



01

Introducción

● Introduccion ●

El suicidio constituye un grave problema de salud pública y una prioridad sanitaria, social y comunitaria en Cantabria. Su impacto va más allá de las cifras de mortalidad, afectando profundamente a las familias, a los entornos cercanos y a la sociedad en su conjunto. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que cada año más de 700.000 personas mueren por suicidio en el mundo (en el año 2021 la tasa de mortalidad por suicidio a nivel mundial fue de 8,9/100.000 habitantes al año), siendo esta la principal causa de muerte no natural en muchos países europeos ^[1].

En Cantabria, los registros oficiales muestran un incremento sostenido de las tasas de mortalidad por suicidio durante la última década, con un repunte notable tras la pandemia de COVID-19. En 2022, la tasa ajustada alcanzó los 10,05 fallecimientos por cada 100.000 habitantes, aunque en 2023 descendió a 7,80 ^[2].

La realidad asistencial también refleja una creciente demanda de atención. Durante 2023, la línea de teléfono 024 de prevención de la conducta suicida en Cantabria atendió más de 742 llamadas procedentes de la región, consolidándose como un recurso de referencia para la detección temprana y el apoyo emocional. Este aumento en la solicitud de ayuda pone de manifiesto, por un lado, una mayor sensibilización social y, por otro, la necesidad de reforzar los circuitos de prevención, atención y seguimiento de las personas en riesgo ^[3].

El **Plan de Prevención del Suicidio en Cantabria 2026-2029** adopta un enfoque integral que combina la prevención universal, selectiva e indicada, así como la posvención dirigida a supervivientes y entornos afectados. Parte de la premisa de que la conducta suicida es un fenómeno complejo y multicausal, influido por factores individuales, sociales, económicos, culturales y ambientales. Por ello, el Plan propone un abordaje transversal que

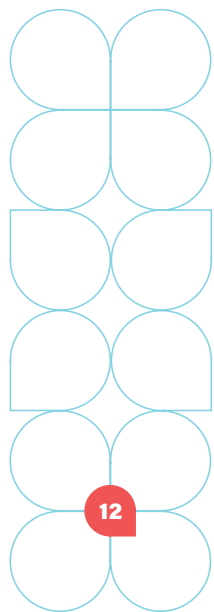


implica a los sectores sanitario, social, educativo, judicial, laboral, comunitario y policial, promoviendo la coordinación entre todos los niveles asistenciales y recursos disponibles. El Plan se articula en **7 ejes estratégicos, 21 líneas de actuación y 82 acciones** concretas, que abarcan desde la sensibilización social y la alfabetización en salud mental, hasta la atención integral, el seguimiento clínico, la reducción del estigma, la mejora de los sistemas de información y la investigación aplicada.

Entre sus principales objetivos destacan la reducción de la tasa de suicidio en Cantabria, el fortalecimiento de la detección precoz y la continuidad asistencial, así como el desarrollo de estructuras de gobernanza sólidas que garanticen la coordinación interinstitucional y la evaluación continua.

Asimismo, el Plan pone especial énfasis en la formación y capacitación de profesionales, la intervención multidisciplinar y coordinada entre los distintos ámbitos implicados, y la posvección, garantizando una atención integral, accesible y humanizada a las personas supervivientes de suicidio, su entorno y profesionales implicados.

El Plan de Prevención del Suicidio en Cantabria 2026-2029 nace, por tanto, con el objetivo de mejorar la prevención y la atención del suicidio, fomentando la colaboración y la coordinación tanto entre instituciones en ámbitos como la educación y los servicios sociales, como con otros agentes, como los medios de comunicación, las asociaciones de personas afectadas y su entorno y la sociedad en general. Solo a través de la cooperación, la sensibilización y la acción coordinada será posible reducir la incidencia de la conducta suicida y avanzar hacia una comunidad más consciente.







02

Epidemiología de la conduca suicida

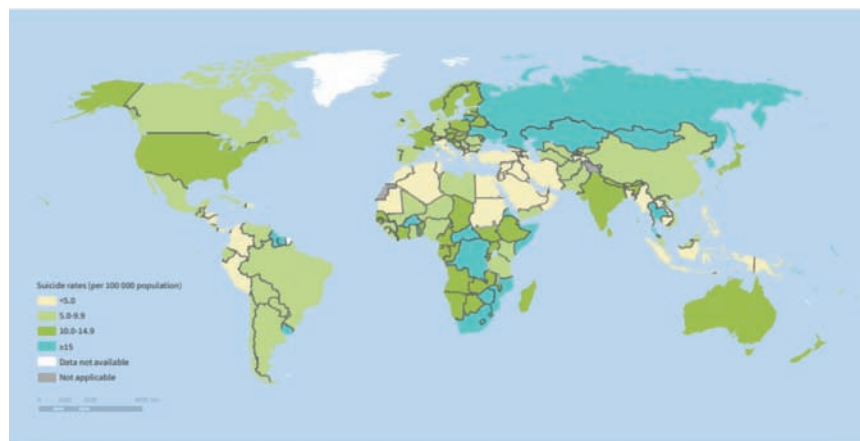
Epidemiología de la conducta suicida

2.1 LA CONDUCTA SUICIDA EN EL MUNDO

La OMS estimó que, en 2021, 727.000 personas murieron por suicidio a nivel mundial. El suicidio se ubicó entre las principales causas de muerte a escala global, representando más de 1 de cada 100 muertes ese año (1,1% del total) ^[1].

En el grupo etario de 15 a 29 años, el suicidio fue la tercera causa principal de fallecimiento, la segunda entre las mujeres y la tercera entre los hombres. Asimismo, más de la mitad de los suicidios (56%) ocurrieron en personas menores de 50 años, y la gran mayoría (73%) tuvieron lugar en países de ingresos bajos y medianos.

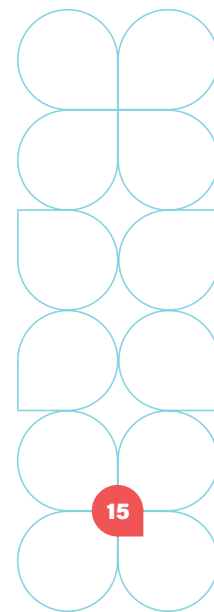
La tasa mundial de suicidio ajustada por edad fue de 8,9 por cada 100.000 habitantes en 2021. Esta cifra varió ampliamente entre países, desde menos de 1 muerte por suicidio por cada 100.000 personas hasta casi 40 por cada 100.000 (Ilustración 1).



Fuente: WHO (OMS). Global Health estimates in Suicide worldwide in 2021.

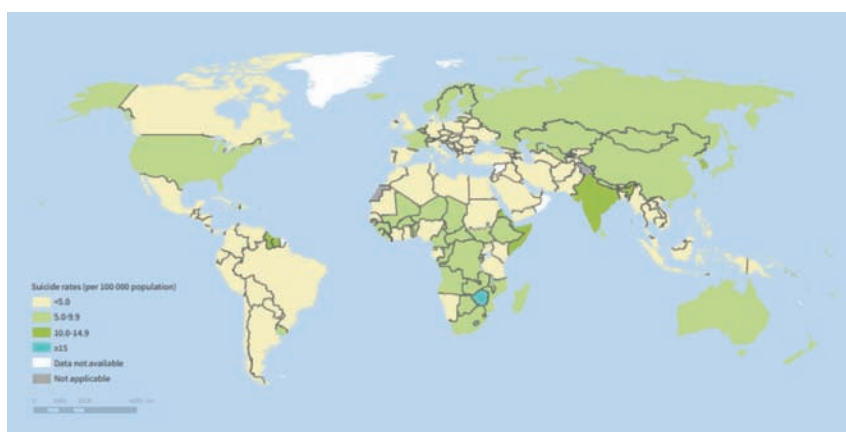
1

Tasas de suicidio ajustadas por edad en ambos sexos (por cada 100.000 habitantes), 2021.





Por sexo, la tasa fue notablemente más alta en los hombres (12,3 por cada 100.000) en comparación con las mujeres (5,6 por cada 100.000). En algunos países, las tasas de suicidio entre mujeres alcanzaron hasta 20,3 por cada 100.000, mientras que en los hombres superaron los 50,0 por cada 100.000 (Ilustración 2, Ilustración 3) [1].



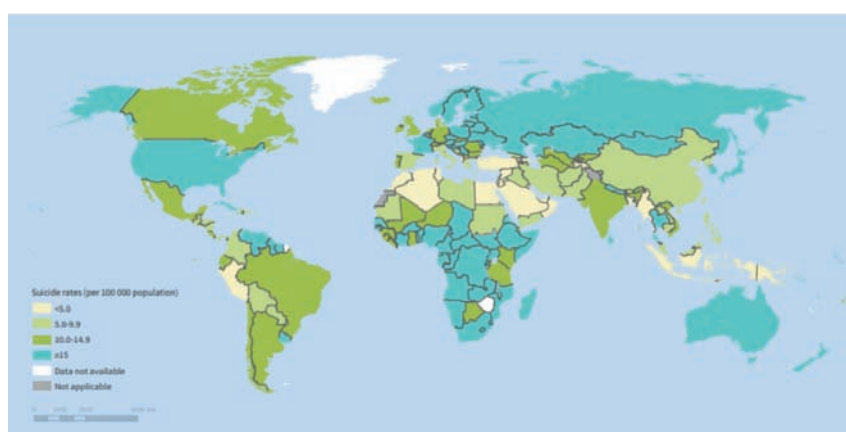
2

Tasa de suicidio ajustada por edad en mujeres (por cada 100.000 habitantes), 2021.

Fuente: WHO (OMS). Global Health estimates in Suicide worldwide in 2021.

3

Tasas de suicidio ajustadas por edad en hombres (por cada 100.000 habitantes), 2021.



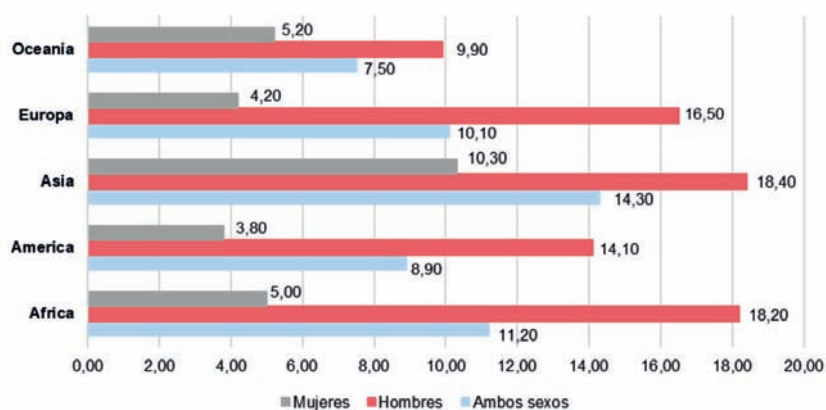
Fuente: WHO (OMS). Global Health estimates in Suicide worldwide in 2021.

A nivel mundial, la tasa de suicidio ajustada por edad fue 2,2 veces mayor en los hombres que en las mujeres [1].

En 2021 se observaron diferencias significativas en las tasas de suicidio estandarizadas por edad entre las regiones de la OMS (Gráfico 1)^[1].

Las tasas más elevadas respecto al promedio mundial de 10,40 por cada 100.000 habitantes se registraron en la Región de África (11,20 por cada 100.000), la Región de Europa (10,10 por cada 100.000), la Región de Asia (14,30 por cada 100.000) y la Región de las Américas (8,90 por cada 100.000). La tasa más baja correspondió a la Región de Oceanía, con 7,50 por cada 100.000 habitantes en 2021.

En cuanto a las diferencias por sexo, la Región de Asia presentó una tasa de suicidio estandarizada por edad en mujeres (10,30 por cada 100.000) considerablemente superior al promedio mundial femenino (5,70 por cada 100.000). En el caso de los hombres, las tasas más altas se registraron en la Región de África (18,20 por cada 100.000), la Región de Asia (18,40 por cada 100.000) y la Región de Europa (16,50 por cada 100.000), todas superiores al promedio mundial masculino de 15,40 por cada 100.000.



Fuente: WHO (OMS). Global Health estimates in Suicide worldwide in 2021.

1

Tasas de suicidio estandarizadas por edad (por cada 100.000 habitantes) por región: Oceanía, Europa, Asia, América y África, 2021.



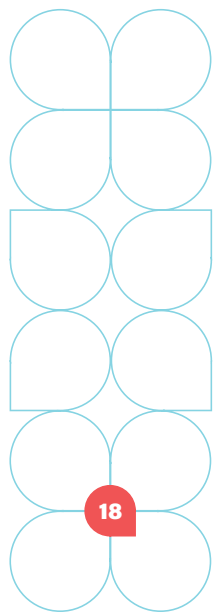
2.2 LA CONDUCTA SUICIDA EN ESPAÑA Y EN CANTABRIA

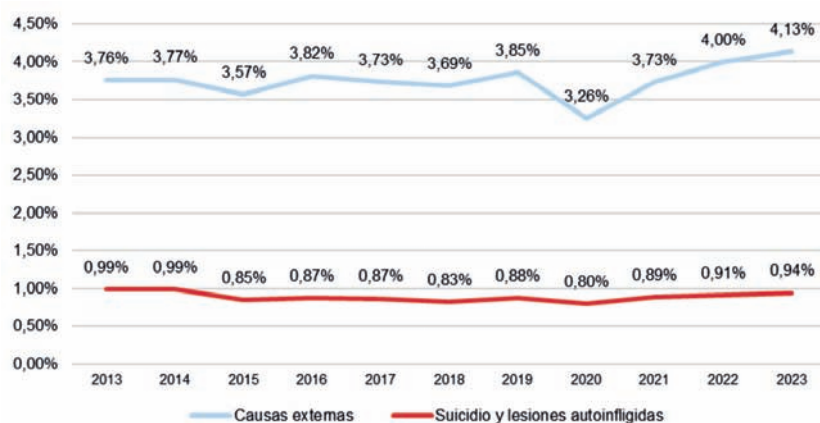
España

En las últimas décadas, según la estadística de **defunciones según causa de muerte** del Instituto Nacional de Estadística (INE), **la mortalidad por causas externas** (accidentes, caídas, agresiones, suicidios, homicidios, etc.) ha disminuido en términos relativos respecto al total de fallecimientos.

No obstante, en España, el **número absoluto de muertes por causas externas** ha aumentado en los últimos 10 años, pasando de 14.678 casos en 2013 a 18.033 en 2023, lo que supone un incremento del 3,76% al 4,13% del total de fallecimientos en ese período (Gráfico 2) ^[4].

En cuanto a los suicidios, también se observa un aumento en el número de casos, 3.870 en 2013 frente a 4.116 en 2023. Sin embargo, el porcentaje de suicidios sobre el total de fallecimientos disminuye ligeramente, pasando del 0,99% en 2013 a 0,94% en 2023. Esto ocurre porque, aunque el número absoluto de suicidios ha aumentado, el total de fallecimientos por todas las causas ha crecido a un ritmo mayor, lo que hace que los suicidios representen una proporción ligeramente menor del total.





2

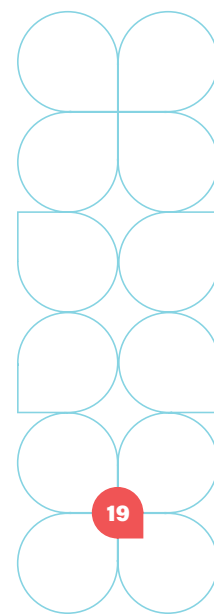
Evolución del impacto de las causas externas de mortalidad y del suicidio sobre el total de fallecimientos en España, 2013-2023.

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del INE.

Nota: En 2013, el INE mejoró la metodología de la estadística de defunciones según causa de muerte, permitiendo asignar con mayor precisión la causa en fallecimientos con intervención judicial. Así, muertes antes clasificadas como “causas mal definidas” fueron reasignadas a causas externas específicas.

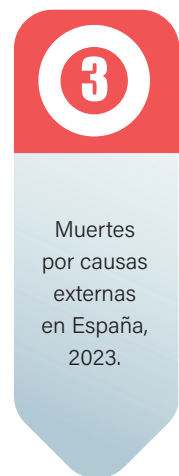
En 2023 las **defunciones por causas externas registradas en España** ascendieron a un total de 18.033. La principal causa fueron las caídas accidentales, con 4.158 casos, lo que representó el 23,10% del total. Muy de cerca se situaron los suicidios y lesiones autoinfligidas, con 4.116 casos (22,8%), seguidos de los ahogamientos, sumersión y sofocación accidentales, que sumaron 3.692 casos (20,5%). A continuación, se registraron otros accidentes, con 1.845 casos (10,5%), y los accidentes de tráfico, con 1.827 casos (10,2%) (Gráfico 3) ^[4].

Es importante tener en cuenta que, dentro de la categoría “otras causas externas accidentales”, que incluye ahogamientos, envenenamientos, caídas u otros accidentes, podrían





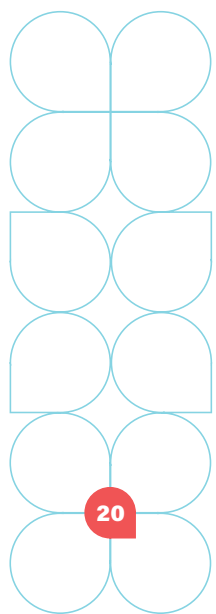
haberse incluido muertes por suicidio que, por distintos motivos, no se asignaron específicamente a esta causa.



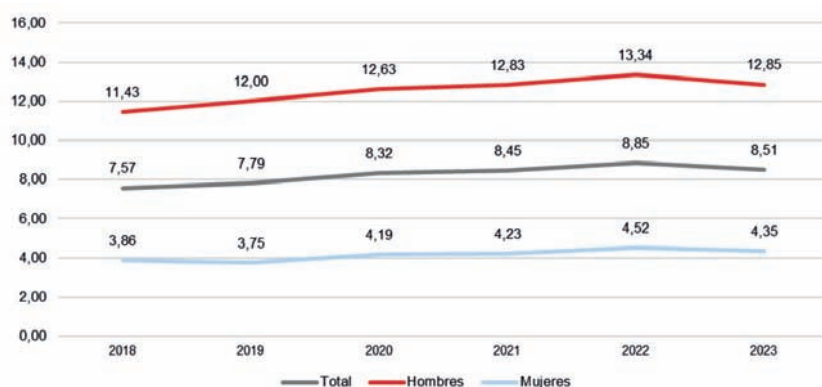
Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del INE.

La **evolución de las tasas ajustadas de mortalidad por suicidio** en los últimos años muestra un ligero aumento a partir de 2020, alcanzando su máximo en 2022 con una tasa de 13,34 por 100.000 habitantes. Este incremento se ha visto influido significativamente por la pandemia de COVID-19. Posteriormente, la tasa comenzó a disminuir, situándose en 12,85 en 2023, estabilizándose hacia los valores previos a la pandemia y retomando la tendencia evolutiva observada en años anteriores (Gráfico 4) ^[2].

Al analizar por sexo, se observa un patrón similar. En los hombres, la tasa ajustada de mortalidad por suicidio era de 7,57 en 2018, experimentó un ligero aumento hasta alcanzar su pico en 2022 con 8,85, y descendió a 8,51 en 2023. En las mujeres, la tasa pasó de 3,86 en 2018 a 4,52 en 2022, iniciando un descenso a 4,35 en 2023.



En este contexto, se muestra que, aunque las tendencias son similares para ambos sexos, las tasas de mortalidad por suicidio en los hombres se mantienen significativamente más elevadas que en las mujeres a lo largo de los últimos años.



4

Tasas ajustadas de mortalidad por suicidio en España (por 100.000 habitantes), 2018-2023.

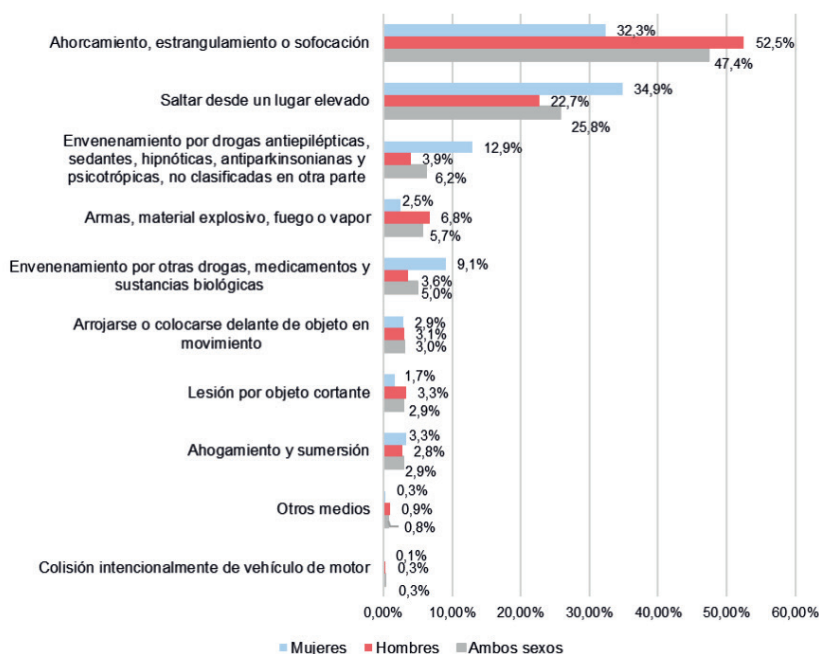
Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del INE.

En relación con los **medios utilizados para consumir el suicidio a nivel nacional** en 2023, el ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación constituye el método más frecuente, representando casi la mitad de los casos (47,4%). Le siguen el salto desde un lugar elevado con un 25,8%, y el envenenamiento por fármacos, principalmente antiepilépticos, sedantes, hipnóticos, antiparkinsonianos y psicotrópicos, con un 6,2% del total (Gráfico 5) [5].

El análisis por sexo muestra diferencias significativas en la elección del método. Los hombres presentan una mayor propensión al ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación (52,2%), mientras que, en las mujeres, este método representa el 32,3%, es decir, 15,1 puntos porcentuales (p.p) menos que el valor global. En contraposición, las mujeres muestran una mayor proporción de suicidios por precipitación desde altura (34,9%), lo



que supone un incremento de 9,1 p.p respecto al valor global, frente al 22,7% registrado en los hombres. Además, el envenenamiento por fármacos es considerablemente más frecuente en mujeres (12,9%) que en hombres (3,9%).



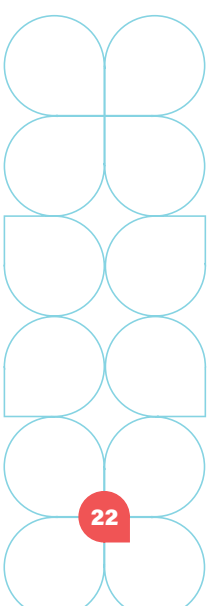
5

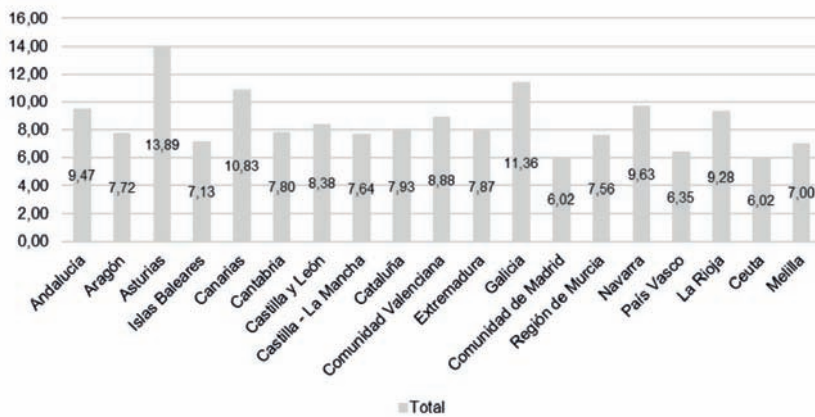
Métodos de suicidio empleados en España, por sexo. 2023.

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del INE.

En el análisis comparativo de las **tasas ajustadas de mortalidad por suicidio en las diferentes comunidades autónomas (CC.AA.)**, se observa que Cantabria presenta una tasa ajustada de mortalidad por suicidio de 7,80 por cada 100.000 habitantes, ligeramente inferior a la media nacional de 8,50 (Gráfico 6) ^[6].

Las tasas más elevadas de suicidio se registran en comunidades como Asturias (13,89) y Galicia (11,36), mientras que las tasas más bajas se encuentran en la Comunidad de Madrid (6,0), Ceuta (6,02) y el País Vasco (6,35).





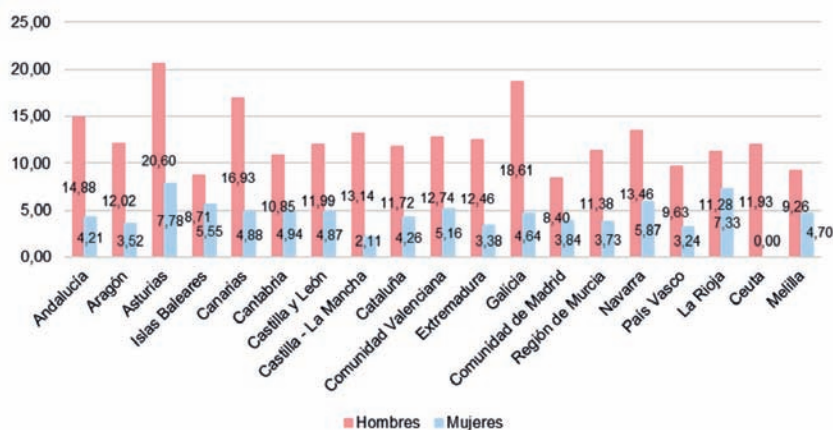
6

Tasas ajustadas de mortalidad por suicidio en según CCAA por 100.000 habitantes, 2023.

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del INE.

Existen también diferencias notorias por sexo en las tasas ajustadas de mortalidad por suicidio, tanto a nivel nacional como por comunidades autónomas. En todos los casos, los hombres presentan una tasa ajustada de mortalidad por suicidio superior a la de las mujeres. A nivel nacional en 2023, la tasa ajustada de mortalidad para los hombres fue de 12,85, casi cuatro veces mayor que la de las mujeres, que fue de 4,35. En el caso de Cantabria, aunque la diferencia no es tan pronunciada, sigue siendo significativa, la tasa para los hombres fue de 10,85, mientras que para las mujeres fue de 4,94, aproximadamente la mitad (Gráfico 7).

Comunidades como Asturias muestran una disparidad aún mayor, con una tasa de 20,60 para los hombres frente a 7,78 para las mujeres. En Galicia, la tasa ajustada de mortalidad por suicidio para los hombres fue de 18,61, mientras que para las mujeres fue de 4,64.



7

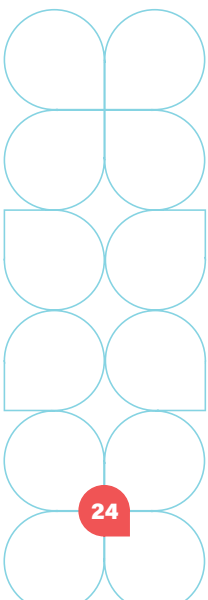
Tasas ajustadas de mortalidad por suicidio según CCAA por 100.000 habitantes y por sexo, 2023.

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del INE.

Cantabria

En la última década, la **mortalidad por causas externas (accidentes, caídas, agresiones, suicidio, entre otras)** ha experimentado una disminución en relación con el total de fallecimientos en Cantabria. En 2013, se registraron 293 casos, lo que representaba el 5,23% del total de muertes, mientras que en 2023 la cifra descendió a 252 casos, lo que equivale al 4,18% del total de fallecimientos (Gráfico 8) ^[7].

En cuanto a la **mortalidad por suicidio**, durante el período de 2013 a 2023, el número de muertes ha fluctuado. En 2013 se registraron 36 casos, lo que representaba el 0,57% del total de fallecimientos, cifra que se mantuvo estable con pequeñas variaciones, oscilando entre 5 muertes más o menos cada año. Sin embargo, a partir de 2020, se observa un aumento considerable, alcanzando 46 casos en ese año (0,71% de las muertes) y 48 casos en 2021 (0,79%). El mayor aumento de los últimos diez años se registró en 2022,



con 59 casos, representando el 0,87% del total de muertes, lo que refleja un repunte significativo.

Este incremento puede estar relacionado con los efectos de la pandemia de la COVID-19, crisis económicas, cambios demográficos, variabilidad en los sistemas de registro, entre otros. Este aumento en las muertes por suicidio en 2022 contrasta con las cifras más estables de los años previos.

A partir de 2023, se observa una reducción en el número de suicidios, con 46 casos registrados, lo que indica una posible tendencia a la estabilización de los valores en cifras similares a las observadas en los primeros años del período analizado.



8

Evolución del impacto de las causas externas de mortalidad y del suicidio sobre el total de fallecimientos en Cantabria, 2013-2023.

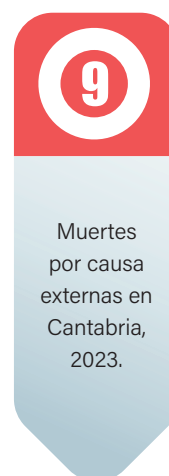
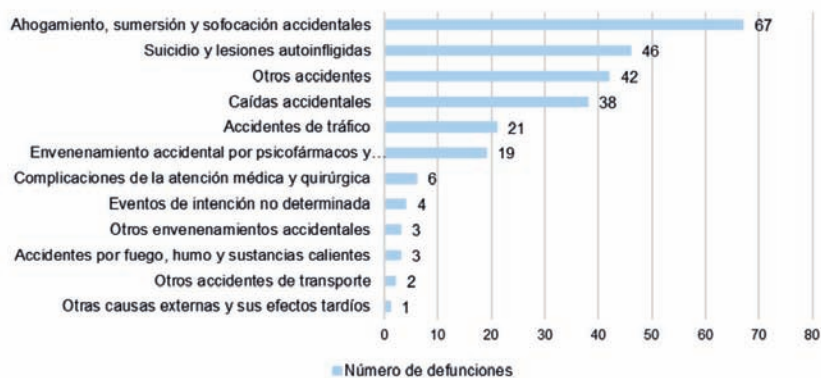
Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del INE.

Nota: En 2013, el INE mejoró la metodología de la estadística de defunciones según causa de muerte, permitiendo asignar con mayor precisión la causa en fallecimientos con intervención judicial. Así, muertes antes clasificadas como "causas mal definidas" fueron reasignadas a causas externas específicas.



En 2023 los **fallecimientos por causas externas registrados en Cantabria** ascendieron a un total de 252, lo que representó aproximadamente el 4,2% del total de defunciones en la región. La principal causa fue el ahogamiento, sumersión y sofocación accidental, que ocasionó 67 muertes (26,6%). A continuación, se situaron los suicidios y lesiones autoinfligidas, con 46 defunciones (18,3%), seguidos de otros accidentes, que sumaron 42 muertes (16,7%), y las caídas accidentales, con 38 fallecimientos (15,1%) (Gráfico 9)^[7].

Estos datos ponen de manifiesto las principales causas de mortalidad por accidentes y suicidio en la región.



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del INE.

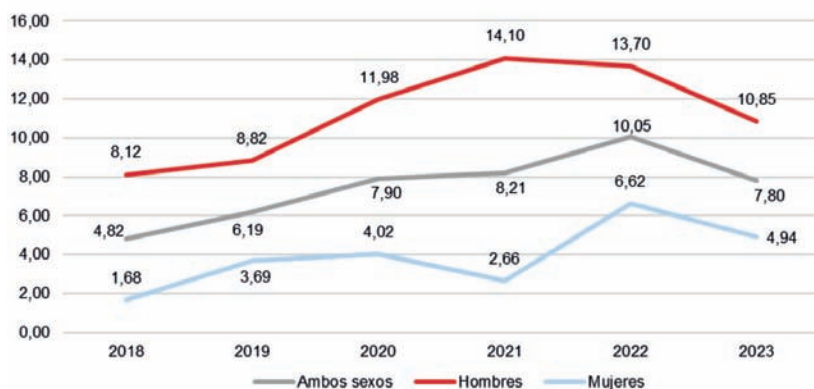
En los últimos años, la **tasa ajustada de mortalidad por suicidio en Cantabria** en 2018 era de 4,82 un valor relativamente bajo. Sin embargo, en los años siguientes, la tasa comenzó a aumentar gradualmente. En 2019, la cifra ascendió a 6,19, y para 2020, con la irrupción de la pandemia, se observó un incremento notable, alcanzando 7,90. Este aumento en 2020 podría estar relacionado con los efectos psicológicos y sociales deri-

vados del confinamiento, la incertidumbre sanitaria y económica, y la afectación generalizada de la salud mental durante la crisis de la COVID-19 (Gráfico 10) ^[2].

Este ascenso continuó en 2021, con una tasa de 8,21, y alcanzó su punto más alto en 2022, con 10,05. Sin embargo, en 2023, la tasa ajustada de mortalidad por suicidio en Cantabria descendió a 7,80, lo que indica que la región podría estar comenzando a recuperar sus valores previos a la pandemia, acercándose nuevamente a los niveles más bajos observados en 2019. Este descenso sugiere una posible estabilización, ya que la tasa se ha ajustado a un nivel más cercano a las cifras de 2018 y 2019.

En cuanto al desglose por sexos, la tendencia es también notable. Los hombres han presentado una tasa considerablemente más alta que las mujeres durante todo el período analizado. En 2023, la tasa ajustada de suicidio para los hombres fue de 10,85, mientras que para las mujeres fue de 4,94. A lo largo de los años, se ha mantenido una diferencia clara entre ambos géneros, con los hombres mostrando tasas significativamente más altas, aunque la tasa de suicidio en mujeres experimentó un aumento marcado en 2022 (6,62), lo que sugiere un incremento en la vulnerabilidad psicológica de las mujeres, especialmente en el contexto post-pandemia ^[2].

En resumen, la tasa ajustada de mortalidad por suicidio en Cantabria ha experimentado un aumento significativo a partir de 2020, alcanzando su pico en 2022, influido en gran medida por los efectos de la COVID-19. No obstante, en 2023, se observa un descenso que sugiere una posible recuperación y estabilización, lo que implica que las tasas de suicidio podrían volver a los niveles previos a la pandemia.



10

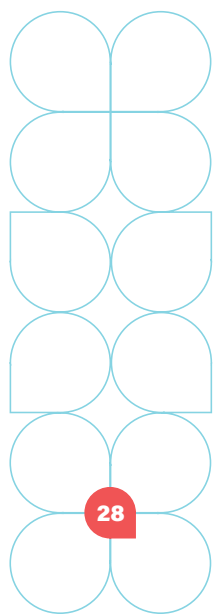
Tasas ajustadas de mortalidad por suicidio en Cantabria por 100.000 habitantes, 2018-2023.

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del INE.

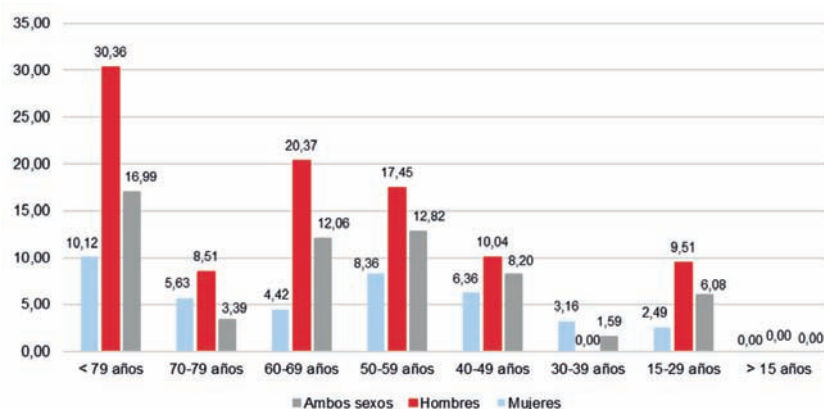
La comparación de las **tasas brutas de suicidio por rango de edad y sexo en Cantabria** revela que, en el caso de los hombres, el riesgo de suicidio aumenta de manera significativa a partir de los 79 años, con una tasa de 30,36 por cada 100.000 habitantes en este grupo de edad. También se observa un riesgo elevado en el tramo de edad de 60 a 69 años, con una tasa de 20,27, aunque inferior a la de los mayores de 79 años (Gráfico 11) [2].

Por otro lado, aunque las tasas de suicidio en los tramos de edad más jóvenes son menores, destaca la tasa de suicidio en hombres de 15 a 29 años, que alcanza 9,51, una cifra relevante en este grupo.

En cuanto a las mujeres, la tasa bruta de suicidio no muestra variaciones tan marcadas como en los hombres, presentando valores más estables. El grupo de mujeres de 79 años o más tiene la tasa más alta, con 10,12, seguido por el tramo de 50 a 59 años, con una tasa de 8,36.



En el caso de las mujeres jóvenes, también se observa la tasa más baja en el tramo de 15 a 29 años, aunque, a pesar de ello, existen casos de suicidio, con una tasa de 2,49 en este grupo de edad.

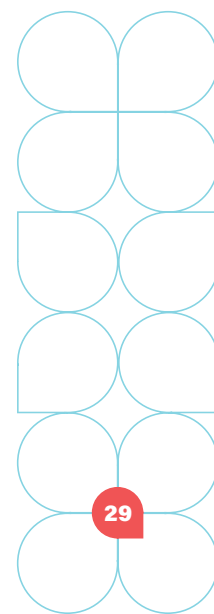


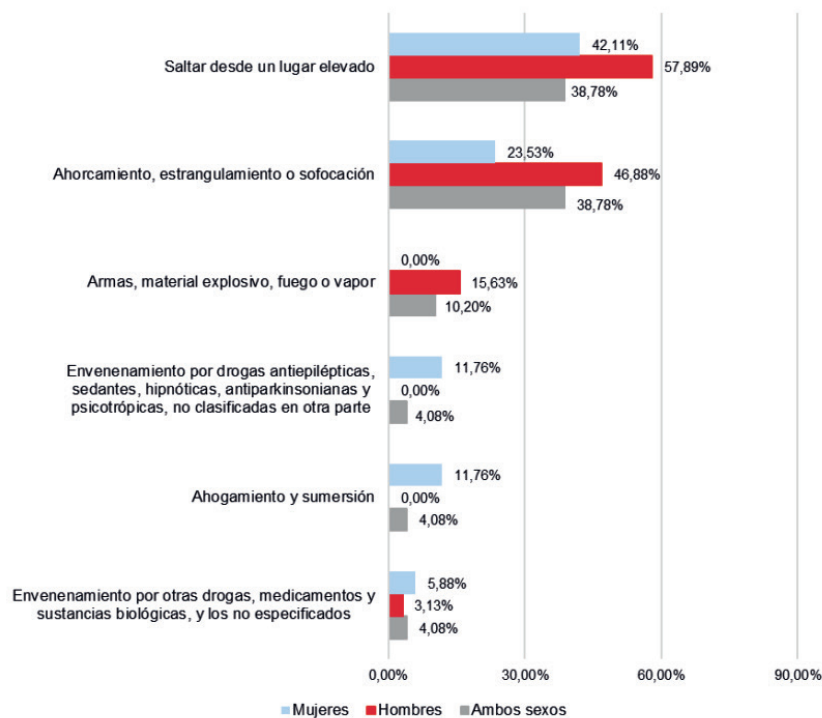
11

Tasas brutas de suicidios por tramos de edad y sexos por 100.000 habitantes en Cantabria, 2023.

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del INE.

En Cantabria, los **métodos más utilizados para llevar a cabo los suicidios** en 2023 fueron el salto desde un lugar elevado y el ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación ambos con 19 casos, representando un 38,78% de los 49 suicidios totales registrados durante ese año. De manera agregada, estos métodos constituyen casi el 80% de los casos. A continuación, se encuentran los suicidios mediante armas, material explosivo, fuego o vapor, con 5 casos (10,20%) (Gráfico 12) ^[8].





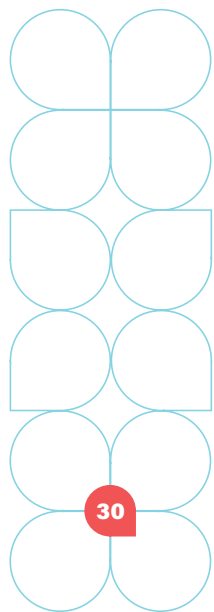
12
Métodos de suicidio empleados en Cantabria, por sexo, 2023.

Epidemiología de la conducta suicida

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del INE.

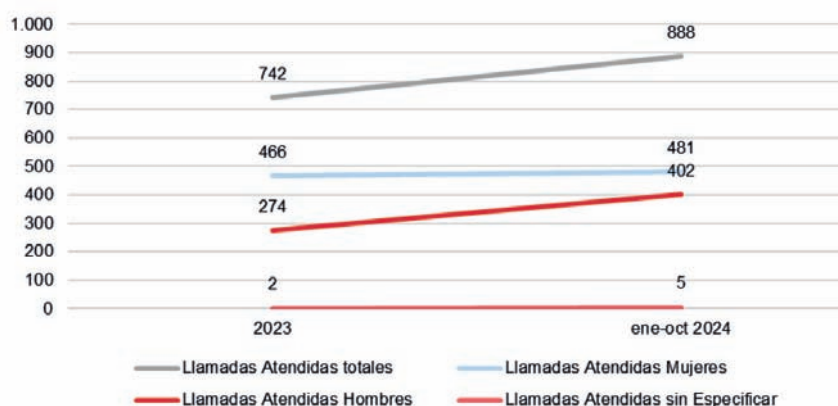
En relación con las **llamadas al teléfono 024 de prevención de la conducta suicida** en Cantabria, se observa un incremento significativo en el número de intervenciones atendidas por este motivo entre 2023 y octubre de 2024, pasando de 742 a 888 llamadas (Gráfico 13) ^[3].

El volumen de llamadas realizadas por mujeres se mantiene relativamente estable en ambos periodos (466 en 2023 y 481 hasta octubre de 2024). En contraste, se registra un notable aumento en las llamadas efectuadas por hombres, que pasan de 274 en 2023 a 402 en los diez primeros meses de 2024. A pesar de no disponer aún del dato total anual, la tendencia apunta claramente a un crecimiento sostenido.



Por su parte, las llamadas en las que no se especifica el género también muestran un leve incremento, pasando de 2 en 2023 a 5 en el periodo analizado de 2024.

Se observa un incremento significativo lo que permite anticipar una evolución ascendente en la demanda de atención telefónica relacionada con la conducta suicida, lo que subraya la importancia de seguir reforzando los recursos de intervención temprana y acompañamiento emocional. No obstante, la mayor difusión del recurso, las campañas institucionales, la creciente confianza ciudadana o posibles duplicidades en los registros pueden explicar parte de este crecimiento.

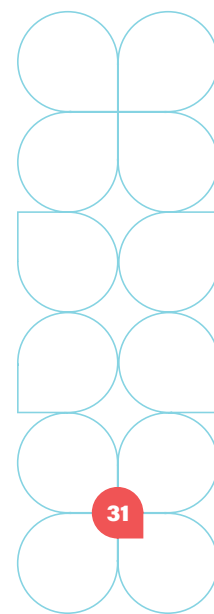


13

Llamadas a la línea de teléfono 024 de prevención de la conducta suicida en Cantabria, 2023-oct 2024.

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del Ministerio de Sanidad.

En relación con los **niveles de riesgo asociados a las llamadas atendidas por el teléfono 024** en Cantabria, los datos reflejan un incremento especialmente destacado en las comunicaciones clasificadas como de riesgo medio-alto, que pasan de 143 casos en 2023 a 310 hasta octubre de 2024, lo que representa un aumento superior al 50% (Gráfico 14) ^[3].

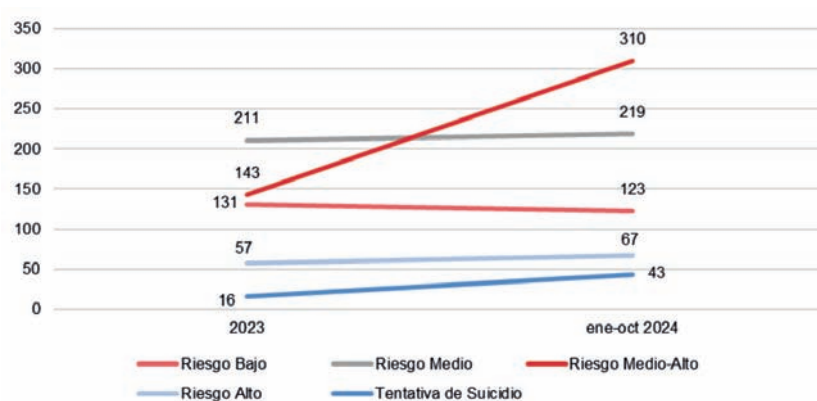




Asimismo, se observa un crecimiento relevante en las llamadas relacionadas con tentativas de suicidio, que ascienden de 16 en 2023 a 43 en el periodo analizado de 2024, lo que supone un incremento del 63%.

Por otro lado, las llamadas de riesgo medio y alto también experimentan una ligera tendencia al alza, aunque con una variación menos pronunciada en comparación con las categorías anteriormente mencionadas.

En contraste, las llamadas clasificadas como de riesgo bajo presentan un leve descenso, pasando de 131 en 2023 a 123 hasta octubre de 2024.

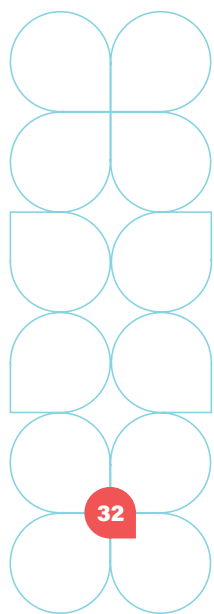


14

Nivel de riesgo de las llamadas a la línea de teléfono 024 de prevención de la conducta suicida en Cantabria, 2023-oct 2024.

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del Ministerio de Sanidad.

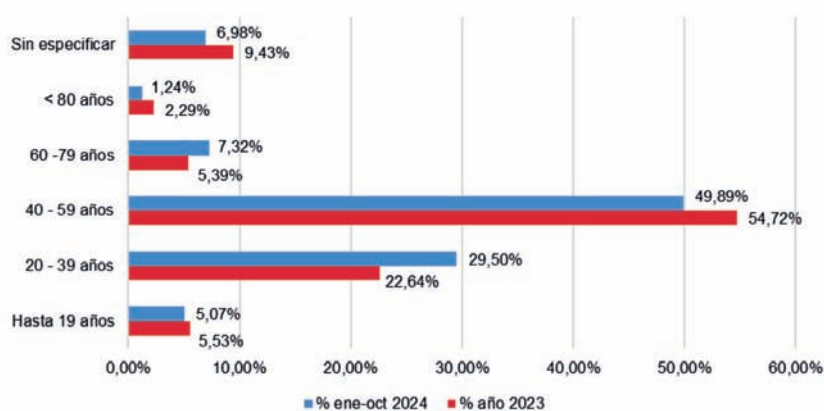
En cuanto a la **distribución por edad de las personas que contactaron con el teléfono 024** en Cantabria, los datos correspondientes al año 2023 muestran que el 54,72% de las 742 llamadas registradas fueron realizadas por personas de entre 40 y 59 años, seguidas por el grupo de edad entre 20 y 29 años, que concentró el 22,64% del total (Gráfico 15) ^[3].



Durante el periodo comprendido entre enero y octubre de 2024, se mantiene la misma tendencia, siendo el grupo de 40 a 59 años el que registra el mayor volumen de llamadas, con un 49,89%. Por su parte, el grupo de edad entre 20 y 39 años muestra un incremento significativo, alcanzando el 29,50% de las llamadas (6,86 p.p más que en 2023).

En relación con las personas menores de 20 años, los datos muestran una ligera variación: en 2023, este grupo representaba el 5,53% del total de llamadas, mientras que en los diez primeros meses de 2024 alcanza el 5,07%. A pesar de ser una proporción similar, la evolución sugiere que podría superarse el porcentaje registrado el año anterior al cierre del ejercicio.

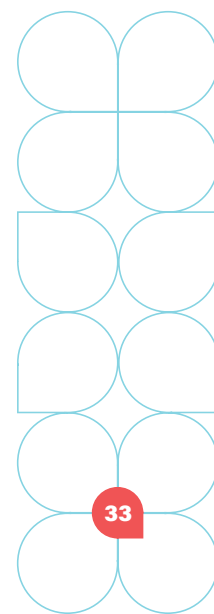
Los porcentajes más bajos corresponden a los grupos de mayor edad. Las personas de entre 60 y 79 años representaron el 5,39% de las llamadas en 2023, aumentando hasta el 7,32% entre enero y octubre de 2024. En cambio, las personas mayores de 80 años registraron una disminución, pasando del 2,29% en 2023 al 1,24% en los primeros diez meses de 2024.



15

Llamadas al teléfono 024 de prevención de la conducta suicida por edad en Cantabria, 2023-oct 2024.

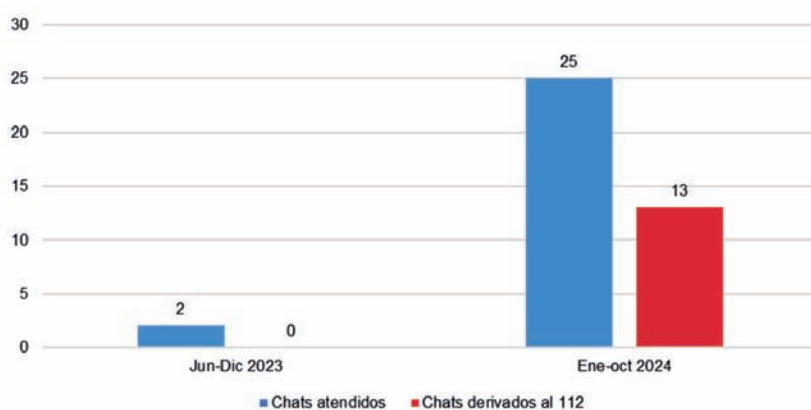
Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del Ministerio de Sanidad.





En relación con la **atención a través del canal de chat online del servicio 024** en Cantabria, durante el periodo comprendido entre junio y diciembre de 2023 se registraron únicamente 2 intervenciones por esta vía. Sin embargo, entre enero y octubre de 2024, el número de chats atendidos aumentó significativamente hasta alcanzar un total de 25, lo que indica una creciente utilización de esta modalidad de contacto (Gráfico 16) ^[9].

Por otro lado, en cuanto a las derivaciones al servicio de emergencias 112 a través del canal de chat, no se registraron casos durante 2023. En cambio, en los diez primeros meses de 2024 se contabilizaron 13 derivaciones, lo que pone de manifiesto una mayor capacidad de detección e intervención ante situaciones de riesgo elevado mediante este recurso digital.

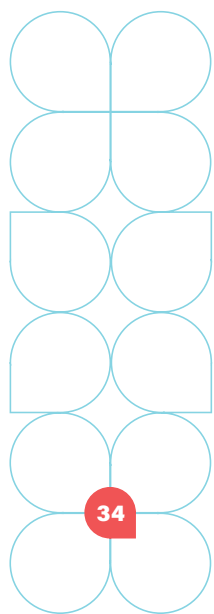


16

Chats en línea atendidos y derivados al 112 en Cantabria, junio - diciembre 2023 y enero - octubre 2024.

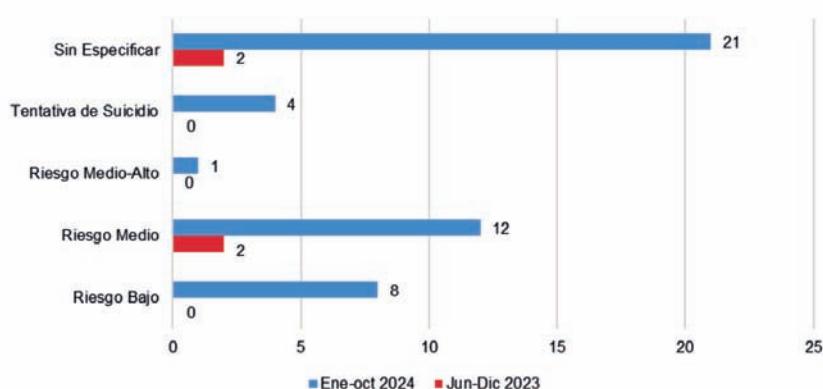
Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del Ministerio de Sanidad.

En cuanto a los **niveles de riesgo asociados a los chats online atendidos y derivados al 112** en Cantabria, se observa un aumento significativo en las intervenciones de riesgo medio. Mientras que en el periodo de junio a diciembre de 2023 se registraron solo 2 casos, entre enero y octubre de 2024 este número aumentó a 12 (Gráfico 17) ^[9].



Respecto a los niveles de riesgo bajo y medio-alto, no se registraron casos durante 2023, pero en 2024 se contabilizaron 8 intervenciones de riesgo bajo y 1 de riesgo medio-alto, lo que refleja una mayor identificación de situaciones de riesgo en este canal de atención. Además, se registraron 4 tentativas de suicidio a través del chat durante el mismo periodo.

Por último, las llamadas en las que no se especificó el nivel de riesgo experimentaron un aumento considerable, pasando de 2 casos entre junio y diciembre de 2023 a 21 casos en los diez primeros meses de 2024.

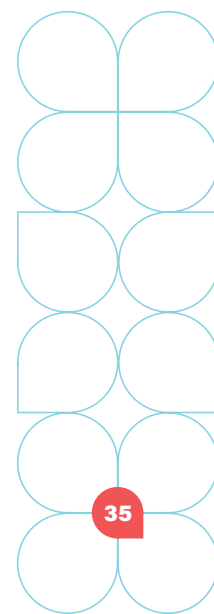


17

Nivel de riesgo de los chats en línea atendidos y derivados al 112 en Cantabria, junio-diciembre 2023 y enero-octubre 2024.

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del Ministerio de Sanidad.

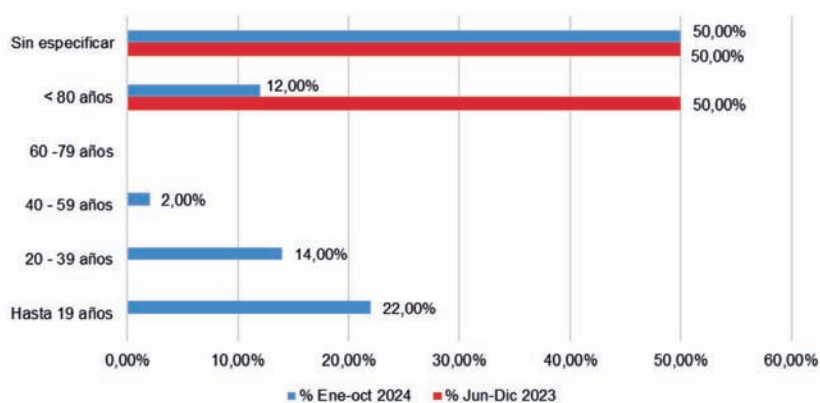
Durante el período comprendido entre junio y diciembre de 2023, no se registraron atenciones en los chats online para los grupos etarios de hasta 19 años, entre 20 y 39 años, ni entre 40 y 59 años. No obstante, en los primeros diez meses de 2024, se ha evidenciado un cambio significativo en esta tendencia. Particularmente, se ha observado un aumento en la participación de personas jóvenes de hasta 19 años, quienes representaron el 22% del total de 38 casos atendidos y derivados al 112. El grupo de 20 a 39 años representó el 14% de los casos, mientras que el grupo de 40 a 59 años apenas alcanzó el 2 % (Gráfico 18)^[9].





En contraste, el grupo de personas mayores de 80 años, que había concentrado el 50% de los registros en 2023, ha reducido su participación al 12% en el período analizado de 2024.

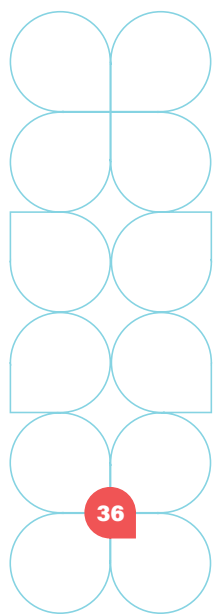
Por otro lado, los chats online sin especificación de rango etario han mantenido una proporción constante, representando el 50% del total tanto en 2023 como en 2024.



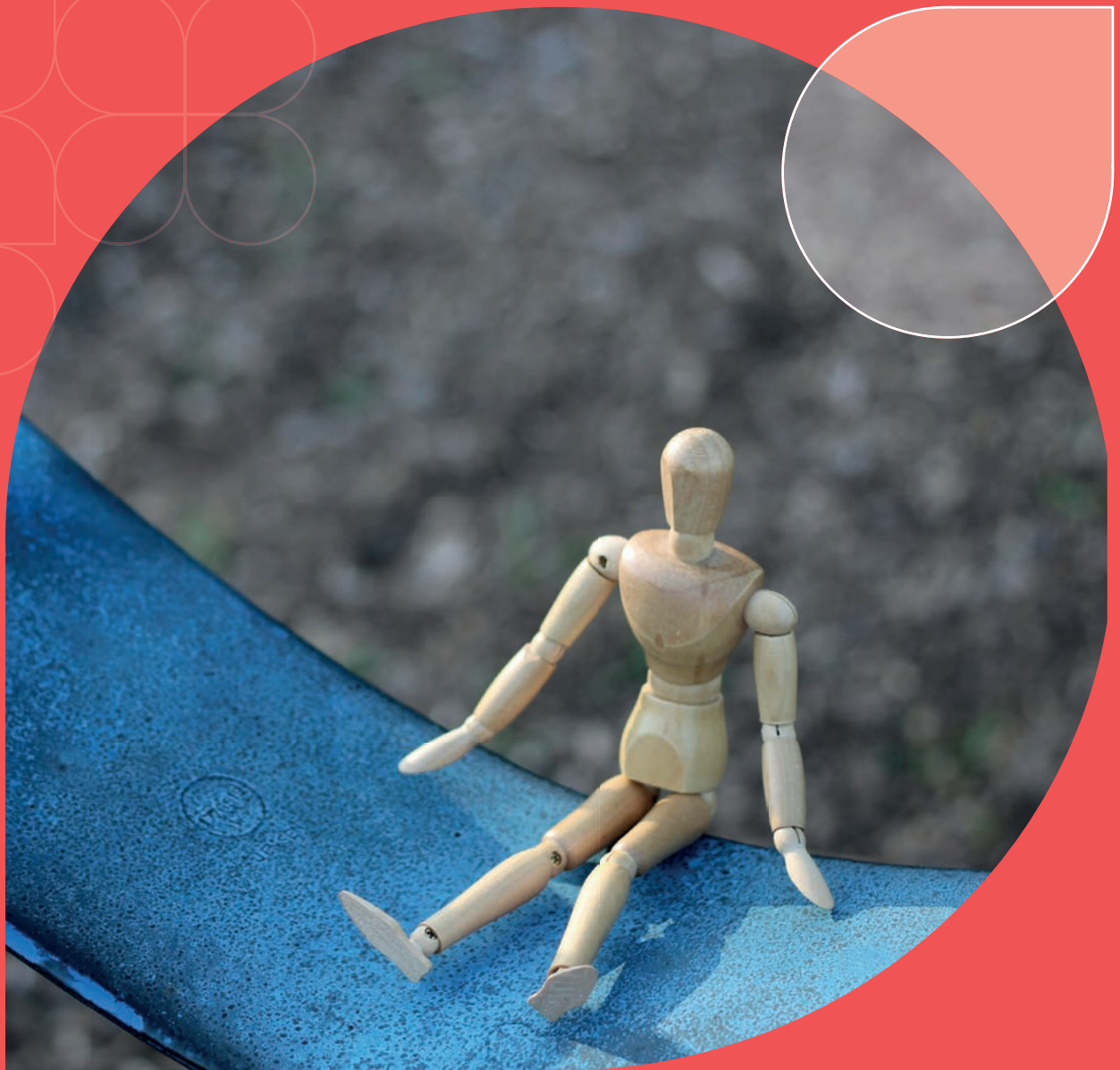
18

Distribución por edad de los chats en línea atendidos y derivados al 112, junio-octubre 2023 y enero-octubre 2024.

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del Ministerio de Sanidad.







03

**Factores asociados a la
conducta suicida**

● Factores asociados a la conducta suicida ●

La prevención de la conducta suicida exige un enfoque integral y basado en evidencia, capaz de abordar la complejidad multidimensional de este fenómeno. La OMS destaca la importancia de superar mitos arraigados, como la creencia de que “la mayoría de los suicidios ocurren de forma repentina y sin señales previas”. Contrariamente a esta percepción, los estudios muestran que en la mayoría de los casos existen signos de advertencia, ya sean verbales, conductuales y/o emocionales, que preceden al acto suicida. Aunque algunos suicidios pueden producirse sin señales evidentes, la detección temprana de estos indicadores resulta fundamental para activar mecanismos preventivos eficaces ^[10].

Desde una perspectiva técnica, las estrategias de prevención deben sustentarse en dos ejes fundamentales y complementarios ^[10]:

- **La identificación, evaluación y mitigación de los factores de riesgo.**
- **El fortalecimiento y promoción de los factores protectores.**

La conducta suicida no responde a una relación causa-efecto simple, sino que emerge como resultado de la interacción dinámica y acumulativa de múltiples factores de naturaleza individual, social, psicológica y contextual. La presencia de factores de riesgo no determina por sí sola la aparición de una conducta suicida, lo que subraya la importancia del contexto, los mecanismos de resiliencia y el acceso a redes de apoyo.

En este marco, cualquier estrategia eficaz de prevención debe incorporar una evaluación contextualizada y diferenciada de los factores que inciden en la vulnerabilidad o la protección frente al suicidio, considerando variables personales, sociales, culturales y ambientales ^[10].



A continuación, se detallan los conceptos clave que orientan el análisis de riesgos y la planificación de intervenciones preventivas ^[10]:

- **Factores de riesgo:** Características mensurables de un individuo o de su entorno que incrementan la probabilidad de que se produzca una conducta suicida. Estos factores pueden incluir antecedentes personales de trastornos mentales, consumo de sustancias, experiencias de violencia, aislamiento social, entre otros.
- **Factores precipitantes:** Eventos o circunstancias específicas que generan un alto nivel de estrés en un momento determinado pudiendo actuar como desencadenantes inmediatos del acto suicida. Entre ellos se encuentran las pérdidas recientes, conflictos interpersonales, diagnósticos médicos graves, situaciones de crisis aguda, entre otros.
- **Factores protectores:** Elementos que reducen la probabilidad de conducta suicida al ofrecer contención, resiliencia o soporte. Pueden estar presentes a nivel individual (habilidades de afrontamiento, salud mental positiva, etc.), familiar (relaciones afectivas sólidas), o comunitario (acceso a servicios, cohesión social, apoyo institucional, etc.).

3.1 FACTORES DE RIESGO

Los factores de riesgo son variables que aumentan la probabilidad de aparición de conductas suicidas, ya sea en forma de ideación, tentativa o suicidio consumado. Estos factores pueden estar vinculados a múltiples dimensiones, incluyendo aspectos indivi-

duales, familiares, sociales y contextuales. La conducta suicida, por su propia naturaleza, es un fenómeno complejo y multifactorial, donde no existe una única causa que explique su aparición ^[11].

En la mayoría de los casos, la conducta suicida se desarrolla a partir de la acumulación progresiva de diversos factores de riesgo, lo que incrementa la vulnerabilidad de las personas expuestas. Sin embargo, la presencia de uno o varios de estos factores no implica necesariamente que la conducta suicida se manifieste, lo que subraya la importancia del análisis individualizado y contextual de cada situación.

La identificación temprana y sistemática de los factores de riesgo constituye una herramienta clave para el diseño de estrategias preventivas eficaces, orientadas a reducir su impacto y a promover entornos protectores. Estas intervenciones deben ser integrales, adaptadas a las características de los grupos poblacionales en riesgo, y coordinadas entre los distintos niveles del sistema de salud y los servicios sociales.

3.1.1 FACTORES INDIVIDUALES

El riesgo de suicidio puede verse afectado por la vulnerabilidad individual o la capacidad de recuperación. Los factores individuales de riesgo se relacionan con la probabilidad de que una persona tenga comportamientos suicidas ^[11].



| FACTORES DE RIESGO DE SUICIDIO | |
|--------------------------------|--|
| Factores individuales | • Trastornos mentales |
| | • Intentos de suicidio previo e ideación suicida |
| | • Dolor crónico, enfermedades y discapacidad |
| | • Consumo nocivo de alcohol y otras sustancias |
| | • Pérdidas de trabajo o financieras |
| | • Desesperanza |
| | • Antecedentes familiares |
| | • Factores genéticos y biológicos |

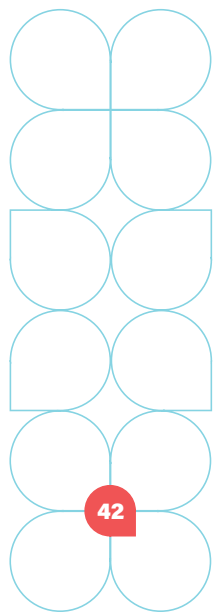
12

Factores individuales de suicidio.

Fuente: Elaboración propia.

3.1.1.1 Trastornos mentales

La evidencia científica muestra una relación estrecha y consistente entre la presencia de trastornos mentales y la conducta suicida. Diversos estudios señalan que aproximadamente el 90% de las personas que fallecen por suicidio presentaban algún trastorno psiquiátrico al momento de su muerte, y que más del 80% de estos casos no recibían tratamiento especializado en el momento del desenlace fatal ^[12].



Según datos de la OMS, el riesgo de suicidio a lo largo de la vida se incrementa notablemente en personas con ciertos trastornos mentales. Se estima que este riesgo alcanza aproximadamente ^[11]:

- **Un 4% en personas con trastornos del estado de ánimo.**
- **Un 7% en quienes presentan dependencia del alcohol.**
- **Un 8% en personas con trastorno bipolar.**
- **Un 5% en personas con esquizofrenia.**

El riesgo de conducta suicida se incrementa de forma significativa en casos de comorbilidad psiquiátrica, es decir, cuando coexisten dos o más trastornos mentales en un mismo individuo. La interacción entre múltiples diagnósticos puede intensificar el malestar psíquico y dificultar el acceso o adherencia a tratamientos adecuados, aumentando así la vulnerabilidad.

Por otra parte, los estudios de autopsia psicológica refuerzan esta asociación, al mostrar que hasta el 90% de los casos de suicidio consumado estaban vinculados a la presencia de uno o más trastornos psiquiátricos, con un predominio notable de los trastornos depresivos, presentes en entre el 30% y el 70% de los casos.

Estos datos evidencian que el suicidio constituye un problema prioritario de salud pública, que, si bien no puede ser evitado en su totalidad, sí puede y debe ser abordado desde una perspectiva preventiva y multidimensional. Las estrategias deben enfocarse en la detección precoz, el acceso equitativo al tratamiento de salud mental, y el seguimiento clínico de personas con riesgo identificado, con el objetivo fundamental de reducir su incidencia al mínimo posible.



3.1.1.2 Intentos de suicidio previo e ideación suicida

Entre los factores individuales asociados al riesgo suicida, el antecedente de uno o más intentos previos de suicidio se considera el indicador más sólido para predecir futuros episodios. Diversos estudios han demostrado que incluso un año después de un intento, el riesgo de un nuevo suicidio, así como de una muerte prematura por otras causas permanece significativamente elevado ^[11].

Diversos estudios indican que aproximadamente el 50% de las personas que fallecen por suicidio habían realizado al menos un intento previo. Además, se ha observado que una tentativa incrementa en un 32% la probabilidad de recurrencia en el corto y mediano plazo ^[13].

El riesgo de suicidio es especialmente elevado en los primeros seis meses posteriores a la tentativa, manteniéndose alto incluso durante el primer año, con un aumento estimado de entre 20 y 30 veces respecto al riesgo basal ^[14].

Otro aspecto crítico a considerar es la severidad y letalidad del intento previo. Una tentativa con alta intención suicida o métodos de elevada letalidad representa un factor predictivo robusto de riesgo suicida futuro.

3.1.1.3 Dolor crónico, enfermedades y discapacidad

El dolor crónico y las enfermedades físicas constituyen factores de riesgo relevantes para la aparición de comportamientos suicidas. Las personas que padecen dolor crónico presentan entre dos y tres veces más conductas suicidas que la población general. En particular, las enfermedades asociadas a dolor persistente,

discapacidad física, alteraciones del desarrollo neurológico o altos niveles de angustia emocional incrementan significativamente este riesgo ^[11].

Asimismo, diversas patologías que implican discapacidad física, especialmente aquellas que generan dolor asociado, restricciones importantes en la actividad diaria, o aislamiento social, han sido identificadas como factores que elevan el riesgo de suicidio de forma significativa ^[15].

3.1.1.4 Consumo nocivo de alcohol y otras sustancias

Los trastornos relacionados con el consumo de sustancias representan un importante factor de riesgo para el suicidio. Se estima que entre el 25% y el 50% de los casos de suicidio están asociados al consumo de alcohol u otras drogas. El riesgo se incrementa aún más cuando el consumo se presenta junto con otros trastornos psiquiátricos. Aproximadamente el 22% de las muertes por suicidio pueden atribuirse directamente al uso de alcohol, lo que implica que 1 de cada 5 suicidios podría evitarse en ausencia de su consumo. Asimismo, la dependencia de otras sustancias, como el cannabis, la heroína o la nicotina, también se asocia de manera significativa con un mayor riesgo de conducta suicida ^[11].

3.1.1.5 Pérdidas de trabajo o financieras

La pérdida del empleo, la ejecución de una hipoteca o la inestabilidad financiera son factores que incrementan el riesgo de suicidio, especialmente cuando coexisten con otros factores de riesgo como la depresión, la ansiedad, la violencia o el consumo nocivo de alcohol. En este sentido, las recesiones económicas, al estar vinculadas con situaciones personales de adversidad derivadas del desem-



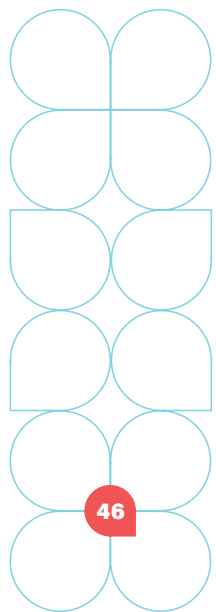
pleo o de pérdidas económicas significativas, pueden asociarse con un aumento del riesgo individual de suicidio ^[11].

3.1.1.6 Desesperanza

La desesperanza, entendida como un componente cognitivo del funcionamiento psíquico, se ha identificado con frecuencia como un indicador significativo del riesgo de suicidio, especialmente cuando se presenta junto a trastornos mentales o antecedentes de intentos suicidas. Este constructo se caracteriza por tres aspectos principales relacionados con la percepción negativa del futuro, la pérdida de motivación y la ausencia de expectativas positivas. La desesperanza suele manifestarse a través de pensamientos como “las cosas nunca mejorarán” o “no veo una salida”, y en la mayoría de los casos se encuentra estrechamente vinculada con la depresión ^[11].

3.1.1.7 Antecedentes familiares

El suicidio de un familiar o de un miembro cercano del entorno puede tener un impacto profundamente perturbador en la vida de una persona. La pérdida de un ser querido por esta causa suele resultar devastadora, ya que, además del duelo, la naturaleza de la muerte puede generar intensos sentimientos de estrés, culpa, vergüenza, ira, ansiedad y angustia emocional. Estas experiencias pueden alterar la dinámica familiar, debilitar las redes habituales de apoyo y, debido al estigma asociado, dificultar tanto la búsqueda de ayuda como las manifestaciones de apoyo por parte de otros. Además, el suicidio de un ser querido puede reducir el umbral suicida de quienes atraviesan el duelo, incrementando su vulnerabilidad. Por estas razones, familiares y allegados de una persona fallecida por suicidio



presentan un riesgo mayor de desarrollar trastornos mentales o de cometer suicidio ellos mismos ^[11].

3.1.1.8 Factores genéticos y biológicos

Diversas alteraciones genéticas y del desarrollo de los sistemas neurobiológicos se han asociado con la aparición de comportamientos suicidas. Por ejemplo, se ha observado que niveles bajos de serotonina se relacionan con intentos de suicidio graves en personas con trastornos del estado de ánimo, esquizofrenia o trastornos de la personalidad. Asimismo, la presencia de antecedentes familiares de suicidio constituye un importante factor de riesgo tanto para el suicidio consumado como para los intentos suicidas ^[11].

3.1.2 FACTORES PRECIPITANTES

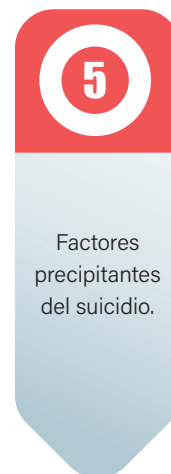
Los factores precipitantes son aquellos que, al aparecer repentinamente en la vida de una persona, pueden desencadenar una crisis suicida, especialmente en individuos con antecedentes de trastornos mentales. La presencia de psicopatología, como la depresión, la psicosis o el trastorno bipolar, se destaca entre los factores más críticos, especialmente en momentos de crisis dentro de estas condiciones, donde la desesperanza y el malestar emocional se intensifican. Además, los eventos vitales traumáticos, las enfermedades físicas graves y el uso activo de sustancias psicoactivas pueden contribuir significativamente al riesgo suicida, ya que pueden desencadenar una sensación de desesperación o pérdida de control ^[14].

La comprensión del riesgo suicida ha evolucionado con el tiempo, y los modelos más recientes destacan la complejidad de los factores que lo configuran. Hoy en día, se reco-



noce que no hay un solo desencadenante, sino una serie de factores que, al interactuar, incrementan la vulnerabilidad de una persona. Estos factores se agrupan en tres categorías principales ^[16]:

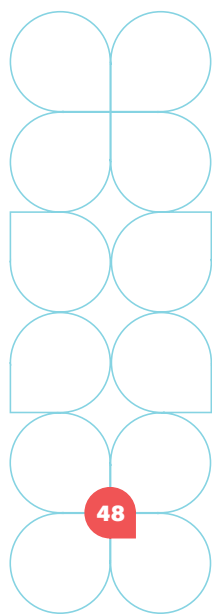
| FACTORES DE RIESGO DE SUICIDIO | |
|---------------------------------------|---|
| Factores precipitantes | |
| Factores demográficos | Incluyen aspectos como la cohesión social, el contexto económico y los cambios en la estructura de la comunidad. Por ejemplo, situaciones como el desempleo masivo, la crisis económica o la pérdida de valores sociales pueden romper las redes de apoyo y generar un aislamiento que aumenta el riesgo emocional y suicida. |
| Factores ambientales | Se refieren a las condiciones externas que también influyen en el riesgo suicida. La manera en que los medios de comunicación tratan el tema del suicidio puede tener un impacto directo, especialmente si se presenta de manera sensacionalista. Además, del acceso a métodos letales de suicidio y las dificultades para obtener atención médica adecuada. |
| Factores individuales | Los factores distales (o predisponentes) son aquellos que aumentan la vulnerabilidad desde etapas tempranas. Los factores de desarrollo (o mediadores) son los que afectan el curso de la vida, como las crisis de identidad en la adolescencia o los desafíos en momentos clave, etc. Los factores proximales (o precipitantes) son los eventos inmediatos que pueden desencadenar una crisis suicida, como la pérdida de un ser querido, un diagnóstico grave, etc. |



Factores asociados a la conducta suicida

Fuente: Elaboración propia.

Es importante destacar que estos factores no actúan de manera aislada, sino que se interrelacionan y amplifican entre sí. La interacción de los factores demográficos, ambientales e individuales crea una red compleja de elementos que aumentan el riesgo de suicidio. Por ejemplo, una persona que ya presenta trastornos psicológicos y enfrenta el aislamiento social debido a cambios económicos o familiares, podría estar en una posición particularmente vulnerable.



3.1.3 FACTORES PROTECTORES

En la prevención del suicidio, identificar y potenciar los factores protectores es esencial para reducir la probabilidad de conductas suicidas, incluso cuando existen factores de riesgo. Estos factores actúan como mecanismos de resiliencia, fortaleciendo a las personas y comunidades frente a la adversidad. Se pueden clasificar en dos grandes categorías: personales y sociales o medioambientales, cada una con implicaciones prácticas específicas para la implementación de intervenciones preventivas ^[14].

3.1.3.1 Factores protectores personales

La promoción de habilidades y cualidades personales puede reducir significativamente el riesgo de suicidio. Las estrategias clave incluyen ^[14]:

- **Desarrollo de habilidades en la resolución de conflictos:** Capacitar a individuos para gestionar y resolver problemas de manera efectiva puede disminuir la desesperación y la sensación de descontrol.
- **Fortalecimiento de la confianza en uno mismo:** Invertir en programas que fomenten la autoconfianza puede mejorar la resiliencia emocional, ayudando a las personas a enfrentar dificultades de forma más efectiva.
- **Fomento de habilidades para las relaciones sociales e interpersonales:** Promover la creación de relaciones saludables y redes de apoyo social facilita la prevención del aislamiento, un factor crítico en la prevención del suicidio.

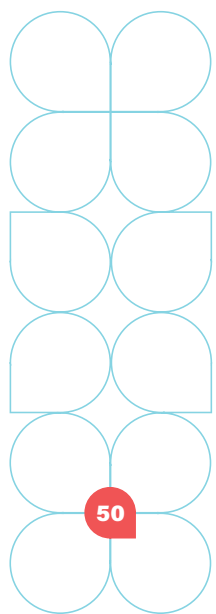


- **Fomento de la flexibilidad cognitiva:** Desarrollar programas que enseñen a las personas a adaptarse a nuevas realidades o a reestructurar pensamientos negativos es clave para la prevención en momentos de crisis.
- **Impulso a la maternidad y la paternidad, especialmente en mujeres:** Apoyar a las madres en su rol parental puede fortalecer su sentido de propósito y conexión emocional, ofreciendo una motivación protectora frente a las crisis.

3.1.3.2 Factores protectores sociales o medioambientales

La comunidad y el entorno juegan un papel esencial en la prevención del suicidio. Las estrategias clave para fortalecer estos factores incluyen ^[14]:

- **Fortalecimiento del apoyo familiar y social:** No solo es necesario proporcionar redes de apoyo, sino también asegurar que estas sean fuertes y de alta calidad. Programas que promuevan la construcción de vínculos sólidos entre familiares y amigos son fundamentales para evitar el aislamiento emocional.
- **Fomento de la integración social:** Es necesario desarrollar iniciativas que promuevan la participación comunitaria activa, creando un sentido de pertenencia y apoyo mutuo entre las personas de la comunidad.
- **Revalorización de los valores culturales y tradicionales:** Incluir y respetar los valores culturales y tradicionales en las intervenciones sociales puede fortalecer el sentido de identidad y la resistencia frente a situaciones difíciles.



- **Acceso a tratamientos integrales y a largo plazo:** Garantizar la disponibilidad de servicios de salud mental continuos, así como tratamiento adecuado para personas con enfermedades físicas o adicciones, es fundamental para asegurar que las personas en riesgo reciban el apoyo necesario.



04

Marco estratégico y de atención

● Marco estratégico y de atención ●

4.1 MARCO ESTRATÉGICO INTERNACIONAL

La OMS establece como meta reducir la tasa de mortalidad global por suicidio en un tercio para 2030, dentro del marco de los Objetivos de Desarrollo Sostenible de las Naciones Unidas y su Plan de Acción de Salud Mental Integral 2013-2030. Este plan busca fomentar el bienestar mental, prevenir los trastornos mentales, proporcionar atención adecuada, mejorar la recuperación, y reducir la mortalidad, morbilidad y discapacidad asociadas a estos trastornos ^[17].

Dentro de su 13º Programa General de Trabajo 2019-2023, la OMS proyecta una reducción del 15% en la tasa de suicidio para 2023. En este marco, la OMS presenta en 2021 la estrategia de prevención del suicidio, detallada en la guía LIVE LIFE: An Implementation Guide for Suicide Prevention in Countries 2021, estructurada en dos partes clave ^[18]:

- Pilares fundamentales para la prevención del suicidio

La primera parte de la guía subraya los elementos clave para abordar el suicidio desde una perspectiva de salud pública, abogando por una acción integral y coordinada. Los pilares propuestos incluyen:

- **Análisis de situación:** Evaluar de manera continua el contexto y los factores de riesgo asociados al suicidio.
- **Colaboración multisectorial:** Fomentar alianzas entre gobiernos, organizaciones no gubernamentales, instituciones educativas y comunidades.

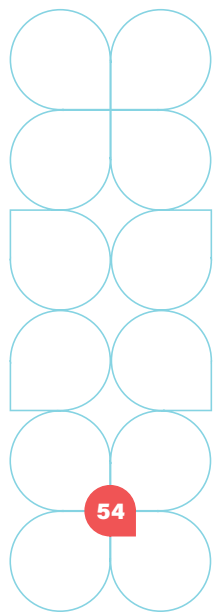


- **Sensibilización y protección:** Promover una cultura de comprensión y apoyo hacia la salud mental y la prevención del suicidio.
- **Fomento de capacidades y habilidades:** Desarrollar programas educativos y formativos para fortalecer las competencias en la identificación y manejo del riesgo suicida.
- **Financiación:** Asegurar recursos adecuados para la implementación de políticas y programas preventivos efectivos.
- **Vigilancia, monitorización y evaluación:** Establecer sistemas de seguimiento continuo para medir la efectividad de las intervenciones y ajustar las estrategias cuando sea necesario.

- Intervenciones basadas en evidencia:

La segunda parte de la guía presenta intervenciones clave para la prevención del suicidio, las cuales han demostrado ser efectivas en diversas investigaciones. Estas intervenciones son:

- **Limitación del acceso a medios letales de suicidio:** Implementar medidas para reducir el acceso a métodos de suicidio, como pesticidas y armas de fuego.
- **Colaboración con los medios de comunicación:** Gestionar la información sobre suicidio de manera responsable, evitando la glorificación y el sensacionalismo, y promoviendo un mensaje de prevención.



- **Fomento de habilidades socioemocionales en adolescentes:** Incorporar programas educativos que fortalezcan las competencias emocionales y de resolución de problemas en jóvenes, reduciendo su vulnerabilidad a la conducta suicida.
- **Identificación temprana, valoración y seguimiento:** Implementar sistemas que permitan detectar señales tempranas de ideación suicida, asegurando una intervención oportuna y un seguimiento continuo para quienes lo necesiten.

Por su parte, United Nations International Children’s Emergency Fund (UNICEF) también ha desarrollado guías esenciales, como la **Guía para Periodistas sobre Comunicación, Infancia y Adolescencia en relación con el Suicidio 2017**, que ofrece recomendaciones detalladas sobre cómo tratar el tema del suicidio en los medios de comunicación, promoviendo una cobertura responsable y respetuosa, evitando la sensibilización inadecuada y fomentando la prevención ^[19].

El **WHO European Framework for Action on Mental Health 2021-2025**, establece una respuesta integral frente a los desafíos en salud mental derivados del impacto negativo que la pandemia de COVID-19 tuvo en el bienestar psicológico y social de la población ^[20].

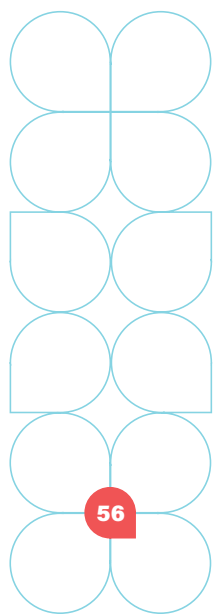
Este marco proporciona una base coherente para fortalecer los esfuerzos orientados a incorporar, promover y proteger la salud mental y el bienestar emocional como componentes esenciales en las estrategias de respuesta y recuperación post-COVID-19. Asimismo, busca contrarrestar el estigma y la discriminación asociados a los trastornos mentales, y fomentar la inversión en servicios de salud mental accesibles, equitativos y de calidad.



La **European Agency for Safety and Health at Work (EU-OSHA)** también juega un papel clave al subrayar la importancia de crear entornos laborales saludables. EU-OSHA trabaja con los Estados miembros para reducir el estrés laboral, prevenir el acoso y promover el bienestar mental en los lugares de trabajo, factores que pueden aumentar el riesgo de suicidio [21].

4.2 MARCO ESTRATÉGICO NACIONAL

El **Plan de Acción para la Prevención del Suicidio 2025-2027**, aprobado por el Ministerio de Sanidad el 14 de febrero de 2025, tiene como objetivo reducir y prevenir la conducta suicida, con especial atención a grupos vulnerables. Se centra en información y vigilancia, sensibilización, intervención sanitaria, coordinación intersectorial y apoyo posvención, promoviendo un enfoque integral que combina políticas públicas, programas comunitarios y colaboración entre servicios sanitarios, sociales y de emergencia para fortalecer la prevención y el bienestar emocional de la población. Este plan incluye seis líneas estratégicas que son [22]:



Plan de Acción para la Prevención del Suicidio 2025-2027

| | |
|---|--|
| Línea 1. Información de calidad | Fortalecer la información y vigilancia del suicidio mediante un sistema de seguimiento estatal, un observatorio específico y la mejora del registro de datos para orientar la prevención. |
| Línea 2. Sensibilización | Promover la sensibilización y la salud mental a través de campañas, formación a medios y la difusión de recursos como la línea 024, para prevenir el suicidio y reducir el estigma. |
| Línea 3. Prevención en situaciones de vulnerabilidad | Abordar la prevención del suicidio en personas vulnerables, promoviendo la detección, apoyo y programas específicos para colectivos en riesgo y la atención posvención a familiares y allegados. |
| Línea 4. Prevención en todas las políticas | Prevenir el suicidio mediante políticas públicas integrales, limitando medios letales, coordinando sectores y fortaleciendo la colaboración sanitaria, social y de emergencias. |
| Línea 5. Abordaje sanitario | Aborda la conducta suicida mejorando la atención sanitaria, el apoyo comunitario y la prevención en personas en riesgo. |
| Línea 6. Enfoque integral | Previene el suicidio mediante un enfoque integral, coordinando servicios, formando profesionales y contando con la participación de supervivientes. |

6

Las 6 líneas estratégicas del Plan de Acción para la Prevención del Suicidio 2025-2027.


Fuente: Elaboración propia a partir del Plan de Acción para la Prevención del Suicidio 2025-2027.

La **Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2022-2026**, publicada en 2022 por el Ministerio de Sanidad, tiene como objetivo mejorar la salud mental de la población española a través de una serie de objetivos y recomendaciones. Esta estrategia se enfoca en la detección precoz de problemas de salud mental y en proporcionar una atención efectiva a las personas que los padecen, independientemente de su edad o nivel de desarrollo. Todo ello, respetando sus decisiones y derechos, apoyando a sus familias y promoviendo un modelo de atención integral y comunitario, que favorezca la recuperación y la inclusión social^[23].



Dentro de esta estrategia, una de las líneas clave está orientada a la prevención del suicidio. En particular, la Línea estratégica 3 se centra en la prevención, detección precoz y atención a la conducta suicida. Los objetivos de esta línea son los siguientes:

| Plan de Acción para la Prevención del Suicidio 2025-2027 | |
|--|--|
| Línea 1. Información de calidad | Fortalecer la información y vigilancia del suicidio mediante un sistema de seguimiento estatal, un observatorio específico y la mejora del registro de datos para orientar la prevención. |
| Línea 2. Sensibilización | Promover la sensibilización y la salud mental a través de campañas, formación a medios y la difusión de recursos como la línea 024, para prevenir el suicidio y reducir el estigma. |
| Línea 3. Prevención en situaciones de vulnerabilidad | Abordar la prevención del suicidio en personas vulnerables, promoviendo la detección, apoyo y programas específicos para colectivos en riesgo y la atención posvención a familiares y allegados. |
| Línea 4. Prevención en todas las políticas | Prevenir el suicidio mediante políticas públicas integrales, limitando medios letales, coordinando sectores y fortaleciendo la colaboración sanitaria, social y de emergencias. |
| Línea 5. Abordaje sanitario | Aborda la conducta suicida mejorando la atención sanitaria, el apoyo comunitario y la prevención en personas en riesgo. |
| Línea 6. Enfoque integral | Previene el suicidio mediante un enfoque integral, coordinando servicios, formando profesionales y contando con la participación de supervivientes. |

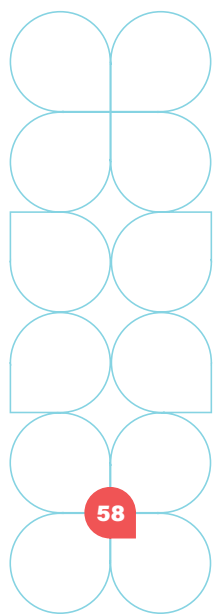


Línea estratégica 3. Prevención, detección precoz y atención a la conducta suicida con los objetivos generales y acciones de la Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2022-2026.

Fuente: Elaboración propia a partir de la Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2022-2026.

4.3 MARCO ESTRATÉGICO OTRAS CC.AA.

En el marco del desarrollo del Plan de prevención del suicidio en Cantabria 2026-2029, resulta esencial integrar el análisis de las iniciativas más relevantes impulsadas por otras CC.AA. Este análisis comparado permite identificar prácticas consolidadas y enfoques



innovadores que pueden servir de referencia para el diseño de intervenciones adaptadas a las características específicas del contexto cántabro.

A continuación, se recogen las estrategias autonómicas más significativas, seleccionadas en función de su ámbito de aplicación, vigencia y relevancia.

El Consejo de Gobierno de la Junta de Andalucía aprueba el 27 de junio de 2023 el **Programa de Prevención de la Conducta Suicida en Andalucía 2023-2026**, con el objetivo de reducir la incidencia y prevalencia del suicidio mediante diversas estrategias y acciones. El programa busca sensibilizar sobre el suicidio como un problema global, al tiempo que establece medidas para mitigar el sufrimiento de las personas que han intentado suicidarse y el de sus familias ^[24].

A lo largo de su implementación, el programa se compromete a cumplir 12 objetivos prioritarios. Entre ellos se incluyen: establecer una estructura de coordinación y seguimiento; mejorar los sistemas de información sobre conducta suicida; restringir el acceso a medios letales; promover una comunicación responsable sobre el suicidio; fomentar la salud mental y el bienestar emocional; ofrecer formación continua para la identificación y manejo del riesgo de suicidio; y priorizar las acciones en poblaciones vulnerables, como niños y adolescentes. Además, se incluyen intervenciones post-suicidio y capacitación a entidades y personas responsables de líneas telefónicas de ayuda en crisis.

El programa se estructura en 7 áreas de actuación, basadas en los niveles de prevención definidos por la OMS: prevención universal, selectiva e indicada. Estas áreas se adaptan al contexto andaluz e incluyen medidas y actividades específicas.



● 1. Coordinación y Organización

Se creará un Grupo Motor del Programa, una Comisión Intersectorial de asesoramiento y la Red Andaluza de Prevención del Suicidio, así como comisiones locales para mejorar la coordinación a nivel territorial.

● 2. Vigilancia Epidemiológica e Investigación

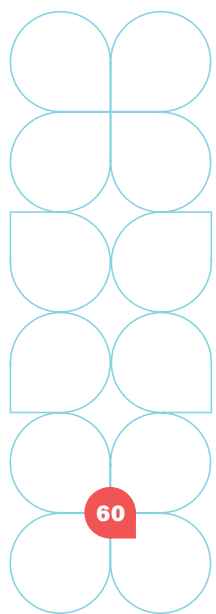
Esta área incluye la creación de un sistema de registro de conducta suicida, un mapeo de muertes por suicidio en Andalucía, una página web informativa, y el fomento de la investigación sobre el suicidio.

● 3. Restricción de Medios Letales

Se promoverán medidas para limitar el acceso a lugares con alta incidencia de suicidios, así como incrementar el control sobre medios letales como armas y sustancias tóxicas. Además, se desarrollarán campañas de sensibilización, en colaboración con oficinas de farmacia.

● 4. Formación y Sensibilización

Se capacitará a profesionales de 061 y Salud Responde, enfermeras escolares, y se llevarán a cabo campañas de sensibilización dirigidas a profesionales de los medios de comunicación y al público general.



● 5. Atención a la Población Infanto-adolescente

Se establecerá un grupo director, se diseñarán protocolos de atención en USM, y se fomentará el trabajo comunitario, junto con la sensibilización a padres sobre salud mental y gestión de crisis.

● 6. Atención a Poblaciones Vulnerables

Se implementarán actuaciones dirigidas a la población perinatal, personas mayores y consumidores de drogas y alcohol, así como protocolos de intervención post-suicidio.

● 7. Detección y Atención de Personas con Conducta Suicida

Se implementará el Código Suicidio en Andalucía, un programa de alta intensidad para perfiles específicos, y se diseñarán procedimientos para la asistencia en emergencias prehospitalarias y atención telefónica.

La Comunidad de Madrid ha desarrollado el **Plan de prevención del suicidio 2022-2026** publicado en diciembre de 2022 por la Consejería de Sanidad, como una estrategia integral para abordar la conducta suicida desde un enfoque de salud pública. El Plan reconoce que el suicidio es prevenible mediante intervenciones coordinadas, basadas en evidencia y adaptadas a las necesidades de la población. Su diseño multisectorial permite articular la acción de los servicios sanitarios, sociales, educativos y comunitarios, así como de otros agentes implicados, con el objetivo de reducir la incidencia del suicidio y mejorar la atención a las personas en riesgo y a sus entornos^[25].



El Plan se estructura en 6 líneas estratégicas, cada una con un objetivo específico:

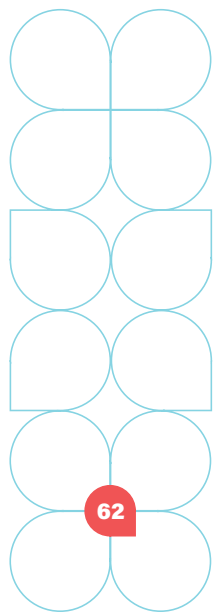
| Plan de Prevención del Suicidio 2022-2026 | |
|---|---|
| L1: Coordinación y Organización | Objetivo estratégico 1: La prevención del suicidio en La Comunidad de Madrid está integrada y coordinada en la organización. |
| L2: Sistemas de información y vigilancia epidemiológica | Objetivo estratégico 2: La información sobre los casos de suicidio en la Comunidad de Madrid permite implementar medidas de apoyo por caso y actuaciones de prevención efectivas y generalizables. |
| L3: Limitación del acceso a los medios | Objetivo estratégico 3: Los medios para el suicidio en la Comunidad de Madrid son tan difíciles de alcanzar como resulta posible. |
| L4: Conciencia y conocimiento | Objetivo estratégico 4: La concienciación y el conocimiento del suicidio y del afrontamiento y atención de las crisis están muy extendidos entre la población general y entre los profesionales. |
| L5: Prevención del suicidio y promoción de la salud mental. | Objetivo estratégico 5: La integración de los programas de prevención y de promoción de la salud mental permite tejer una red de proximidad que reduce el riesgo o bien lo detecta de forma precoz. |
| L6: Apoyo y tratamiento | Objetivo estratégico 6: Las personas con riesgo de suicidio y los grupos de riesgo reciben el apoyo o tratamiento adecuado cuando lo necesitan. |

8


Las 6 líneas y objetivos estratégicos del Plan de Prevención del Suicidio Comunidad de Madrid, 2022-2026.

Fuente: Elaboración propia a partir del Plan de Prevención del Suicidio Comunidad de Madrid, 2022-2026.

El 1 de diciembre de 2021 la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León aprueba la **Estrategia de Prevención de la Conducta Suicida 2021-2025**, con el objetivo de reducir la incidencia y prevalencia del suicidio, garantizando una atención adecuada a las personas afectadas y sus allegados, a través de un enfoque integral en prevención, atención y seguimiento. La estrategia consta de 5 líneas y 71 medidas.



| Estrategia de Prevención de la Conducta Suicida 2021-2025 | |
|---|---|
| LÍNEA ESTRATÉGICA 1. Prevención universal | Dirigida a toda la población, incluye medidas para limitar el acceso a medios letales, programas de prevención de alcohol y drogas, comunicación responsable en medios y prácticas educativas que fortalezcan los factores protectores emocionales. |
| LÍNEA ESTRATÉGICA 2. Prevención selectiva | Para grupos de alto riesgo, incluye medidas para evaluar riesgos y reforzar la atención social y sanitaria, integradas en la planificación sanitaria. |
| LÍNEA ESTRATÉGICA 3. Prevención indicada | Para personas con riesgo suicida o trastornos mentales, incluye doce medidas como ampliar el proceso de atención, coordinar servicios de emergencias e integrar el riesgo en líneas de ayuda. |
| LÍNEA ESTRATÉGICA 4. Vigilancia Epidemiológica e Investigación | Diez medidas para mejorar la información y el registro de suicidios, analizar casos con Medicina Legal y priorizar la investigación sobre conducta suicida. |
| LÍNEA ESTRATÉGICA 5. Formación | Incluye trece medidas para formar a profesionales y medios en la detección, intervención y comunicación sobre el riesgo suicida. |



Las 5 líneas estratégicas de la Estrategia de Prevención de la Conducta Suicida de Castilla y León, 2021-2025.

Fuente: Elaboración propia de la Estrategia de Prevención de la Conducta Suicida de Castilla y León, 2021-2025.

El Plan de Prevención del Suicidio en Cataluña 2021-2025, aprobado el 14 de septiembre de 2021 por el Govern de la Generalitat de Catalunya, tiene como objetivo reducir la prevalencia y el impacto de la conducta suicida (ideación, intentos y muertes por suicidio) en la región. A través de un sistema integrado y eficiente de prevención, intervención y posvención, el plan pone énfasis en la perspectiva de género, priorizando a los grupos de mayor riesgo en sus acciones y enfoques [26].

El plan promueve medidas dirigidas a la prevención y el control de las conductas suicidas, basadas en el apoyo integral a la vida y la acción intersectorial. Su propósito es ofrecer respuestas adecuadas a cada situación, mejorar la sensibilización y transformar la visión



social sobre el suicidio, al mismo tiempo que fomenta el bienestar emocional y el deseo de vivir de manera resiliente en la población.

Este plan se estructura en 6 líneas estratégicas:

| | | |
|--|------------------------|--|
| Plan de Prevención del Suicidio en Cataluña 2021- 2025 | LÍNEA ESTRATÉGICA 1 | Prevención universal, selectiva, indicada y estructural del suicidio. |
| | LÍNEA ESTRATÉGICA 2 | Detección, acceso, atención inmediata, tratamiento, recuperación y procesos de soporte en casos de intentos de suicidio. |
| | LÍNEA ESTRATÉGICA 3 | Posvención y soporte a las familias, supervivientes y profesionales. |
| | LÍNEA ESTRATÉGICA 4 | Seguridad de los pacientes y prevención del suicidio en entornos de atención. |
| | LÍNEA ESTRATÉGICA 5 | Soporte a la gestión de la información, conocimiento y vigilancia epidemiológica. |
| | LÍNEA ESTRATÉGICA 6 | Gobernanza, despliegue del plan y rendición de cuentas. |

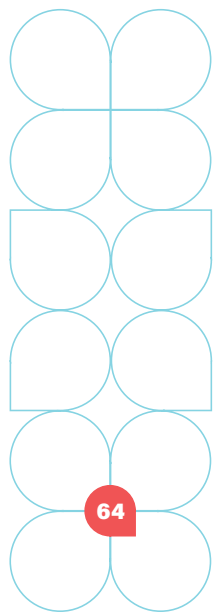
10

Las 6 líneas estratégicas del Plan de Prevención del Suicidio en Cataluña 2021-2025.

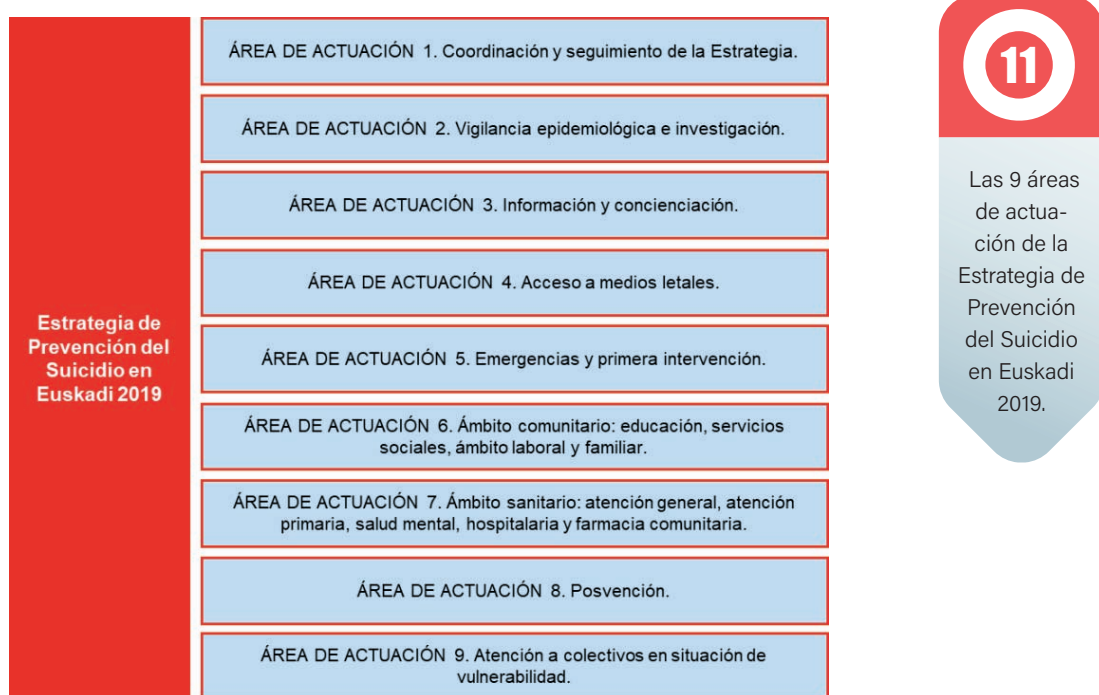
Fuente: Elaboración propia a partir del Plan de Prevención del Suicidio en Cataluña 2021-2025.

La **Estrategia de Prevención del Suicidio en Euskadi 2019**, presentada por el Gobierno Vasco a través del Departamento de Salud del Gobierno Vasco el 3 de junio de 2019, establece las acciones clave para reducir la mortalidad por suicidio y mejorar la atención a las personas en riesgo y a sus familias. La estrategia adopta un enfoque multidisciplinario para superar las barreras que impiden que las personas en riesgo busquen ayuda, garantizando mayor información, mejor asistencia y una intervención temprana ^[27].

El objetivo principal es reducir la incidencia, prevalencia e impacto de la conducta suicida (ideación, intentos y suicidio) en la Comunidad Autónoma Vasca (CAE), mediante un sistema integrado y eficiente de prevención, intervención y posvención.



La estrategia se organiza en 9 áreas de actuación:



Fuente: Elaboración propia a partir de la Estrategia de Prevención del Suicidio en Euskadi 2019.

La **Estrategia para la Prevención del Suicidio y la Intervención ante Tentativas Auto-líticas de Castilla-La Mancha 2018-2025**, presentada el 10 de septiembre de 2018 por el Gobierno de Castilla-La Mancha y enmarcada dentro del Plan de Salud Mental de Castilla-La Mancha 2018-2025, específicamente en las líneas de acción 11 y 12 del Objetivo 6.2 en el Eje III - Sostenibilidad, Prevención y Promoción. Esta estrategia resalta la necesidad de aplicar medidas para prevenir el suicidio, mejorar la respuesta ante auto-lesiones y conductas suicidas en la región, y poner especial énfasis en los colectivos de mayor riesgo ^[28].



La estrategia se estructura en 4 líneas estratégicas clave:

| Estrategia para la Prevención del Suicidio y la Intervención ante Tentativas Autolíticas de Castilla-La Mancha 2018-2025 | |
|--|--|
| LÍNEA ESTRATÉGICA 1 | Generación y gestión del conocimiento. |
| LÍNEA ESTRATÉGICA 2 | Prevención del suicidio e intervención ante conductas autolíticas en la población adulta. |
| LÍNEA ESTRATÉGICA 3 | Prevención del suicidio e intervención ante conductas autolíticas en la población infanto-juvenil. |
| LÍNEA ESTRATÉGICA 4 | Prevención del suicidio e intervención ante conductas autolíticas en la población adulta mayor. |

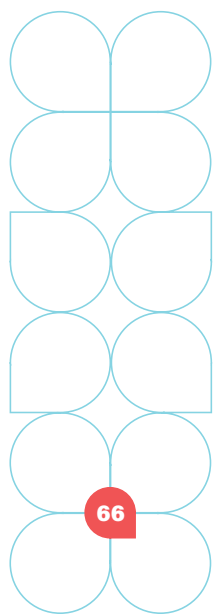
12

Las 4 líneas estratégicas de la Estrategia para la Prevención del Suicidio y la Intervención ante Tentativas Autolíticas de Castilla-La Mancha 2018-2025.

Fuente: Elaboración propia a partir de la Estrategia para la Prevención del Suicidio y la Intervención ante Tentativas Autolíticas de Castilla-La Mancha 2018-2025.

El **Plan de Prevención del Suicidio en Galicia** publicado en 2017 por la Consejería de Sanidad y el Servicio Gallego de Salud, con el objetivo de reducir la tasa de suicidio y establecer medidas para aliviar el sufrimiento de las personas que han intentado suicidarse, así como de sus familias. Este Plan refleja el compromiso firme del gobierno gallego para abordar el suicidio de manera integral, promoviendo una respuesta coordinada de las instituciones en su prevención ^[29].

El propósito principal es priorizar la prevención del suicidio dentro de la agenda de la salud mental y sensibilizar a la sociedad sobre el suicidio como un problema global. Este enfoque reconoce que la prevención no se limita al ámbito sanitario, sino que requiere



la implementación de acciones complementarias en áreas clave como la educación y el ámbito social.

El Plan se organiza en 7 líneas estratégicas permanentes, pero susceptibles de revisión y adaptación según las necesidades emergentes. En total, se articula en 37 medidas que abordan de forma integral la conducta suicida y los/as agentes involucrados. Las líneas estratégicas son las siguientes:

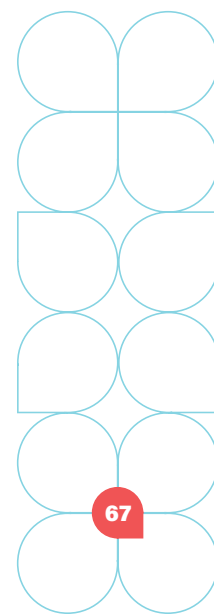
| Plan de Prevención del Suicidio en Galicia |
|---|
| Línea Estratégica 1: Coordinación interinstitucional ante la conducta suicida. |
| Línea Estratégica 2: Sensibilización, concienciación y reducción del estigma social asociado a la conducta suicida. |
| Línea Estratégica 3: Prevención y abordaje de la conducta suicida. |
| Línea Estratégica 4: Limitación de medios letales. |
| Línea Estratégica 5: Formación de profesionales en prevención e intervención ante la conducta suicida. |
| Línea Estratégica 6: Posversión para los supervivientes del suicidio. |
| Línea Estratégica 7: Investigación y alerta epidemiológica sobre la conducta suicida. |

13

Las 7 líneas estratégicas del Plan de Prevención del Suicidio en Galicia.

Fuente: Elaboración propia a partir del Plan de Prevención del Suicidio en Galicia.

El **III Plan Integral de Salud Mental de Extremadura 2016-2020**, aprobado por la Consejería de Sanidad y Políticas Sociales en febrero de 2017, cuyo lema es “Haciendo Red”, refleja el compromiso de situar a las personas en el centro de la estrategia, visibi-



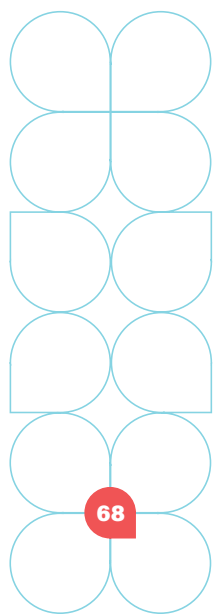


lizando y fortaleciendo una estructura asistencial en red, centrada en las necesidades de las personas y sus familias, y reconociendo el papel esencial de los/as profesionales.

Sus principales objetivos son ^[30]:

- **Garantizar cuidados que promuevan la recuperación personal, respetando la autonomía y la corresponsabilidad de la persona en su proceso.**
- **Fortalecer una red sólida y flexible, con equipos multidisciplinares, que asegure continuidad de cuidados, equidad, accesibilidad y visibilidad de los servicios.**
- **Promover la toma de decisiones compartida, la participación de las personas y sus familias, y combatir el estigma asociado a la enfermedad mental.**

El Plan de Prevención de Suicidio y Manejo de la Conducta Suicida, impulsado por la Generalitat Valenciana en 2016, tiene como objetivo principal prevenir las conductas suicidas y reducir las tasas de suicidio en la Comunidad Valenciana. Este plan actúa como la referencia para el fortalecimiento del conocimiento sobre la conducta suicida, la implementación de estrategias de promoción, prevención, detección temprana y el desarrollo de una red de atención de calidad, con la participación activa de todas las personas implicadas desde una perspectiva integral ^[31].



El Plan se estructura en 5 estrategias clave:

| Plan de Prevención de Suicidio y Manejo de la Conducta Suicida de la Comunidad Valenciana | |
|---|---|
| ESTRATEGIA 1 | Promoción de la salud mental positiva y prevención de conductas suicidas. |
| ESTRATEGIA 2 | Detección temprana del riesgo de conducta suicida. |
| ESTRATEGIA 3 | Manejo y tratamiento de la conducta suicida. |
| ESTRATEGIA 4 | Formación y capacitación de profesionales. |
| ESTRATEGIA 5 | Sistemas de información e investigación epidemiológica. |

14

Las 5 estrategias del Plan de Prevención de Suicidio y Manejo de la Conducta Suicida de la Comunidad Valenciana.

Fuente: Elaboración propia a partir del Plan de Prevención de Suicidio y Manejo de la Conducta Suicida de la Comunidad Valenciana.

4.4 MARCO ESTRATÉGICO DE CANTABRIA

El Plan de Salud de Cantabria 2025-2029, elaborado por el Gobierno de Cantabria y publicado en 17 de junio de 2025, tiene como objetivo garantizar un sistema sanitario más accesible, sostenible, equitativo y centrado en las personas. Para ello, plantea una transformación de la modelo asistencial basada en el fortalecimiento de la Atención Primaria (AP), la promoción de la salud, y la incorporación de la digitalización y la innovación como ejes estratégicos, todo ello bajo un enfoque participativo, colaborativo y orientado al futuro ^[32].



El Plan se articula en torno a 3 pilares fundamentales:

| Plan de Salud de Cantabria 2025-2029 |
|--|
| Enfoque de salud pública más transversal y comunitario: impulsando la prevención, la promoción de hábitos de vida saludables y el trabajo intersectorial para abordar los determinantes sociales de la salud desde una visión integral. |
| Un sistema sanitario adaptado a la realidad actual: avanzando hacia un modelo más integrado, preventivo y continuado, con especial atención a las zonas rurales, el respeto a los principios de equidad, y el compromiso con la retención y atracción de talento profesional en la región. |
| La digitalización y modernización del sistema de salud: apostando por herramientas tecnológicas que mejoren la eficiencia, la coordinación asistencial y el acceso equitativo a los servicios, eliminando barreras geográficas o de disponibilidad mediante soluciones como la telemedicina y la interoperabilidad de datos. |

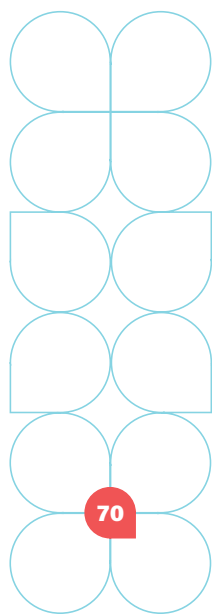
15

Los 3 pilares fundamentales del Plan de Salud de Cantabria 2025-2029.

Fuente: Elaboración propia a partir del Plan de Salud de Cantabria 2025-2029.

El **Plan de Salud Mental de Cantabria 2022-2026**, elaborado por el Gobierno de Cantabria y publicado el 10 de noviembre de 2022, constituye un esfuerzo institucional orientado a la mejora integral de la salud mental de la población de la comunidad autónoma. Tomando como referencia la **Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2022-2026**, este plan da continuidad a las acciones impulsadas en el **Plan de Salud Mental de Cantabria 2014-2019**, incorporando un análisis actualizado de la situación y abordando los retos emergentes, especialmente los derivados del impacto de la pandemia de la COVID-19 ^[33].

Entre los principales desafíos identificados destaca la necesidad de dar respuesta al aumento significativo de los problemas de salud mental tras la crisis sanitaria, lo que ha exigido reforzar los servicios existentes y adaptar las intervenciones a las nuevas demandas sociales y asistenciales.



La misión del Plan es definir y ejecutar actuaciones efectivas que permitan profundizar en el conocimiento de los niveles de salud mental de la población y garantizar una atención integral, comunitaria y de calidad, basada en un modelo intersectorial y centrado en la persona. Se promueve una atención multidisciplinar, eficiente, segura, oportuna y respetuosa con la dignidad de las personas, orientada a favorecer su recuperación óptima, autonomía, reintegración social y continuidad de cuidados.

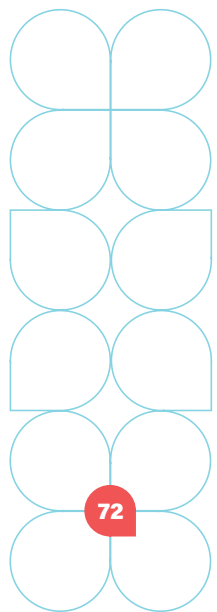
En el ámbito de la prevención del suicidio, el Plan dedica la **Línea 6: Persona con necesidades de atención específicas (Programas asistenciales)**, y dentro de ella, la Sublínea 6a: Prevención y abordaje de la conducta suicida, a la puesta en marcha de acciones concretas destinadas a reducir el riesgo suicida y mejorar la atención a las personas afectadas y sus entornos.

Las principales acciones contempladas en esta sublínea son las siguientes:

- **1. Difusión de los recursos de ayuda a personas en situación de crisis (024 y Teléfono de la Esperanza).**
- **2. Programas conjuntos Sanidad-Educación para la prevención y promoción de la salud mental.**
- **3. Programas integrales de prevención del suicidio en el entorno laboral.**
- **4. Actividades y programas de fortalecimiento de factores protectores en personas mayores.**
- **5. Detección e intervención en grupos vulnerables mediante la coordinación interinstitucional.**



- 6. Creación de un marco de colaboración entre el SCS y el Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses (IMLCF) para el intercambio de información y la investigación en suicidio.
- 7. Apoyo a asociaciones de supervivientes, favoreciendo recursos y servicios de ayuda mutua.
- 8. Elaboración de un protocolo de actuación en la posvención inmediata al suicidio, garantizando una atención integral a familiares y profesionales afectados.
- 9. Mejora de la coordinación asistencial entre los distintos dispositivos que atienden a personas con conducta suicida.
- 10. Garantía de continuidad de cuidados a las personas que han presentado conducta suicida.
- 11. Implementación de programas asistenciales de alta intensidad para la prevención y el manejo de la conducta suicida en personas adultas.
- 12. Programa asistencial de alta intensidad específico para niños y adolescentes.
- 13. Elaboración y difusión del Plan Regional de manejo y prevención del suicidio en Cantabria.
- 14. Promoción de la teleconsulta para mejorar la accesibilidad y la continuidad asistencial.



- **15. Diseño e implementación de un sistema regional de registro de la conducta suicida.**
- **16. Formación continuada en identificación y manejo de la conducta suicida dirigida a profesionales sanitarios y extrasectoriales.**

El **Programa de Alta Resolución para el Manejo de la Conducta Suicida y Prevención del Suicidio (CARS)**, implementado por el Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla (HUMV), y puesto en marcha el 1 de marzo de 2016 en el Área Sanitaria 1 de Cantabria, constituye un modelo de atención intensiva, especializada y multidisciplinar dirigido a las personas atendidas por conducta suicida en el Servicio de Urgencias Psiquiátricas. Su objetivo general es prevenir la recurrencia de la conducta suicida y del suicidio consumado, mejorando los resultados asistenciales y garantizando la continuidad de los cuidados.^[34]

Está dirigido a la población del Área Sanitaria 1 (Santander), que representa aproximadamente el 55% de la población de Cantabria. Desde su puesta en marcha en marzo de 2016 hasta noviembre de 2025, el Programa ha atendido a 971 personas (60% mujeres, edad media 43 años). Los resultados muestran un impacto significativo en la mejora asistencial:

- **Ingresos hospitalarios por riesgo suicida: media anual del 14,5%, frente al 31% en áreas sin CARS.**
- **Recurrencia de tentativas: 12,3%, frente al 21,5% en atención convencional.**



- **Ingresos psiquiátricos por cualquier causa durante el año posterior al tratamiento CARS: 9%, frente al 18% en el circuito convencional.**

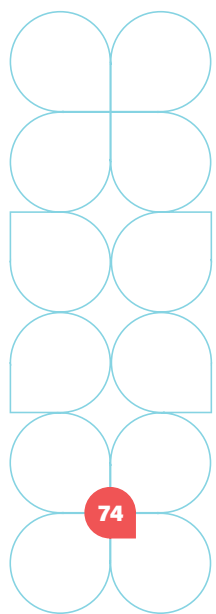
Estos resultados son estadísticamente significativos y avalan la eficacia del modelo, destacada en publicaciones científicas recientes ^[35].

El CARS ofrece una intervención ambulatoria intensiva e interdisciplinar (psiquiatría, psicología, enfermería y terapia ocupacional), orientada a la recuperación emocional, la autonomía personal y la prevención del suicidio, promoviendo la desestigmatización de los problemas de salud mental.

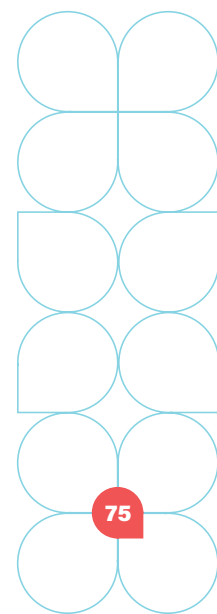
Las intervenciones se desarrollan a lo largo de aproximadamente doce meses, divididos en dos fases: una primera fase intensiva durante los tres primeros meses, a cargo exclusivo del equipo CARS, y una segunda fase de consolidación y monitorización durante los nueve meses siguientes, en coordinación con los profesionales de la Unidad de Salud Mental de referencia. La flexibilidad constituye un principio esencial del modelo, que adapta su duración e intensidad a las necesidades clínicas de cada persona.

El modelo se apoya en una estructura flexible, adaptada a las necesidades clínicas de cada paciente, y se desarrolla a través de seis procesos principales:

- **1. Valoración urgente y asignación del recurso asistencial adecuado.**
- **2. Evaluación multidisciplinar de los casos derivados.**
- **3. Acogida de pacientes y familias e información sobre objetivos del programa.**



- 4. Evaluación, diagnóstico y tratamiento intensivo del episodio índice.
- 5. Alta del programa y planificación del seguimiento posterior.
- 6. Consolidación y coordinación con otros dispositivos asistenciales para garantizar la continuidad de cuidados.





05

Abordaje actual de la conducta suicida en Cantabria

● Abordaje actual de la conducta suicida en Cantabria ●

5.1 ÁMBITO SANITARIO

En 2001, tras las transferencias sanitarias del Instituto Nacional de la Salud (INSALUD), Cantabria ha desarrollado su propia **Red de Atención a la Salud Mental**, configurada en torno a unidades ambulatorias multidisciplinares, dispositivos de hospitalización y una red de recursos intermedios y comunitarios destinados a la rehabilitación y reintegración social. Este modelo combina la atención especializada con la coordinación estrecha con AP, facilitando la detección precoz, la continuidad asistencial y la prevención de recaídas y conductas suicidas.

El **HUMV** constituye el eje central de la atención especializada en salud mental de Cantabria. Su **Servicio de Psiquiatría** ofrece hospitalización de corta y media estancia, atención en urgencias psiquiátricas, hospitalización parcial y consulta ambulatoria, integrando la interconsulta hospitalaria y la atención comunitaria.

El HUMV dispone de programas específicos de alta intensidad, entre los que destacan el **Protocolo de Intervención temprana en psicosis de Cantabria (ITPCan)**, el de **Trastorno Límite de la Personalidad**, y especialmente el **CARS**, que constituye una referencia en la detección temprana, intervención inmediata y seguimiento coordinado de personas en riesgo.

El Servicio de Psiquiatría combina su labor asistencial con docencia e investigación a través de la **Unidad de Investigación en Psiquiatría de Cantabria (UIPC)**, vinculada al **Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental (CIBERSAM)** y al **IDIVAL**, fortaleciendo la innovación en estrategias preventivas y terapéuticas.



Las **Unidades de Salud Mental (USM)** son la base asistencial de la red, integradas por psiquiatras, psicólogos clínicos y enfermería. Su labor se orienta a la detección y atención integral de los problemas de salud mental en el entorno comunitario, al apoyo a AP, y al desarrollo de acciones de promoción y prevención.

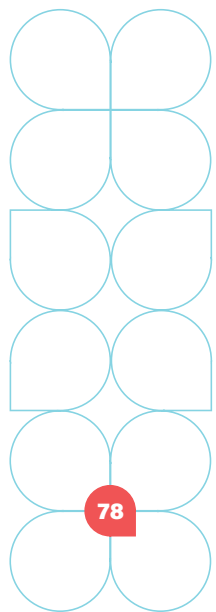
Actualmente existen seis USM de adultos distribuidas territorialmente:

- Cuatro en Santander, dependientes del HUMV (Área I).
- Una en Torrelavega, que cubre las Áreas III y IV.
- Una en Laredo, correspondiente al Área II.

Estas unidades trabajan de forma coordinada con los dispositivos hospitalarios y los servicios sociales, garantizando una atención continuada, accesible y centrada en la persona, clave en la detección temprana del riesgo suicida, la intervención en crisis y el acompañamiento posterior.

Asimismo, Cantabria dispone de un **Programa de Psicología Clínica en Atención Primaria**, cuyo objetivo es mejorar la accesibilidad a los recursos de salud mental y desarrollar acciones preventivas y de promoción. Entre sus líneas de actuación destacan ^[36]:

- Mejorar la accesibilidad a los recursos específicos de tratamiento en salud mental, de acuerdo con la cartera de servicios de Atención Primaria.
- Desarrollar acciones preventivas y de promoción de la salud mental que fomenten el afrontamiento adaptativo en la población.



- Reforzar la coordinación entre Atención Primaria y las Unidades de Salud Mental.

La red ha incorporado **nuevas tecnologías** que optimizan la atención y la gestión clínica, como la **Historia Clínica Electrónica (HCE)** y las **consultas de telepsiquiatría**.

En este contexto, Atención Primaria desempeña un papel estratégico dentro del itinerario asistencial. La evidencia científica indica que muchas personas que fallecen por suicidio han tenido contacto reciente con este nivel asistencial, sin que el riesgo fuera identificado en numerosos casos. En este marco, Atención Primaria se consolida como eje vertebrador en la detección temprana del riesgo suicida y en el acompañamiento continuado de las personas en situación de vulnerabilidad.

5.2 ÁMBITO EDUCATIVO

La Consejería de Educación y Formación Profesional del Gobierno de Cantabria ha impulsado diversas iniciativas formativas orientadas a abordar los factores determinantes de la conducta autolítica y a fortalecer el bienestar emocional del alumnado.

Entre ellas destaca el **Plan Regional de Formación Permanente del Profesorado 2021-2025**, desarrollado por la Dirección General de Innovación e Inspección Educativa a través de los centros de profesorado. Este plan incluye, entre sus líneas estratégicas, la **Línea 5 (Equidad, Inclusión y Atención a la Diversidad)** y la **Línea 6 (Convivencia Escolar)**, que promueven la adquisición de competencias en comunicación, gestión emocional y convivencia positiva, elementos esenciales para la prevención del malestar emocional y la detección temprana de situaciones de riesgo ^[37].



Los objetivos del plan se centran en:

- Reforzar la acción tutorial como herramienta para la gestión de la convivencia y la inclusión social.
- Prevenir la segregación escolar, la vulnerabilidad socioeducativa, el absentismo y el abandono escolar temprano.
- Promover la atención emocional a colectivos vulnerables, especialmente en el contexto posterior a la pandemia.
- Fomentar la creación de entornos educativos seguros y respetuosos, basados en el diálogo, la mediación y la resolución pacífica de conflictos.
- Dotar al alumnado de habilidades sociales y emocionales que favorezcan la comunicación, la autoestima y la autorregulación emocional.

En coherencia con estos objetivos, las **acciones formativas** abordan contenidos como:

- Prevención, detección e intervención temprana en alumnado en situación de vulnerabilidad.
- Gestión del bienestar emocional en los centros educativos.
- Coordinación interinstitucional para la atención de alumnado con necesidades específicas o trastornos mentales.
- Formación docente en escucha activa, empatía, asertividad y mediación educativa.
- Implementación de modelos restaurativos y de convivencia positiva.

Además, desde el curso **2021/22**, la Consejería de Educación de Cantabria junto con la Consejería de Sanidad de Cantabria desarrollan **Ciclos de Jornadas de Formación sobre Salud Mental y Bienestar Emocional**, destinados a fortalecer las competencias del profesorado ante los nuevos retos relacionados con la promoción del bienestar emocional y la prevención de la conducta suicida, reconociendo el papel fundamental del docente en el desarrollo emocional y social del alumnado.

El **Protocolo de Prevención, Detección e Intervención de la Conducta Suicida en el Ámbito Educativo**, publicado por la Consejería de Educación, Formación Profesional y Universidades de Cantabria, dentro de su marco de "Protocolos y Guías" para centros educativos y elaborado durante el curso 2022/2023 y aprobado para su implantación en los centros educativos de la Comunidad Autónoma de Cantabria, constituye una guía de referencia para la prevención del suicidio en los centros educativos. Fue elaborado por un equipo multidisciplinar de las Consejerías de Educación y Sanidad de Cantabria, con el propósito de ofrecer orientaciones y herramientas prácticas a los profesionales del ámbito educativo ^[38].

El documento aborda aspectos clave como el marco conceptual, los factores de riesgo y protección, los principios de actuación, los procedimientos de detección y derivación de casos de alumnado en riesgo, así como las consideraciones legales correspondientes. Su objetivo principal es dotar al profesorado y a los equipos educativos de recursos eficaces para prevenir conductas suicidas entre el alumnado.

Dentro del protocolo, se destaca que la prevención primaria tiene como finalidad fomentar una actitud proactiva frente a la conducta suicida en toda la comunidad educativa. Esta



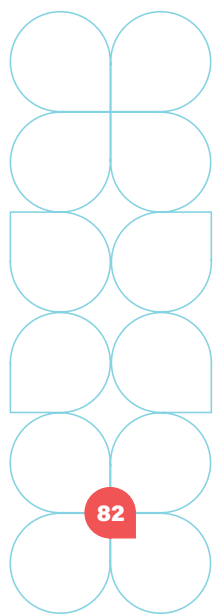
implica promover el conocimiento sobre el fenómeno y sus estrategias de prevención antes de que aparezcan indicadores de riesgo.

En este contexto, los centros educativos pueden desarrollar diversas estrategias, entre las que se incluyen:

- **Plan de Convivencia:** Articula los esfuerzos de toda la comunidad educativa en torno a valores de no violencia, tolerancia y solidaridad, así como la prevención y resolución pacífica de conflictos. Incluye recursos como comisiones de convivencia, equipos de mediación, círculos de diálogo y programas de alumnado ayudante, que fomentan la socialización, el acompañamiento entre iguales y un clima escolar seguro y afectivo.
- **Plan de Acción Tutorial (PAT):** Organiza la acción tutorial como instrumento clave para la prevención e intervención ante conductas suicidas, especialmente en alumnado con vulnerabilidad baja o media. Proporciona herramientas para la gestión emocional, la detección temprana y el acompañamiento, y se articula estrechamente con el Plan de Convivencia para garantizar un enfoque integral y multidisciplinar.

Estas acciones contribuyen a generar **entornos educativos protectores**, fortalecer las competencias socioemocionales del alumnado y consolidar la **colaboración entre docentes, sistema sanitario y servicios sociales**, esenciales para la prevención, seguimiento y posvención de conductas suicidas.

Además, el **Programa de prevención de la conducta suicida ZIUR** forma parte del Programa de Cooperación Territorial de Bienestar Emocional en el ámbito educativo. Su



desarrollo responde a la decisión del Comité de prevención, detección e intervención de la conducta suicida de impulsar iniciativas para promover el aprendizaje socioemocional en los centros educativos de Cantabria. El objetivo del programa es fortalecer el bienestar emocional del alumnado mediante herramientas que les permitan gestionar sus emociones y establecer relaciones interpersonales saludables

5.3 ÁMBITO SOCIAL

En Cantabria, el ámbito social cuenta con diversos planes, programas y protocolos que contribuyen a la prevención del suicidio, orientados a distintos colectivos y necesidades.

La **Estrategia de Inclusión para Personas sin Hogar**, aprobada por el Gobierno de Cantabria el 26 de enero de 2023, coordina los esfuerzos de administraciones públicas y entidades del Tercer Sector de Acción Social, facilitando una intervención integrada en el territorio ^[39].

El **Programa de Apoyo Integral a las Familias (PAIF)**, promovido por el Gobierno de Cantabria e iniciado en 2017, tiene como objetivo fomentar la parentalidad positiva y fortalecer las competencias parentales, con el fin de optimizar la dinámica familiar y el desarrollo de niños, niñas y adolescentes. Este programa se articula siguiendo recomendaciones nacionales e internacionales y se implementa de manera integral desde la comunidad, con coordinación de los Servicios Sociales de AP y participación de recursos educativos, sanitarios y culturales ^[40].

El **modelo Barnahus** representa un cambio de paradigma en la atención a menores víctimas de abuso sexual, situando al niño o niña en el centro de la intervención. Este

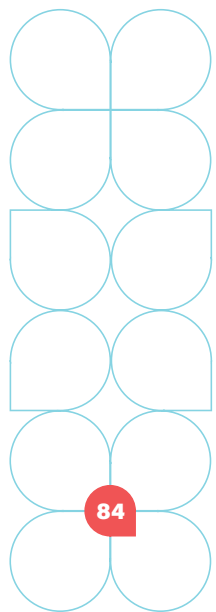


modelo coordina policía, protección a la infancia, justicia y salud (psicología y medicina forense) en un único espacio, evitando la repetición de testimonios ante distintos profesionales y reduciendo la victimización secundaria.

Existen también asociaciones y programas que aportan apoyo específico:

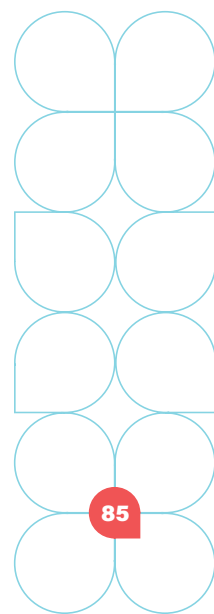
- **ALEGA Cantabria:** Asociación LGTBI+ que reivindica derechos y ofrece un espacio de encuentro y apoyo a personas que necesitan un entorno seguro y de inclusión social.
- **ASCASAM:** Desarrolla programas de promoción de la salud mental y prevención de la exclusión, consolidando el movimiento asociativo, ofreciendo orientación y lucha contra el estigma, y fomentando el empoderamiento de personas con problemas de salud mental.
- **Paisaje:** Asociación cántabra para la prevención del suicidio que organiza grupos de ayuda mutua para supervivientes, guiados por profesionales de la psicología.
- **Nueva Vida:** Apoya a personas que salen de internamiento penitenciario sin hogar y a mujeres víctimas de trata y explotación sexual.

En el plano social, destaca especialmente el papel activo del movimiento asociativo de familiares y personas afectadas, que desde hace años impulsa campañas de sensibilización y promoción de la salud mental, así como iniciativas específicas de prevención del suicidio. Entre sus acciones se incluyen la visibilización de testimonios en primera persona, la organización de programas formativos, el fomento de grupos de ayuda mutua



tanto para personas con problemas de salud mental como para familiares, la creación de grupos de supervivientes, y la prestación de apoyo psicológico y social.

En conjunto, estos programas, asociaciones y estrategias conforman una red social de prevención que busca intervenir de manera temprana, coordinada y adaptada a las necesidades de los distintos colectivos, reforzando los factores protectores y reduciendo el riesgo de conductas suicidas en la comunidad cántabra.





06

Análisis DAFO - CAME

● **Análisis DAFO - CAME** ●

La situación del abordaje, prevención y posvención del suicidio en Cantabria se ha analizado mediante la realización de un diagnóstico que ha abordado los siguientes ámbitos:

- **Revisión de los principales desarrollos normativos y estrategias impulsadas, tanto a nivel nacional como autonómico, relacionadas con la prevención y atención del suicidio.**
- **Análisis de la estructura demográfica de Cantabria y de los principales indicadores de salud mental y factores de riesgo asociados a conductas suicidas.**
- **Evaluación de los recursos, servicios y programas para la prevención, intervención y posvención del suicidio en atención social, sanitaria y comunitaria.**

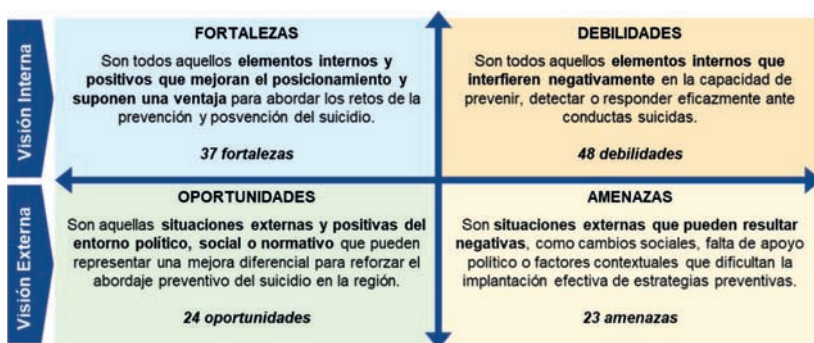
El objetivo de este estudio es sintetizar y consolidar los hallazgos clave mediante un análisis DAFO-CAME, que incorpora las principales conclusiones de la revisión documental, entrevistas, cuestionarios y sesiones de trabajo con grupos de profesionales.

De este modo, se identificaron los aspectos más relevantes de carácter interno (Fortalezas y Debilidades) y externo (Oportunidades y Amenazas). A partir de este análisis, se realizó también un análisis CAME (Corregir, Afrontar, Mantener y Explotar) que permitió definir acciones para corregir debilidades, afrontar amenazas, mantener fortalezas y aprovechar oportunidades. Esto facilitó el diseño e implementación de las estrategias operativas del Plan de Prevención del Suicidio en Cantabria 2026-2029.



6.1 DAFO

Las aportaciones recibidas para elaborar la matriz DAFO se han identificado y clasificado de la siguiente manera:



Matriz DAFO (Fortalezas, Debilidades, Oportunidades y Amenazas).

Fuente: Elaboración propia.

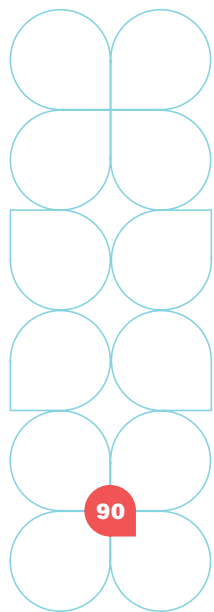
Fortalezas (37 fortalezas)

- 1. Interés específico en la mejora del abordaje de la prevención del suicidio en Cantabria desde el Plan de Salud Mental de 2022-26, contando con una participación multidimensional y abordar la conducta suicida, a través de la línea 6a, con financiación finalista y recursos.
- 2. Creciente sensibilidad institucional ante el suicidio como una prioridad en salud pública.
- 3. Comienza a considerarse el reconocimiento de la heterogeneidad de los perfiles en riesgo suicida, alejándose de estereotipos que lo asocian exclusivamente a trastornos mentales graves, e incorporando la consideración de los factores socio-sanitarios de la población.

- 4. Creciente reconocimiento y análisis de los factores de riesgo asociados al suicidio desde una perspectiva multidimensional, que integra variables individuales, sociales, laborales, culturales y estructurales.
- 5. Conciencia creciente sobre la importancia de la salud mental en el trabajo y su impacto en la productividad y el bienestar.
- 6. Existencia de un marco de reflexión y acción colectiva orientado al desarrollo de estrategias de prevención del suicidio que tengan en cuenta todos los contextos sociales relevantes (laboral, educativo, comunitario, institucional, etc.).
- 7. Reconocimiento de la necesidad de equipos multidisciplinares integrados por forenses, psicólogo, trabajadores sociales, cuerpos y fuerzas de seguridad, servicios de emergencias, profesionales técnicos del ámbito educativo, entre otros, para una comprensión más integral y una mejor prevención del suicidio.
- 8. Buena relación y colaboración con otras instituciones como la Consejería de Educación, Formación Profesional y Universidades, el Instituto de Medicina Legal, el Ayuntamiento de Santander, etc.
- 9. Buena relación y colaboración con Asociaciones de Personas afectadas (ASCASAM, AMICA, ADANER, Fundación Paisaje).
- 10. Existencia de un Proceso de Conducta Suicida en la Historia Clínica Electrónica (HCE) desarrollada en el servicio de psiquiatría del HUMV.
- 11. Experiencia acumulada en la organización y desarrollo en el HUMV del Programa CARS que proporciona una sólida base de conocimiento y buenas prácticas en la prevención y el abordaje del suicidio, con potencial para ser aplicada y extendida al resto de áreas asistenciales implicadas.



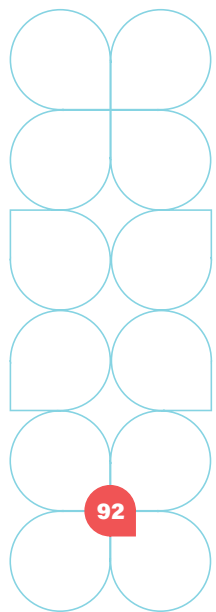
- 12. Implantación de las nuevas tecnologías (HCE, Mensajería Sanitaria -MAS- y Consultas de Telepsiquiatría) con uso consolidado en el ámbito hospitalario.
- 13. Existencia, en algunas instituciones involucradas, de un sistema interno de registro y análisis estadístico de las intervenciones ante suicidios, como el sistema IPES de la policía, que permiten evaluar y mejorar las respuestas.
- 14. Investigación en materia de conducta suicida (IDIVAL y colaboración con el Observatorio de Salud Pública de Cantabria).
- 15. Existencia de docencia de pre y postgrado y formación MIR en prevención y posvención del suicidio a través de la Unidad Docente, mediante un programa online, generalizado a través de la plataforma SOFOS desarrollado por el SCS y dirigido a las categorías A1 y A2 de profesionales sanitarios.
- 16. Elevado interés de una formación amplia y continua para todas las personas involucradas, incluyendo cuerpos policiales, forenses, servicios de emergencias, docentes y personal sanitario.
- 17. Desarrollo de planes de formación orientados a proporcionar herramientas para el manejo de la carga emocional y la gestión eficaz de escenarios complejos (p.ej.: los cuerpos y fuerzas de seguridad).
- 18. Posibilidad de articular canales de soporte emocional para las personas implicadas en la atención al suicidio como cuerpos y fuerzas de seguridad, personal forense, servicios de emergencias, profesionales técnicos del ámbito educativo, entre otros, que además de realizar tareas de actuación e intervención asumen una carga humana considerable que puedan dificultar un proceso adecuado.



- 19. Existencia de una oferta formativa especializada en intervención en crisis y situaciones de riesgo (p.ej.: formaciones en los cuerpos policiales como atención a víctimas múltiples -AMOK, técnicas de autoprotección e intervención -TAI-, etc.).
- 20. Voluntad compartida entre todas las personas involucradas de desarrollar una respuesta al suicidio más coherente, sistemática, compartida y especializada para todos los niveles y ámbitos implicados.
- 21. Existencia de un protocolo común de identificación de casos de conducta suicida, articulado a través del Servicio de Urgencias Psiquiátricas del HUMV y del Hospital de Sierrallana (HSSL).
- 22. Iniciativa conjunta para abordar los factores de riesgo y protección desde una perspectiva integral, fortaleciendo la colaboración entre los ámbitos sanitario, educativo y laboral.
- 23. Interés del sistema educativo en la prevención del suicidio, especialmente en la adolescencia, a través de la puesta en marcha del programa ZIUR, así como de la aplicación de medidas educativas para la prevención, detección e intervención de la conducta suicida.
- 24. Existencia de programas de formación y capacitación de gatekeepers en ámbitos comunitarios, como el educativo, laboral, cuerpos de seguridad, personas referentes de entidades sociales, responsables de colectivos vulnerables, entre otros, que contribuyen a sensibilizar y preparar a la comunidad para detectar y derivar personas en riesgo, reforzando el trabajo de AP, salud mental y otras áreas sanitarias.



- 25. Implementación de estrategias de sensibilización y alfabetización emocional, como campañas locales, charlas y materiales educativos (p.ej.: Policía Nacional, a través de su Unidad de Participación Ciudadana, realiza actividades preventivas en centros escolares y asociaciones).
- 26. Presencia de redes de apoyo emocional mediante grupos de ayuda mutua profesionalizados, impulsados por asociaciones de personas afectadas y sus familias.
- 27. Gran valor de las asociaciones y redes comunitarias como elementos clave en la recuperación emocional y el acompañamiento a las personas afectadas y sus familias.
- 28. Buena imagen de los servicios de Salud Mental y Psiquiatría ante la Gerencia del SCS y la Consejería de Salud.
- 29. Establecimiento de programas y acciones, impulsados por el grupo ALEGA, que promueven la integración social y la mejora de las condiciones de vida de la comunidad transexual, considerada un grupo de riesgo en relación con la conducta suicida.
- 30. Existencia del Programa de Apoyo Integral a las Familias (PAIF) con potencial para generar mejoras en el bienestar emocional en el largo plazo.
- 31. Implantación de una Estrategia de Inclusión para las Personas Sin Hogar en Cantabria, que proporciona una amplia variedad de recursos y servicios destinados a su atención integral.
- 32. Disponibilidad del Programa de Psicología Clínica en AP de Cantabria, orientado a mejorar la accesibilidad a recursos de Salud Mental y desarrollar acciones preventivas y de promoción.



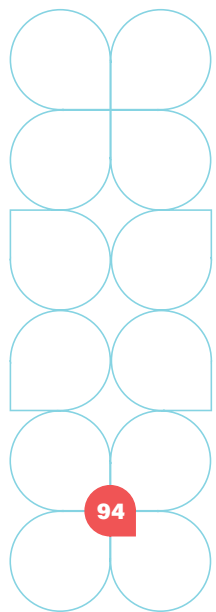
- 33. Proceso de implantación del Protocolo Barnahus de prevención, detección y derivación de casos de abuso sexual infantil.
- 34. Convenio entre la Guardia Civil y el Colegio de Psicólogos para la intervención psicosocial urgente e individualizada en situaciones críticas (p ej.: homicidios, accidentes de tráfico, etc.).
- 35. Existencia de un marco legal que reconoce el rol fundamental del sistema educativo en la prevención del sufrimiento emocional y del suicidio mediante la educación emocional desde edades tempranas. (Programa de Cooperación Territorial para el Bienestar Emocional en el ámbito educativo -PCTBE- del Ministerio de Educación).
- 36. Accesibilidad, continuidad y seguimiento longitudinal en AP permiten establecer una relación de confianza médico-paciente que facilita un conocimiento profundo del historial biopsicosocial y posibilita detectar de forma precoz cambios en el estado de ánimo y/o comportamientos relacionados con riesgo suicida.
- 37. Alta capacidad de AP para detectar precozmente la ideación suicida, intervenir de forma oportuna y acompañar a la persona en riesgo, al ser el primer punto de contacto sanitario.

Debilidades (51 debilidades)

- 1. Déficits en la coordinación entre Atención Hospitalaria (AH) y AP e inexistencia de un sistema informático sanitario interconectado.
- 2. Inexistencia de un protocolo consensuado y homogéneo en AP para la detección, abordaje inicial y adecuada derivación de personas en riesgo suicida.



- 3. Insuficiente coordinación entre AP y los servicios de Salud Mental, marcada por la falta de sistemas eficaces de comunicación y planificación conjunta, que provoca demoras en la atención especializada, duplicidades en los procesos, etc.
- 4. Ausencia de un instrumento de cribado rutinario y validado en AP que permita detectar de forma sistemática la ideación suicida.
- 5. Insuficiente comunicación y coordinación entre los distintos actores institucionales y sociales, debido a la falta de canales efectivos de diálogo, articulación y cooperación.
- 6. Diferente grado de desarrollo de los programas asistenciales en función de las Áreas Sanitarias.
- 7. Bajo grado de desarrollo de programas de prevención a nivel autonómico.
- 8. Falta de una vía telefónica asistencial específica en Cantabria, interconectada entre los distintos niveles asistenciales, vinculada al 024 y coordinada con el 061, extendiéndose a través de este al resto de servicios, con acceso a la historia clínica y a un sistema de registro de llamadas.
- 9. Insuficiencia en el número y disponibilidad de dispositivos intensivos de rápida accesibilidad y seguimiento para personas que acuden a urgencias con ideas o intentos suicidas.
- 10. Falta de protocolos con criterios consensuados que orienten la intervención en los dispositivos intensivos de rápida accesibilidad y seguimiento, lo que genera variabilidad en la atención a personas que acuden a urgencias con ideas o intentos suicidas.



- 11. Inexistencia de procedimientos sistematizados que articulen la información y la actuación conjunta entre prevención laboral y servicios sanitarios.
- 12. Necesidad de establecer convenios formales y permanentes entre el IMLCF y los servicios de salud mental para el intercambio sistemático de datos forenses con fines preventivos y asistenciales.
- 13. Inexistencia de datos asistenciales sobre suicidios e intentos, debido a la falta de coordinación uniforme en urgencias, AP, AH y centro coordinador de emergencias, así como la ausencia de interconexión y digitalización entre los sistemas y fuentes implicadas.
- 14. Ausencia de procedimientos automatizados para la recogida de datos, lo que genera duplicidades y procesos burocráticos costosos.
- 15. Falta de criterios claros y procedimientos definidos en el ámbito sanitario sobre la recolección de información, lo que dificulta su registro adecuado.
- 16. Necesidad de implementar protocolos claros, coordinados e interinstitucionales para la prevención, intervención en crisis y posvención.
- 17. Deficiencias en los programas de protección relacionados con la violencia de género, la soledad no deseada y colectivos vulnerables (p ej.: personas mayores, población LGTBIQ+, etc.).
- 18. Existencia de una dispersión geográfica y orografía que, en ocasiones, dificultan el acceso a los servicios y la atención, en determinadas áreas (p ej.: áreas rurales), lo que afecta la cobertura y la efectividad de la atención en estas zonas.
- 19. Evaluación del riesgo suicida variable por falta de criterios unificados.



- 20. Limitada formación especializada en prevención y posvención entre todas las personas implicadas.
- 21. Falta de recursos especializados y protocolos específicos para la posvención, lo que limita el apoyo adecuado y continuado a familiares y allegados tras un suicidio.
- 22. Carencia de recursos, programas y dispositivos específicos dirigidos a menores.
- 23. Necesidad de desarrollar e implementar acciones de formación con foco en identificar y abordar factores de riesgo en la prevención entre los/as profesionales implicados.
- 24. Ausencia de una vía clínica común, estructurada y compartida entre los distintos niveles del ámbito sanitario y sociosanitario (061, AP, AH, dispositivos de salud mental y servicios sociales).
- 25. Existe una necesidad de mejorar el conocimiento operativo del Programa CARS por parte del personal profesional de otros servicios y unidades, debido a la falta de canales y protocolos formales de coordinación entre el equipo del programa y esos servicios.
- 26. Exceso de enfoque sanitario, con poca atención a los determinantes sociales.
- 27. Falta de una coordinación sociosanitaria estructurada y suficiente en la prevención e intervención del suicidio.
- 28. Necesidad de impulsar protocolos específicos en prevención del suicidio en todos los ámbitos implicados en dicha prevención.

- 29. Poca presencia de salud mental en negociación colectiva, con escasa atención específica a los riesgos psicosociales y la ausencia de un mapeo sistemático de estos riesgos en el sistema de clasificación profesional de cada sector.
- 30. Necesidad de evitar la medicalización excesiva y mantener un enfoque integral en el abordaje del suicidio.
- 31. Falta de difusión y conocimiento sobre los protocolos y programas de capacitación para los medios de comunicación, para que puedan informar de forma asertiva y responsable, evitando estereotipos y sensacionalismo.
- 32. Acceso mejorable a los recursos debido a desconocimiento, estigmatización y falta de adaptación de los servicios a situaciones específicas vinculadas al suicidio (p ej.: personas con trastornos mentales graves, jóvenes en riesgo, personas en situación de vulnerabilidad social, etc.).
- 33. Necesidad de impulsar campañas de sensibilización más efectivas sobre la prevención del suicidio y el bienestar mental.
- 34. Déficit de recursos comunitarios de carácter sanitario y especializados en la red asistencial, lo que dificulta la actuación preventiva.
- 35. Inexistencia de protocolos sistemáticos a nivel institucional para implementar las autopsias psicológicas de oficio.
- 36. Baja interoperabilidad entre los sistemas de información de distintas instituciones, lo que dificulta la integración y el intercambio eficiente de datos entre niveles asistenciales y entre ámbitos de atención (sanitario, social, laboral, etc.).



- 37. Escasa capacidad de análisis y explotación de los datos disponibles, lo que impide extraer información útil para la planificación, evaluación de intervenciones y mejora continua del sistema.
- 38. Intervención de los servicios y agentes implicados focalizada en las fases finales de la crisis, con limitada participación en etapas tempranas o preventivas (p.ej.: servicios de emergencias, cuerpos y fuerzas de seguridad, etc.).
- 39. Variabilidad en el grado de motivación del personal profesional respecto de la atención al suicidio.
- 40. Insuficiente desarrollo de espacios comunitarios y programas educativos que fomenten relaciones humanas positivas y el asociacionismo, limitando su alcance y efectividad.
- 41. Menor dotación de recursos humanos en comparación con las ratios de otras CCAA.
- 42. Inexistencia de procesos de evaluación de las actividades actuales del sistema sanitario para identificar ineficiencias y procesos que no aportan valor, mejorando la eficiencia y optimizando el uso de recursos.
- 43. Existencia de zonas con mayor incidencia de conductas suicidas o crisis psicosociales (hotspots) donde no se aplican medidas preventivas específicas ni dispositivos de contención adecuados.
- 44. Desigualdades territoriales en Cantabria en el acceso a servicios de emergencia y apoyo psicológico, que dificultan una cobertura homogénea.

- 45. Falta de acciones concretas para la prevención del suicidio desde la perspectiva de las personas con discapacidad o enfermedad terminal, teniendo en cuenta sus necesidades específicas.
- 46. Históricamente, el desarrollo de las iniciativas para el abordaje del suicidio ha sido puntual, fragmentado y carente de la continuidad necesaria.
- 47. Falta de homogeneización en el uso e implementación del Proceso de Conducta Suicida en la Historia Clínica, sin un sistema compartido que facilite el acceso estructurado a la información, limitándose la comunicación entre niveles asistenciales a través del Visor Corporativo.
- 48. Necesidad de implementar un programa intensivo de seguimiento y atención (como el Programa CARS) en el resto de las áreas sanitarias de Cantabria, lo que genera inequidad en el acceso a intervenciones especializadas.
- 49. Falta de conocimiento entre profesionales de distintos niveles asistenciales (AP, 061, etc.) sobre los criterios de ingreso, derivación y aplicabilidad del Programa CARS, dificultando su integración y coordinación en el abordaje del riesgo suicida.
- 50. Limitado uso y escasa integración de herramientas tecnológicas como la MAS y la HCE en algunos ámbitos implicados (como el ámbito extrahospitalario, AP, etc.) dificultando la comunicación y el acceso ágil a la información.
- 51. Necesidad de implementar una formación sanitaria especializada práctica, especializada y reglada en prevención y posvención del suicidio.



Oportunidades (24 oportunidades)

- 1. Existencia en el Plan de Salud Mental de recomendaciones sobre dotación de recursos y programas necesarios en Cantabria, incluida una línea específica sobre prevención del suicidio.
- 2. Sensibilidad política y social por problemas de Salud Mental como el suicidio.
- 3. Oportunidad para dejar de vincular el suicidio con la enfermedad mental y abordarlo desde una perspectiva multifactorial (aspectos sociales, económicos, laborales, etc).
- 4. Apoyo institucional multisectorial que incluye a la Consejería de Salud, SCS y a otras consejerías e instituciones implicadas en la prevención y abordaje del suicidio.
- 5. Existencia de un marco legislativo que permite desarrollar reglamentariamente la prevención de riesgos laborales e incorporar explícitamente el suicidio y riesgos psicosociales
- 6. Creciente voluntad política e institucional y un marco estratégico favorable que generan un contexto propicio para impulsar acciones coordinadas y sostenidas en la prevención del suicidio.
- 7. Oportunidad de seguir impulsando la creación y consolidación de figuras especializadas (p. ej. comisionado de salud mental) que impulsen políticas preventivas.
- 8. Potencial para fortalecer la coordinación interinstitucional supraautonómica mediante el intercambio regular de información y buenas prácticas a través de encuentros periódicos.

- 9. Existencia de normas y estrategias tanto a nivel estatal como autonómico que establecen bases para la prevención de riesgos laborales y psicosociales.
- 10. Existencia de un marco legal que reconoce el rol fundamental del sistema educativo en la prevención del sufrimiento emocional y del suicidio mediante la educación emocional desde edades tempranas.
- 11. Existencia en la Consejería de Salud de una Dirección General competente en materia de Transformación Digital y Relaciones con las personas usuarias interesada en el desarrollo de proyectos TIC en el ámbito de la salud mental.
- 12. Impulso de nuevas herramientas y sistemas de recogida y análisis de datos que permitan una mejor vigilancia epidemiológica.
- 13. Aprovechamiento de las tecnologías digitales para facilitar el seguimiento, apoyo y rehabilitación del trabajador tras una baja por riesgo psicosocial.
- 14. Aumento de la conciencia sobre la salud mental en el contexto post-COVID.
- 15. Posibilidad de establecer acuerdos con la industria farmacéutica y fundaciones sociosanitarias para el desarrollo de nuevas iniciativas.
- 16. Voluntad compartida para fortalecer el rol preventivo de la inspección de trabajo mediante el acceso a datos sobre malestar laboral para promover mejoras técnicas en las empresas.
- 17. Creciente reconocimiento del papel fundamental de la familia como agente preventivo, especialmente en la identificación de señales de alerta, la comunicación emocional y la derivación oportuna a recursos especializados.
- 18. Oportunidad de abordar el suicidio más allá de la enfermedad mental, integrando múltiples factores (sociales, económicos, laborales, etc.).



- 19. Aprovechar las leyes y políticas vigentes para exigir financiación específica destinada a la prevención integral del suicidio.
- 20. Programas de detección y apoyo a mujeres en contextos de prostitución (dirección general de igualdad y mujer, Asociación Nueva Vida, Médicos del mundo, APLEC).
- 21. Plan estratégico vinculado a la Dirección General de la Policía, que involucra un equipo multifactorial y psicosocial que realiza autopsias psicológicas al personal propio.
- 22. Disponibilidad del Programa Roca dirigido a personas mayores en entornos rurales, para detectar alertas relacionadas con su rutina diaria, como la toma de medicación y el seguimiento de su salud.
- 23. Existencia de Programa Afecto que fortalece las competencias parentales de las familias y el desarrollo positivo de niños, niñas y adolescentes.
- 24. Suscripción de un convenio formal entre el 061 y la Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado para coordinar la intervención psicosocial urgente e individualizada en situaciones críticas.

Amenazas (23 amenazas)

- 1. Aumento de las demandas asistenciales en relación con los recursos humanos.
- 2. Falta de un marco de evaluación del impacto y eficacia de las iniciativas y agentes participantes en el abordaje de la atención al suicidio.

- 3. Bajo nivel de decisión en la selección del personal que se contrata e inestabilidad laboral.
- 4. Falta de desarrollo (y/o adecuación) de indicadores de actividad y resultados adecuados para todas las áreas implicadas del sistema de salud en la prevención y posvención del suicidio.
- 5. Problemas de equidad en la continuidad asistencial por la distinta dependencia administrativa de los dispositivos de todas las áreas implicadas del sistema de salud.
- 6. Escasez de recursos humanos en Salud Mental y competencia en las contrataciones entre las Áreas Sanitarias de Cantabria y, también, con otras CCAA.
- 7. Saturación del sistema sanitario por aumento de la demanda en salud mental (p ej.: mayor presión asistencial y riesgo de sobrecarga en AP).
- 8. Percepción de un incremento progresivo de los intentos de suicidio, especialmente entre la población joven y grupos vulnerables, tras la pandemia de COVID-19.
- 9. Normalización y alta prevalencia del consumo de alcohol, marihuana y otras sustancias, que aumenta la vulnerabilidad psicosocial, especialmente en jóvenes, incluyendo las conductas adictivas sin sustancia.
- 10. Tratamiento mediático inadecuado o sensacionalista del suicidio en medios de comunicación y redes sociales, que puede agravar la vulnerabilidad social y dificultar la prevención.
- 11. Proliferación de contenidos nocivos en redes sociales y plataformas digitales, que pueden normalizar el suicidio, especialmente entre jóvenes, generando efectos de imitación, desinformación y aumento del riesgo en poblaciones vulnerables.

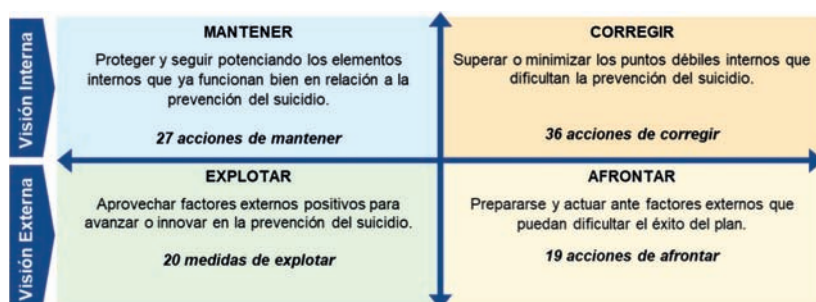


- 12. Falta de definición clara en la coordinación entre niveles administrativos (Estado y CCAA), lo que dificulta la implementación efectiva de estrategias comunes.
- 13. Existencia de vacíos normativos en la aplicación psicosocial de leyes como la de Prevención de Riesgos Laborales.
- 14. Persistencia del estigma social, que dificulta la búsqueda de ayuda y la participación en programas preventivos, especialmente entre jóvenes y grupos con adicciones o problemas emocionales.
- 15. Falta de concienciación entre entidades públicas y privadas respecto de la dimensión psicosocial como parte de la prevención laboral, lo que limita la implementación de medidas efectivas.
- 16. Falta de adaptación de los servicios y programas de prevención a la diversidad cultural, lingüística o de género, lo que reduce su efectividad y alcance.
- 17. Barreras culturales, sociales y asistenciales que dificultan la solicitud temprana de ayuda (p.ej.: la precariedad laboral, dificultades para acceder a vivienda digna, exclusión social, etc.).
- 18. Limitaciones legales para el uso de datos forenses con fines preventivos.
- 19. Déficit estructural en alfabetización social sobre el suicidio por su condición de tabú aún en la actualidad.
- 20. Visión limitada de las políticas públicas actuales que enfoca principalmente la intervención del suicidio en el ámbito de los servicios de salud mental, sin integrar de manera adecuada otras dimensiones involucradas, ni continuidad más allá de los ciclos de gobierno.

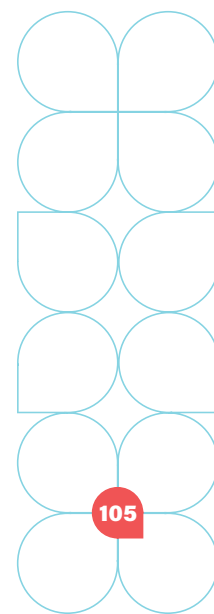
- 21. Persistencia del estigma social asociado a la salud mental y al suicidio, que obstaculiza la prevención y la búsqueda de ayuda.
- 22. Necesidad de desarrollar el marco legal y de actuación para la investigación de las causas subyacentes en los suicidios, singularmente cuando puedan existir responsabilidades de terceros.
- 23. Carencia generalizada de capacidades de gestión emocional en la población, especialmente desde edades tempranas, con un aumento preocupante en el número de jóvenes que presentan déficits en competencias emocionales y baja tolerancia a la frustración.

6.2 CAME

Las aportaciones recibidas para elaborar las medidas CAME se han identificado y clasificado de la siguiente manera:



Fuente: Elaboración propia.





Mantener (27 medidas)

- 1. Mantener y mejorar los programas de abordaje de la prevención y posvención del suicidio ya existentes mediante su evaluación y rediseño y con el compromiso organizativo institucional al respecto.
- 2. Impulsar la creación y consolidación de la mesa intersectorial sobre suicidio como órgano estable de coordinación.
- 3. Potenciar el empleo de nuevas tecnologías (Historia Clínica Electrónica, mensajería MAS, telepsiquiatría, etc.) para la gestión, asistencia, coordinación e investigación.
- 4. Aumentar la visibilidad de la necesidad de prevención y atención de la conducta suicida en la Consejería de Salud, SCS y la sociedad en general.
- 5. Consolidar y ampliar las líneas de investigación activas, reforzando la colaboración con el IDIVAL, CIBERSAM, el Observatorio de Salud Pública de Cantabria y otros actores académicos.
- 6. Sostener y reforzar la colaboración con asociaciones de pacientes y familiares (ASCASAM, AMICA, ADANER, entre otras).
- 7. Dar continuidad a equipos multidisciplinares de profesionales, asegurando su funcionamiento coordinado y su respaldo institucional en protocolos y estructuras organizativas.
- 8. Mantener convenios de colaboración estables con entidades comunitarias, educativas y sociales para mantener una red de atención y prevención activa.

- 9. Sistematizar las buenas prácticas desarrolladas en Cantabria, con especial atención a las experiencias en entornos escolares y cuerpos de seguridad, y escalarlas a otras áreas y contextos donde aún no se implementan de forma homogénea.
- 10. Garantizar una formación continuada y especializada para todas las personas implicadas, incluyendo cuerpos policiales, forenses, docentes, personal sanitario, servicios de emergencias y las propias representaciones legales de trabajadores/as, con especial atención al manejo emocional, el trabajo en crisis y la intervención en contextos de alto impacto.
- 11. Sostener foros institucionales periódicos de reflexión sobre el abordaje del suicidio en Cantabria, con la participación de representantes de las entidades participantes en su abordaje.
- 12. Potenciar el uso de sistemas institucionales de registro y análisis (p ej.: IPES de la policía), integrándolos en los procesos de evaluación y mejora continua.
- 13. Reforzar la docencia pre y postgrado y la formación sanitaria especializada en prevención y posvención del suicidio.
- 14. Impulsar e implementar un protocolo común de identificación de conducta suicida para su articulación dentro de los Servicios de Urgencias Psiquiátricas en las diferentes áreas sanitarias, asegurando su funcionamiento durante las 24 h de los 356 días.
- 15. Fortalecer y visibilizar el papel de las redes comunitarias y grupos de ayuda mutua profesionalizados en la prevención, recuperación y acompañamiento de personas afectadas por conducta suicida.
- 16. Promover una atención diferenciada y libre de estereotipos sobre los perfiles en riesgo suicida, fomentando una evaluación integral más allá de los diagnósticos psiquiátricos graves.



- 17. Sustener la integración de la salud mental laboral en las estrategias de prevención, impulsando protocolos específicos en entornos de trabajo y campañas de concienciación.
- 18. Impulsar y dar visibilidad a las iniciativas de los servicios de Salud Mental del SCS a nivel nacional.
- 19. Reforzar el cumplimiento de la normativa de salud mental laboral, promoviendo la intervención de Inspección de Trabajo (Ley 31/1995 y Criterio Técnico 104/2021).
- 20. Promover, desde los cuerpos y fuerzas de seguridad y los cuerpos de bomberos, la elaboración y distribución de materiales informativos y asistenciales dirigidos a personas con ideación suicida, con recursos de apoyo y pautas de actuación en crisis, implicando también a los servicios de prevención y salud pública en su difusión.
- 21. Implementar un programa institucional de soporte emocional y acompañamiento psicológico específico para profesionales implicados en la atención al suicidio, que incluya espacios de escucha activa, supervisión clínica periódica y estrategias de autocuidado.
- 22. Fortalecer y desarrollar los programas comunitarios existentes dirigidos a prevenir algunos determinantes sociales de problemas de salud mental (como el Programa de Apoyo Integral a las Familias, la Estrategia de Inclusión para las Personas Sin Hogar en Cantabria o el Protocolo Barnahus).
- 23. Reforzar la continuidad y estabilidad de los profesionales en AP para fortalecer la relación de confianza profesional - paciente que facilite la detección precoz de señales de riesgo suicida.

- 24. Optimizar el tiempo en las consultas y promover la accesibilidad con el médico de AP, incluyendo modalidades como la visita domiciliaria, para permitir un seguimiento integral y temprano de factores biopsicosociales relacionados con la prevención del suicidio.
- 25. Priorizar y fortalecer la prevención y atención anticipatoria en AP, manteniendo y consolidando actividades preventivas relacionadas con la salud mental, como el cribado sistemático de depresión en poblaciones vulnerables y la realización de intervenciones breves sobre hábitos de vida saludables, etc.
- 26. Implementar y expandir programas estructurados de formación y capacitación para gatekeepers en ámbitos comunitarios clave (educativo, laboral, seguridad, voluntariado, etc.).
- 27. Desarrollar e implementar un programa educativo integral basado en el marco legal vigente (PCTBE), que incluya formación en educación emocional desde edades tempranas, capacitando al personal docente y promoviendo espacios escolares seguros y de apoyo para la prevención del sufrimiento emocional y el suicidio.

Corregir (40 medidas)

- 1. Mejorar la coordinación con Atención Primaria y Comunitaria de Salud y la atención hospitalaria para desarrollar vías de comunicación entre las historias clínicas de cada nivel asistencial.
- 2. Consolidar estructuras permanentes de coordinación intersectorial e interinstitucional (comités mixtos, responsables de enlace) para facilitar el diálogo, la cooperación y la ejecución de políticas conjuntas.



- 3. Contribuir a la motivación del personal de salud mediante formación de calidad, participación activa y reconocimiento institucional.
- 4. Desarrollar un plan autonómico integral para estructurar, sistematizar y desarrollar los programas preventivos y asistenciales en todas las Áreas Sanitarias, con recursos y protocolos comunes.
- 5. Diseñar e implementar un protocolo unificado para la identificación, manejo inicial y derivación urgente o preferente de personas con ideación o intento de suicidio desde AP.
- 6. Implementar mecanismos estables de coordinación asistencial entre los equipos de AP y los dispositivos de Salud Mental y Servicios Sociales (p ej.: designación de profesionales de enlace con comunicación directa, sesiones clínicas conjuntas periódica, etc.).
- 7. Desarrollar e implementar un protocolo de cribado sistemático de ideación suicida, basado en la incorporación de instrumentos validados y de fácil aplicación integrados en el flujo de trabajo habitual.
- 8. Establecer procedimientos y protocolos sistematizados que conecten la prevención laboral con los servicios sanitarios, integrando también el ámbito educativo.
- 9. Reforzar el papel del sistema educativo en la prevención, impulsando habilidades socioemocionales desde temprana edad como protección ante riesgos.
- 10. Crear un sistema digital automatizado que facilite la captura, almacenamiento y gestión de datos clínico garantizando la calidad y accesibilidad de la información.
- 11. Formalizar convenios estables entre el SCS y el IML y desarrollar registros compartidos de conducta suicida que incluyan intentos y casos consumados.

- 12. Fomentar un enfoque psicosocial y comunitario que reduzca la medicalización y promueva una intervención integral centrada en la persona y su entorno.
- 13. Implementar un protocolo integral, coordinado e interinstitucional para la prevención, intervención en crisis y posvención, adaptado a todos los contextos.
- 14. Diseñar un plan formativo obligatorio, transversal y continuo, adaptado a perfiles sanitarios, educativos, policiales, laborales y forenses, que incluya detección precoz, crisis y posvención.
- 15. Crear unidades de posvención multidisciplinar y protocolos específicos que ofrezcan apoyo inmediato, seguimiento y acompañamiento a familiares y allegados.
- 16. Elaborar una estrategia de comunicación pública con medios y redes sociales, para promover una narrativa responsable y no estigmatizante sobre el suicidio.
- 17. Mejorar la accesibilidad a recursos para personas vulnerables, reforzando la atención comunitaria y adaptando los servicios a contextos diversos.
- 18. Elaborar e implementar un protocolo estandarizado para realizar autopsias psicológicas en los casos de suicidio.
- 19. Optimizar la recogida, interoperabilidad y análisis de datos en todos los niveles (emergencias, laboral, salud, etc.), para una planificación predictiva y mejora continua.
- 20. Reforzar la prevención temprana desde servicios de emergencia y cuerpos de seguridad, fomentando intervenciones en fases iniciales.
- 21. Crear y fortalecer espacios comunitarios y redes de apoyo que fomenten relaciones humanas positivas, el asociacionismo y la prevención en proximidad.



- 22. Aumentar la dotación de recursos humanos en salud mental y reducir desigualdades territoriales, mediante planes específicos en zonas con alta incidencia y baja cobertura.
- 23. Poner en marcha una unidad de intervención temprana domiciliaria para atender situaciones de crisis con potencial riesgo de escalada, con el fin de brindar una respuesta rápida y evitar complicaciones mayores.
- 24. Establecer y estructurar la coordinación sociosanitaria en la prevención e posvención del suicidio.
- 25. Establecer el conjunto de datos mínimo necesario sobre la situación de los casos de suicidio e intentos en Cantabria, con el objetivo de obtener una visión precisa de la realidad, especialmente orientada al personal de salud.
- 26. Desarrollar la coordinación entre los teléfonos específicos de ayuda al riesgo suicida (024, teléfono de la esperanza) con los servicios de atención a urgencias y emergencias (061, 112) fomentando la recogida, comunicación y registro de los datos.
- 27. Impulsar la educación emocional en todas las etapas educativas.
- 28. Establecer protocolos que aseguren el seguimiento en menos de 72 horas de todas las personas atendidas por conducta suicida manifiesta en los servicios de urgencias y emergencias.
- 29. Integrar protocolos específicos de detección del riesgo suicida en población infantil y adolescente dentro del ámbito educativo, sanitario y social, asegurando su aplicación con mecanismos de seguimiento sistemático.

- 30. Poner en marcha unidades de intervención rápida en salud mental, con capacidad de actuación inmediata ante situaciones de riesgo agudo (p ej., ante episodios psicóticos graves u otras crisis de alta intensidad).
- 31. Impulsar el desarrollo de estrategias de prevención del suicidio adaptadas a las necesidades específicas de colectivos vulnerables (p ej.,: personas mayores, personas con discapacidad o con trastornos de salud mental, personas trabajadoras expuestas a riesgos psicosociales que puedan derivar en suicidio, etc.)
- 32. Fomentar una cultura entre las personas implicadas que valore la recogida de datos mediante programas de formación sobre su relevancia y utilidad clínica.
- 33. Implementar programa de atención móvil y telepsiquiatría, para garantizar acceso eficaz y oportuno a los servicios de salud mental en áreas con difícil accesibilidad geográfica, mejorando la cobertura y continuidad asistencial.
- 34. Desarrollar e implementar un sistema electrónico unificado y estandarizado para el registro y seguimiento del Proceso de Conducta Suicida, accesible a todos los niveles asistenciales, que facilite la comunicación y continuidad asistencial.
- 35. Implementar programas de atención intensiva a la conducta suicida (a partir de la experiencia del programa CARS) en todas las áreas sanitarias mediante un plan estratégico que garantice recursos, formación y coordinación, asegurando igualdad en el acceso a intervenciones especializadas.
- 36. Implementar un plan formativo multidisciplinar dirigido a todas las personas implicadas para difundir protocolos, criterios de ingreso y manejo de los programas de atención intensiva a la conducta suicida de cada área sanitaria, facilitando su integración en la práctica clínica.



- 37. Potenciar la interoperabilidad y el uso extensivo de herramientas tecnológicas como Mensajería Sanitaria y la Historia Clínica Electrónica en todos los niveles asistenciales, garantizando el acceso rápido y seguro a la información clínica relevante.
- 38. Incorporar en la formación sanitaria especializada módulos obligatorios específicos, prácticos y reglados sobre prevención, manejo y posvención del suicidio.
- 39. Realizar campañas formativas y de difusión dirigidas a profesionales sanitarios y de emergencias para informar sobre el convenio y los protocolos de intervención psicosocial urgente.
- 40. Implementar una coordinación efectiva entre la línea telefónica 024 con la central del 061, para mejorar la atención urgente en riesgo suicida, facilitando el registro de información, activación de alertas y coordinación de recursos.

Explotar (20 medidas)

- 1. Desarrollar una estrategia autonómica de prevención de la conducta suicida.
- 2. Conseguir apoyo institucional para lograr recursos para la prevención y atención de la conducta suicida.
- 3. Incluir a todas las personas clave en la elaboración del plan para asegurar un enfoque integral.
- 4. Colaborar con la Dirección General de Transformación Digital en el desarrollo de nuevos indicadores con el empleo de Big Data y sistemas de eSalud.
- 5. Mejorar la capacitación del personal en el empleo de nuevas tecnologías mediante formación específica.

- 6. Diseñar programas de educación emocional y prevención del suicidio desde edades tempranas en el ámbito educativo.
- 7. Crear una red digital de prevención integrada con herramientas como la app CARS y plataformas de monitorización continua con modelos predictivos de riesgo suicida.
- 8. Crear un plan formativo certificado, escalonado por niveles, y adaptado a cada colectivo profesional implicado con herramientas adaptadas a contextos reales y crisis complejas.
- 9. Lanzar campañas institucionales de sensibilización e información, para prevenir imitaciones y visibilizar los recursos disponibles a la población general y a otros agentes, como profesionales intervinientes.
- 10. Participar activamente en la actualización de la normativa preventiva estatal para incluir el suicidio y los riesgos psicosociales como prioridad.
- 11. Implementar estrategias de prevención para personas mayores, mediante redes comunitarias, socialización y atención psicológica en Atención Primaria y Comunitaria.
- 12. Incluir a las familias y redes comunitarias como agentes activos del sistema preventivo, ofreciendo formación, apoyo emocional, y participación directa en comités de posvención y asesoramiento.
- 13. Promover registros comunes de tentativas y suicidios consumados, implicando sanidad, emergencias y cuerpos y fuerzas de seguridad y forenses.
- 14. Crear una red de investigación sobre Suicidio y Salud Mental en Cantabria, que esté coordinada con universidades y/o institutos de investigación sanitaria como IDIVAL, para transformar los datos en acción y políticas públicas.



- 15. Desarrollar protocolos de seguimiento post-incapacidad laboral que integren salud mental, usando tecnologías que faciliten la reincorporación progresiva del trabajador.
- 16. Impulsar alianzas con la industria farmacéutica para el desarrollo de soluciones innovadoras en prevención y detección precoz del riesgo suicida, con enfoque ético y basado en evidencia.
- 17. Incorporar indicadores de malestar psicosocial en entornos laborales a través de la Inspección de Trabajo, integrándolos en los sistemas de alerta temprana y prevención del suicidio laboral.
- 18. Reforzar el cumplimiento de la normativa de salud mental laboral, promoviendo la intervención de Inspección de Trabajo (Ley 31/1995 y Criterio Técnico 104/2021).
- 19. Fomentar la colaboración multisectorial y la innovación tecnológica para potenciar los programas existentes de prevención y atención del suicidio, integrando enfoques educativos, sociales y sanitarios.
- 20. Promover acciones coordinadas, sostenidas y multisectoriales en la prevención del suicidio, garantizando el compromiso activo de todas las entidades implicadas (p. ej.: identificando e implementando iniciativas clave donde AP puede tener mayor impacto).

Afrontar (19 medidas)

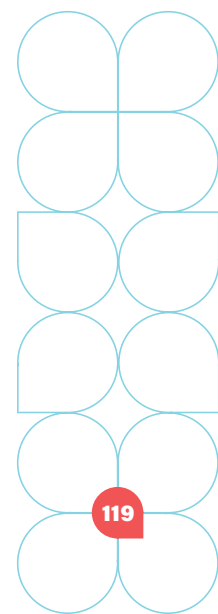
- 1. Diseñar e implementar un sistema integral de indicadores de actividad y resultados en salud mental, promoviendo una cultura organizativa orientada a la evaluación y mejora continua.

- 2. Optimizar la gestión y distribución de recursos humanos evaluando las funciones y carga de trabajo para dimensionar adecuadamente el personal y responder al aumento de la demanda.
- 3. Reforzar los recursos humanos en base a necesidades asistenciales objetivas, garantizando su estabilidad y disponibilidad, mejorando la equidad territorial y la competitividad en la contratación frente a otras CCAA.
- 4. Incluir los determinantes sociales en la evaluación clínica del riesgo suicida, reconociendo su impacto en la vulnerabilidad y decisiones clínicas.
- 5. Impulsar la transparencia, objetividad y calidad en el abordaje coordinado de la atención con proveedores de naturaleza privada.
- 6. Crear unidades de intervención psicosocial para situaciones de alta complejidad, crisis agudas o incidentes críticos.
- 7. Establecimiento de dispositivos de soporte emocional específicos para profesionales que intervienen en situaciones de alta complejidad y crisis (p.ej.: emergencias, UCI o cuerpos de seguridad, etc.).
- 8. Desarrollar una guía de buenas prácticas para medios de comunicación y redes sociales, con formación y alianzas con colegios profesionales de periodistas.
- 9. Desarrollar campañas de sensibilización basadas en testimonios reales, figuras públicas y mensajes positivos de recuperación, a la población general, sanitarios y otros grupos clave.
- 10. Incluir la dimensión psicosocial del suicidio en las auditorías de prevención de riesgos laborales, mediante normativa técnica específica.



- 11. Avanzar hacia modelos de coordinación más integrados entre los dispositivos de apoyo en salud mental de las áreas implicadas, que se activen para atender situaciones asistenciales puntuales o temporales, funcionando como refuerzo en zonas o periodos de alta demanda.
- 12. Mejorar el Plan Autonómico de Prevención del Suicidio Adolescente, con intervención escolar obligatoria, dispositivos de escucha juvenil, y entornos digitales seguros y conectados a recursos.
- 13. Diseñar un cuadro de mando integral con indicadores asistenciales, preventivos y de impacto, especialmente en salud mental y suicidio.
- 14. Diseñar e implementar programas de prevención culturalmente adaptados, que contemplen la diversidad lingüística, étnica, de género y religiosa, garantizando accesibilidad y pertinencia en todos los grupos sociales.
- 15. Reducir las barreras sociales y asistenciales a la solicitud de ayuda mediante estrategias integradas que combinen servicios sociales, salud, empleo y vivienda, con enfoque en poblaciones en situación de vulnerabilidad o exclusión
- 16. Regular el uso preventivo de datos forenses mediante un marco legal claro, que garantice el uso ético y seguro de la información en la elaboración de políticas de prevención del suicidio.
- 17. Establecer un convenio entre los cuerpos y fuerzas de seguridad y el Colegio de Psicología para abordar situaciones individualizadas de suicidio.
- 18. Fortalecer la figura del negociador en los cuerpos policiales, dotándola de más recursos y apoyo especializado para mejorar la intervención en crisis y suicidios.

- 19. Promover el desarrollo normativo y procedimental que permita la realización de investigaciones tras un suicidio para la depuración de posibles responsabilidades de terceros.





07

Bases y desarrollo del Plan

● Bases y desarrollo del Plan ●

7.1 BASES DEL PLAN: OBJETIVOS Y PRINCIPIOS INSPIRADORES

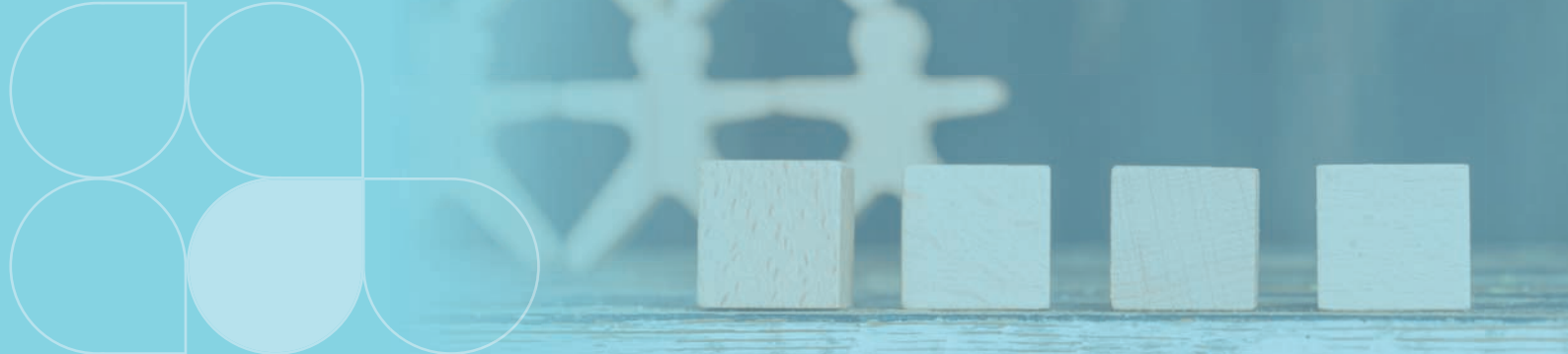
A partir de las conclusiones y resultados obtenidos en fases previas, así como de las aportaciones y reflexiones de más de 30 agentes implicados en la elaboración de este Plan, se ha definido el objetivo que guiará el desarrollo del Plan de Prevención del Suicidio en Cantabria 2026-2029.

“

OBJETIVO PRINCIPAL DEL CASO

Reducir la tasa de suicidio en Cantabria, asegurando una atención integral y adecuada tanto a la persona como a su entorno, mediante la prevención, detección precoz, intervención, seguimiento continuado y posvención de la conducta suicida.”

”

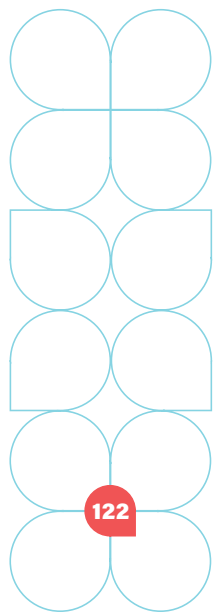


El cumplimiento de este objetivo está basado en los siguientes principios:

- 1 Fomentar la concienciación y sensibilización de la población general sobre la conducta suicida, promoviendo un tratamiento responsable y adecuado de la información.
- 2 Detectar de forma temprana a las personas en situación de riesgo de suicidio y prestar una atención integral tanto a la persona afectada como a su entorno.
- 3 Impulsar una intervención multidisciplinar y coordinada entre profesionales de los distintos ámbitos implicados, con el objetivo de prevenir el riesgo de suicidio en los colectivos más vulnerables.
- 4 Garantizar una respuesta estructurada, accesible y humanizada en el ámbito de la posvención, que atienda integralmente a las personas supervivientes de suicidio, su entorno y a los profesionales implicados.
- 5 Desarrollar y consolidar sistemas de información, vigilancia e investigación que permitan comprender mejor la conducta suicida, mejorar la toma de decisiones y orientar las intervenciones preventivas y asistenciales.
- 6 Capacitar y formar profesionalmente a todos los agentes implicados.
- 7 Garantizar una gobernanza sólida, estructurada y coordinada entre todos los sectores implicados.

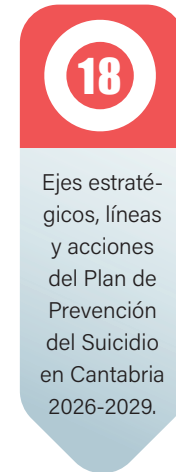
7.2 EJES ESTRATÉGICOS, LÍNEAS DE ACTUACIÓN Y ACCIONES

El Plan de Prevención del Suicidio en Cantabria 2026-2029 se estructura en 7 ejes estratégicos y 21 líneas de actuación, que se desarrollan a través de un total de 82 acciones concretas. Cada una de estas acciones ha sido diseñada para dar una respuesta integral, coordinada y eficaz a los objetivos definidos en el marco del Plan.



EJES ESTRATÉGICOS

- 1 Prevención y sensibilización social
- 2 Detección del riesgo suicida
- 3 Intervención, atención y seguimiento de la conducta suicida
- 4 Posvención y apoyo a personas supervivientes y familias
- 5 Vigilancia epidemiológica, investigación y gestión de información
- 6 Formación y capacitación
- 7 Gobernanza, coordinación institucional y planificación organizativa

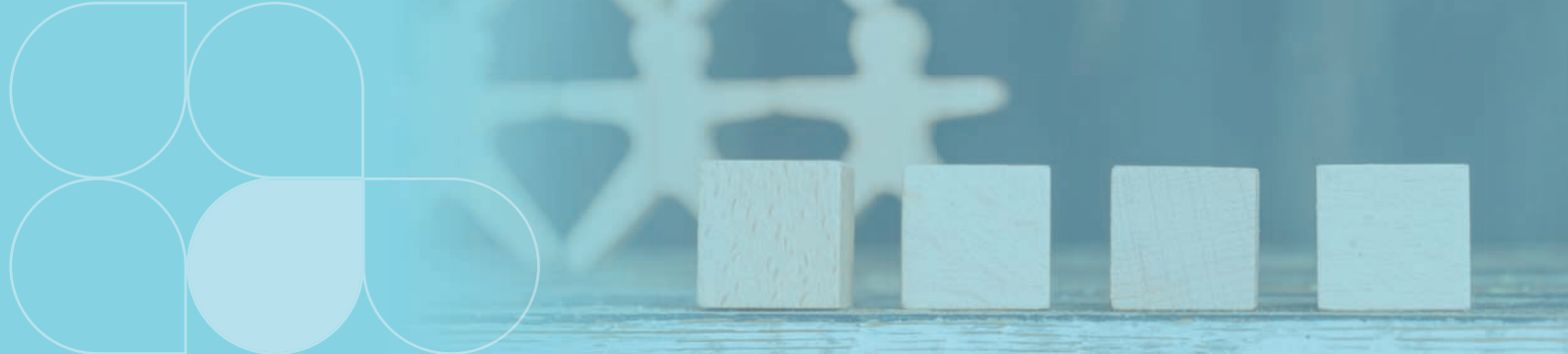


Fuente: Elaboración propia.

A continuación, se presenta el desarrollo de cada uno de los ejes estratégicos en sus correspondientes líneas y acciones.

7.2.1 EJE 1: PREVENCIÓN Y SENSIBILIZACIÓN SOCIAL

Este eje se centra en promover una cultura de prevención, concienciación y cuidado colectivo frente a la conducta suicida, a través de acciones de sensibilización dirigidas a la población general y a colectivos específicos. Se impulsa la visibilidad de los recursos disponibles, el fortalecimiento de factores protectores y la reducción del estigma asociado al suicidio, desde un enfoque inclusivo, intersectorial y adaptado a las diferentes etapas del ciclo vital. Además, se articulan intervenciones específicas en los entornos laboral, educativo, comunitario y familiar, con el fin de facilitar la detección precoz y el acceso a ayuda en situaciones de riesgo.



El cumplimiento de este objetivo está basado en los siguientes principios:

LÍNEAS ESTRATÉGICAS:

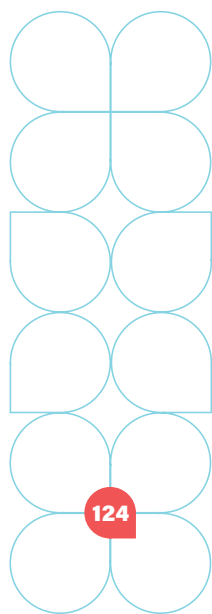
- 1.1. Sensibilización social y difusión de recursos de ayuda a la población general**
- 1.2. Prevención en personas adultas**
- 1.3. Prevención en la infancia y la juventud**
- 1.4. Prevención en personas en situación de riesgo**

ACCIONES

20

Las acciones que se contemplan en el ámbito de la prevención y sensibilización social son las siguientes:

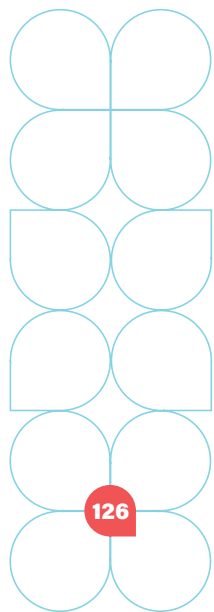
| Eje Estratégico 1 | Prevención y sensibilización social |
|--------------------------------|---|
| <i>Línea de actuación 1.1.</i> | <i>Sensibilización social y difusión de recursos de ayuda a la población general</i> |
| <i>Acción 1.1.1</i> | Diseñar e implementar campañas integrales de sensibilización dirigidas a la población general y profesionales, con mensajes claros sobre riesgos, señales de alerta, recursos y recuperación, reforzadas en fechas clave como el Día Mundial de la Salud Mental y el Día Mundial para la Prevención del Suicidio para mantener la visibilidad y reducir el estigma. |
| <i>Acción 1.1.2</i> | Desarrollar acciones de sensibilización y educación emocional para la población general, coordinadas entre salud, educación, fuerzas de seguridad y asociaciones, para prevenir y detectar tempranamente el malestar psicosocial y la conducta suicida. |



| | |
|--------------------------------|--|
| <i>Acción 1.1.3</i> | Diseñar e implementar programas de prevención transversales a todo el plan, adaptados a la diversidad cultural, lingüística, de género y religiosa, garantizando accesibilidad y pertinencia en todos los grupos sociales. |
| <i>Acción 1.1.4</i> | Impulsar la participación activa de entidades sociales, asociaciones y colectivos que trabajen en la promoción del bienestar emocional, la convivencia saludable y la prevención de conductas de riesgo, en la elaboración de materiales y acciones de sensibilización, conforme a las pautas definidas por el SCS. |
| <i>Línea de actuación 1.2.</i> | <i>Prevención en personas adultas</i> |
| <i>Acción 1.2.1</i> | Se impulsará la elaboración de programas integrales de prevención del suicidio en el entorno laboral, que incluyan acciones sensibilización sobre factores de riesgo y factores protectores, actividades formativas por entidades como el Instituto Cántabro de Seguridad y Salud en el Trabajo (ICASST) y mutuas |
| <i>Acción 1.2.2</i> | Diseñar e implementar protocolos de riesgos psicosociales laborales relacionados con el riesgo de conducta suicida, definiendo el papel de las mutuas en la identificación temprana de factores de riesgo en el ámbito laboral y la coordinación con los recursos sanitarios. |
| <i>Acción 1.2.3</i> | Impulsar programas de apoyo y acompañamiento psicosocial para personas adultas en situación de soledad no deseada o crisis vitales a través de los servicios sociales y en colaboración con entidades del tercer sector y/o asociaciones vecinales, etc. |
| <i>Acción 1.2.4</i> | Fortalecer y desarrollar los programas comunitarios existentes dirigidos a prevenir algunos determinantes sociales de salud mental (como la Estrategia de Inclusión para las Personas Sin Hogar en Cantabria o el Protocolo Barnahus). |
| <i>Línea de actuación 1.3.</i> | <i>Prevención en infancia y juventud</i> |
| <i>Acción 1.3.1</i> | Impulsar desde la Consejería de Educación una Estrategia Integral de Educación Emocional que incorpore contenidos obligatorios sobre autocuidado, gestión emocional, empatía y prevención del suicidio, ya sea dentro de asignaturas existentes o mediante programas transversales, aprovechando el marco legal vigente. |



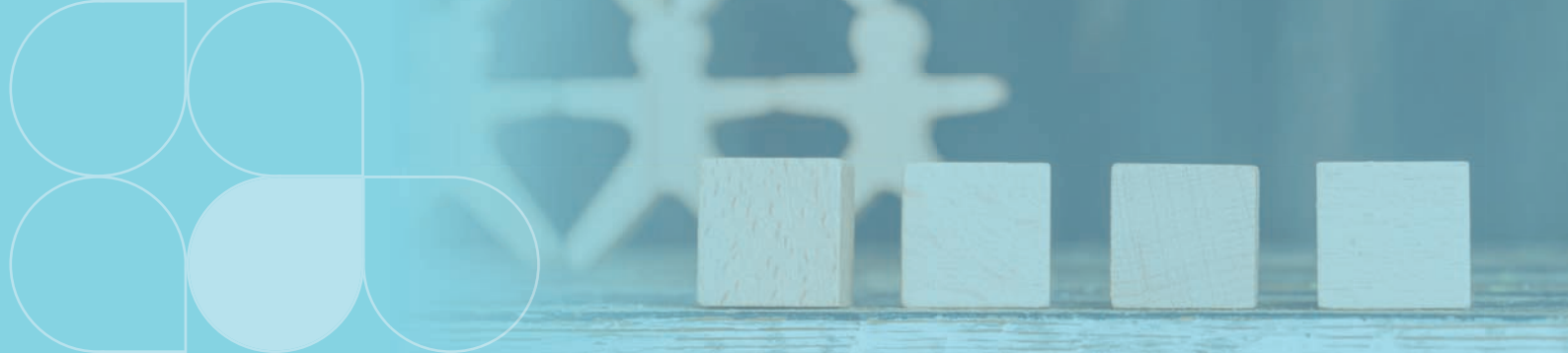
| | |
|--------------------------------|--|
| <i>Acción 1.3.2</i> | Desarrollar e implementar desde la Consejería de Educación programas preventivos en centros escolares para jóvenes, orientados a evitar el consumo de alcohol, drogas y otras adicciones, incluidas las relacionadas con el juego y el uso de pantallas. |
| <i>Acción 1.3.3</i> | Promover entre estudiantes conductas de apoyo mutuo, facilitando información clara y accesible sobre cómo identificar situaciones de riesgo, buscar ayuda adecuada, y a quién dirigirse para recibir apoyo. |
| <i>Acción 1.3.4</i> | Elaborar un plan de prevención y actuación frente a la conducta suicida en el ámbito universitario. |
| <i>Acción 1.3.5</i> | Evaluar exhaustivamente el riesgo suicida en menores víctimas de abuso o maltrato, mediante equipos de salud mental infantil y otros profesionales, usando entrevistas adaptadas, historia clínica y análisis del entorno psicosocial. |
| <i>Acción 1.3.6</i> | Elaborar un protocolo de actuación ante casos de autolesiones para facilitar la identificación, valoración y seguimiento, asegurando la continuidad asistencial a lo largo de la atención. |
| <i>Acción 1.3.7</i> | Impulsar programas de formación y apoyo a familias en situación de riesgo, para ayudarlas a detectar señales de alerta, fomentar el bienestar emocional y prevenir conductas suicidas y adictivas, reforzando el cuidado en el hogar. |
| <i>Línea de actuación 1.4.</i> | <i>Prevención en personas en situación de riesgo</i> |
| <i>Acción 1.4.1</i> | Promover la difusión accesible de los recursos de ayuda en crisis (024, teléfono de la esperanza, servicios sanitarios, etc.), especialmente para colectivos vulnerables. |
| <i>Acción 1.4.2</i> | Incluir protocolos de detección del riesgo suicida en los servicios de proximidad para personas mayores y con discapacidad, capacitando al personal para identificar alertas y derivar casos, con especial atención a quienes viven solos/as o carecen de vínculos sociales. |
| <i>Acción 1.4.3</i> | Desarrollar desde Servicios Sociales protocolos que permitan gestionar las alertas y derivaciones hacia los servicios de salud y otros recursos especializados, garantizando la coordinación entre los diferentes niveles de atención dentro de los servicios sociales y con otros sistemas implicados (salud, educación, justicia, etc.). |



| | |
|--------------------------------|--|
| <i>Acción 1.3.6</i> | Elaborar un protocolo de actuación ante casos de autolesiones para facilitar la identificación, valoración y seguimiento, asegurando la continuidad asistencial a lo largo de la atención. |
| <i>Acción 1.3.7</i> | Impulsar programas de formación y apoyo a familias en situación de riesgo, para ayudarlas a detectar señales de alerta, fomentar el bienestar emocional y prevenir conductas suicidas y adictivas, reforzando el cuidado en el hogar. |
| <i>Línea de actuación 1.4.</i> | <i>Prevención en personas en situación de riesgo</i> |
| <i>Acción 1.4.1</i> | Promover la difusión accesible de los recursos de ayuda en crisis (024, teléfono de la esperanza, servicios sanitarios, etc.), especialmente para colectivos vulnerables. |
| <i>Acción 1.4.2</i> | Incluir protocolos de detección del riesgo suicida en los servicios de proximidad para personas mayores y con discapacidad, capacitando al personal para identificar alertas y derivar casos, con especial atención a quienes viven solos/as o carecen de vínculos sociales. |
| <i>Acción 1.4.3</i> | Desarrollar desde Servicios Sociales protocolos que permitan gestionar las alertas y derivaciones hacia los servicios de salud y otros recursos especializados, garantizando la coordinación entre los diferentes niveles de atención dentro de los servicios sociales y con otros sistemas implicados (salud, educación, justicia, etc.). |

7.2.2 EJE 2: DETECCIÓN DEL RIESGO SUICIDA

Este eje tiene como objetivo identificar de forma precoz situaciones de riesgo suicida, mediante la implementación de sistemas de cribado, protocolos coordinados de actuación y herramientas de alerta. Se apuesta por una intervención anticipada, con especial atención a los colectivos vulnerables, reforzando la formación de profesionales, la actuación urgente y la capacidad de respuesta en crisis.



El cumplimiento de este objetivo está basado en los siguientes principios:

LÍNEAS ESTRATÉGICAS:

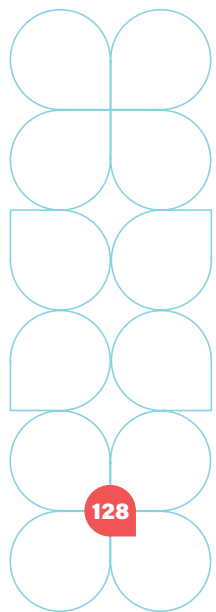
- 2.1. Detección temprana y sistema de alerta**
- 2.2. Cribado e identificación del riesgo suicida**
- 2.3. Respuesta y actuación ante el riesgo suicida**

ACCIONES

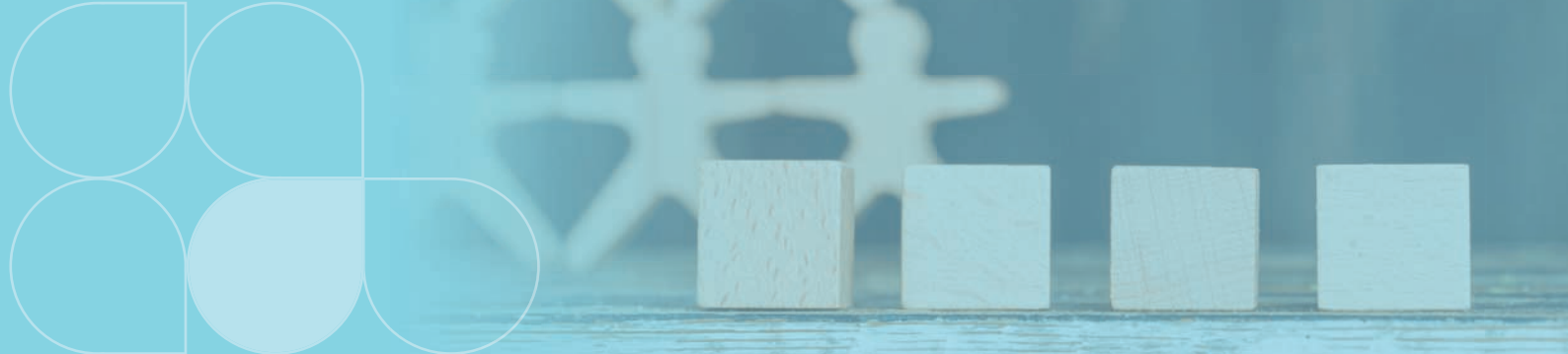
11

Las acciones que se contemplan en el ámbito de la detección del riesgo suicida son las siguientes:

| Eje Estratégico 2 | Detección del riesgo suicida |
|--------------------------------|--|
| <i>Línea de actuación 2.2.</i> | <i>Cribado e identificación del riesgo suicida</i> |
| <i>Acción 2.2.1</i> | Desarrollar e implementar un protocolo integral de evaluación del riesgo suicida que contemple la diversidad de perfiles y factores de riesgo más allá de los trastornos mentales graves, incorporando variables psicosociales, contextuales y demográficas. |
| <i>Acción 2.2.2</i> | Estandarizar protocolos de detección, actuación y coordinación en todos los ámbitos donde pueda identificarse riesgo suicida (como centros sanitarios, educativos, policiales, sociales, laborales, etc.), asegurando el conocimiento del personal implicado en la identificación y manejo del riesgo suicida. |
| <i>Acción 2.2.3</i> | Incluir en las revisiones laborales y programas de bienestar preguntas de cribado sobre riesgo suicida, con personal formado y protocolos que aseguren el adecuado manejo y coordinación con los servicios sanitarios. |



| | |
|--------------------------------|---|
| <i>Acción 2.1.4</i> | Reforzar la atención urgente en riesgo suicida a través del 061, con capacidad para registrar información, activar alertas y coordinar recursos de forma inmediata, valorando la incorporación de profesionales especializados en salud mental (psicólogos y/o psiquiatras) para garantizar una respuesta inmediata y especializada en la crisis. |
| <i>Acción 2.1.5</i> | Poner en marcha circuitos de coordinación para la formación del personal educativo en la detección precoz del riesgo de suicidio y en la derivación segura, en colaboración con Atención Primaria, Salud Mental y Servicios Sociales, facilitando así la identificación e intervención temprana en alumnado vulnerable (p.ej. En contextos de acoso, exclusión y/o conflicto familiar). |
| <i>Línea de actuación 2.2.</i> | <i>Cribado e identificación del riesgo suicida</i> |
| <i>Acción 2.2.1</i> | Desarrollar e implementar un protocolo integral de evaluación del riesgo suicida que contemple la diversidad de perfiles y factores de riesgo más allá de los trastornos mentales graves, incorporando variables psicosociales, contextuales y demográficas. |
| <i>Acción 2.2.2</i> | Estandarizar protocolos de detección, actuación y coordinación en todos los ámbitos donde pueda identificarse riesgo suicida (como centros sanitarios, educativos, policiales, sociales, laborales, etc.), asegurando el conocimiento del personal implicado en la identificación y manejo del riesgo suicida. |
| <i>Acción 2.2.3</i> | Incluir en las revisiones laborales y programas de bienestar preguntas de cribado sobre riesgo suicida, con personal formado y protocolos que aseguren el adecuado manejo y coordinación con los servicios sanitarios. |
| <i>Acción 2.2.4</i> | Diseñar e implementar desde el SCS un protocolo unificado para la identificación, manejo inicial y derivación urgente o preferente desde AP de personas con ideación o intento de suicidio, hacia los Servicios de Salud Mental, recursos sociales y de apoyo comunitario o a urgencias hospitalarias, incorporando herramientas de evaluación y tiempos de respuesta definidos. |



| | |
|--------------------------------|---|
| Línea de actuación 2.3. | Respuesta y actuación ante el riesgo suicida |
| Acción 2.3.1 | Analizar los métodos empleados en conductas suicidas e identificar zonas con mayor incidencia de tentativas y/o actos consumados (hotspots) para realizar intervenciones específicas. |
| Acción 2.3.2 | Diseñar planes de actuación para cada hotspot, que incluyan la movilización de recursos especializados, recursos de actuación rápida y la adopción de medidas de gestión del espacio que reduzcan el riesgo (como instalar barreras arquitectónicas o instrumentos de disuasión, vigilancia y ayuda). |

7.2.3 EJE 3: INTERVENCIÓN, ATENCIÓN Y SEGUIMIENTO DE LA CONDUCTA SUICIDA

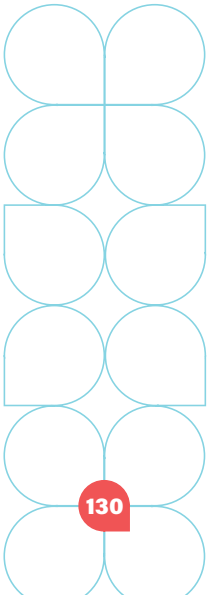
Este eje se centra en garantizar una respuesta especializada, accesible y continua ante situaciones de riesgo suicida, reforzando la actuación clínica desde una perspectiva integral, territorialmente equitativa y centrada en la persona. Incluye el desarrollo de protocolos específicos en servicios clave y la coordinación entre niveles asistenciales para asegurar el seguimiento tras la crisis.

LÍNEAS ESTRATÉGICAS:

- 3.1. Intervención especializada y atención al riesgo suicida**
- 3.2. Seguimiento y continuidad asistencial tras conductas suicidas**
- 3.3. Equidad en el acceso a los servicios y calidad de la atención**

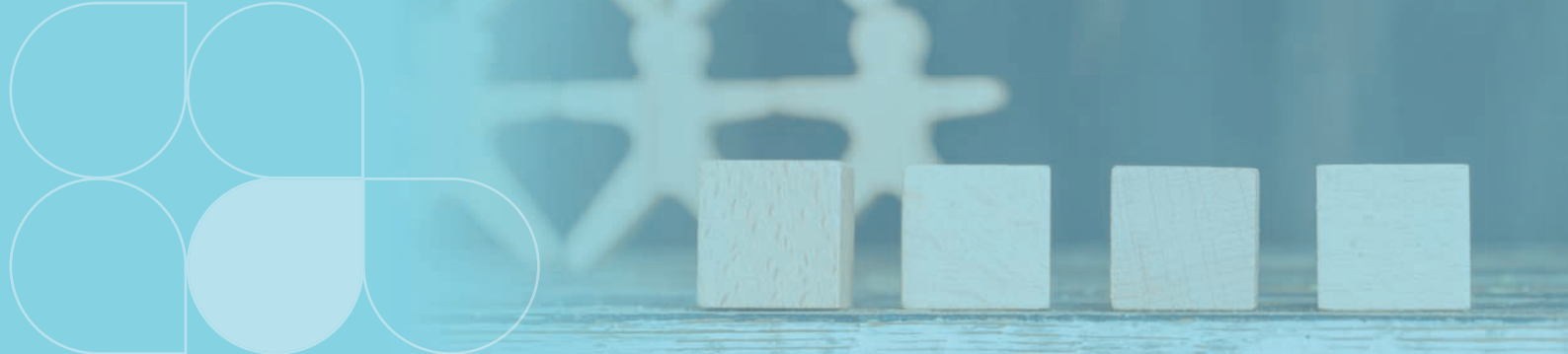
ACCIONES

12



Las acciones que se contemplan en el ámbito de la intervención, atención y seguimiento de la conducta suicida son las siguientes:

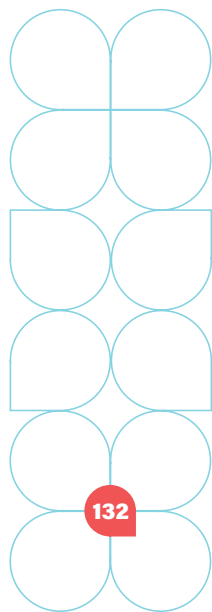
| Eje Estratégico 3 | Intervención, atención y seguimiento de la conducta suicida |
|--------------------------------|---|
| <i>Línea de actuación 3.1.</i> | <i>Intervención especializada y atención al riesgo suicida</i> |
| <i>Acción 3.1.1</i> | Elaboración de protocolos específicos de actuación ante la conducta suicida en los diferentes organismos o instituciones de carácter público (educación, centros de atención a la dependencia, centros residenciales, centros de atención a la infancia). |
| <i>Acción 3.1.2</i> | Impulsar e implementar un protocolo común de identificación de conducta suicida para su incorporación dentro de los Servicios de Urgencias Psiquiátricas en las diferentes áreas sanitarias de la Comunidad Autónoma. |
| <i>Acción 3.1.3</i> | Promover la accesibilidad a la AP mediante modalidades flexibles de atención incluyendo la visita domiciliaria y la atención comunitaria, para permitir un seguimiento integral y temprano de factores biopsicosociales relacionados con la prevención del suicidio, garantizando la coordinación con equipos móviles y recursos de Salud Mental en zonas con brecha territorial. |
| <i>Línea de actuación 3.2.</i> | <i>Seguimiento y continuidad asistencial tras conductas suicidas</i> |
| <i>Acción 3.2.1</i> | Implementar mecanismos estables de coordinación asistencial entre los equipos de AP, los dispositivos de Salud Mental y los Servicios Sociales (p ej.: designación de profesionales de enlace con comunicación directa, sesiones clínicas conjuntas periódica, etc.). |
| <i>Acción 3.2.2</i> | Estandarizar los programas asistenciales en todas las Áreas Sanitarias de Cantabria para garantizar una atención uniforme y de calidad, adaptando iniciativas como el Programa Intensivo de Prevención del Suicidio a cada zona. |
| <i>Acción 3.2.3</i> | Revisar de forma periódica los protocolos de atención urgente y seguimiento de la conducta suicida, capacitar al personal en dichos protocolos y monitorizar su cumplimiento. |
| <i>Acción 3.2.4</i> | Potenciar la interoperabilidad y el uso extensivo de la HCE junto con otros sistemas en todos los niveles asistenciales, garantizando el acceso rápido y seguro a la información clínica relevante. |



| | |
|--------------------------------|--|
| <i>Acción 3.2.5</i> | Diseñar un protocolo de seguimiento post-alta coordinado desde AP, enfermería comunitaria, medicina de familia, pediatría y trabajo social sanitario que asegure revisiones periódicas, control de adherencias terapéuticas y detección temprana de signos de alarma, con canales de comunicación bidireccional y segura con Salud Mental y Servicios Sociales para garantizar la continuidad asistencial. |
| <i>Línea de actuación 3.3.</i> | <i>Equidad en el acceso a los servicios y calidad de la atención</i> |
| <i>Acción 3.3.1</i> | Impulsar que todos los centros sanitarios y sociales cuenten con personal formado en prevención y manejo de crisis suicidas, con especial atención a áreas rurales o de alta incidencia. |
| <i>Acción 3.3.2</i> | Reducir las desigualdades territoriales en Cantabria en el acceso a servicios de salud mental, promoviendo servicios de atención telemática garantizando una cobertura homogénea y eficaz en todo el territorio. |
| <i>Acción 3.3.3</i> | Sistematizar en todos los protocolos y programas la incorporación de perspectiva de género y diversidad sexual, identificando factores específicos de riesgo y barreras de acceso a la ayuda. |
| <i>Acción 3.3.4</i> | Implementar programas teleasistencia y eSalud, para garantizar acceso eficaz y oportuno a los servicios de salud mental en áreas con difícil accesibilidad geográfica, mejorando la cobertura y continuidad asistencial. |

7.2.4 EJE 4: POSVENCIÓN Y APOYO A PERSONAS SUPERVIVIENTES Y FAMILIAS

Este eje se centra en ofrecer una respuesta a las personas supervivientes del suicidio, familiares, y profesionales mediante la elaboración de protocolos específicos, recursos de apoyo y programas de acompañamiento. Se impulsa también el fortalecimiento de redes comunitarias y la participación de asociaciones para facilitar el duelo, prevenir complicaciones emocionales y garantizar un acompañamiento integral desde una perspectiva comunitaria y coordinada.



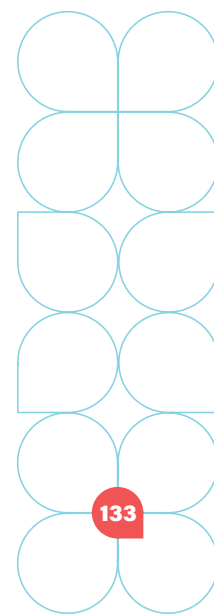
LÍNEAS ESTRATÉGICAS:

- 4.1. Protocolos de actuación en la postvención al suicidio
- 4.2. Apoyo comunitario, participación social y redes asociativas



Las acciones que se contemplan en el ámbito de la postvención y apoyo a personas supervivientes y familias son las siguientes:

| Eje Estratégico 4 | Posvención y apoyo a personas supervivientes y familias |
|--------------------------------|--|
| <i>Línea de actuación 4.1.</i> | <i>Protocolos de actuación en la postvención al suicidio</i> |
| <i>Acción 4.1.1</i> | Desarrollar y difundir guías y materiales de apoyo para supervivientes, familiares, cuidadores y allegados, incluyendo información actualizada sobre recursos comunitarios, asociaciones, grupos de ayuda mutua y servicios especializados, así como pautas prácticas basadas en la evidencia para el afrontamiento del duelo y la recuperación emocional. |
| <i>Acción 4.1.2</i> | Incorporar en las webs institucionales información sobre servicios de ayuda a supervivientes (entendiéndose como tal a familiares, amigos y allegados de personas que perdieron la vida por suicidio). |
| <i>Acción 4.1.3</i> | Definir un marco de actuación claro para la postvención, identificando tiempos de intervención, canales de comunicación y la coordinación y roles entre las distintas personas implicadas, desde un enfoque integral, interdisciplinar y centrado en las necesidades de la persona y su entorno. |





| | |
|--------------------------------|---|
| <i>Acción 4.1.4</i> | Implementar un programa de soporte emocional y acompañamiento psicológico específico para profesionales implicados en la atención al suicidio, que incluya espacios de escucha activa, supervisión clínica periódica y estrategias de autocuidado. |
| <i>Acción 4.1.5</i> | Diseñar un protocolo para menores en atención urgente u hospitalizados con ideación o tentativas autolíticas que incluya evaluación del contexto psicosocial y establezca mecanismos de coordinación inmediata entre servicios sanitarios, educativos y sociales, con el fin de intervenir de forma temprana y prevenir nuevas situaciones de riesgo. |
| <i>Línea de actuación 4.2.</i> | <i>Apoyo comunitario, participación social y redes asociativas</i> |
| <i>Acción 4.2.1</i> | Fortalecer redes comunitarias y grupos de apoyo profesionalizados para supervivientes de suicidio, colaborando con asociaciones de pacientes y familiares (p ej.: Fundación Paisaje, ASCASAM, etc.) y ofreciendo talleres y recursos que favorezcan su recuperación y bienestar emocional. |
| <i>Acción 4.2.2</i> | Crear talleres y recursos específicos dirigidos tanto a personas supervivientes de un intento de suicidio como a sus familias y allegados, para dotarles de herramientas emocionales, comunicativas y prácticas que faciliten la recuperación, la prevención de recaídas y el afrontamiento del impacto emocional. |

7.2.5 EJE 5: VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA, INVESTIGACIÓN Y GESTIÓN DE INFORMACIÓN

Este eje se centra en fortalecer los sistemas de vigilancia, registro y análisis de la información sobre intentos y suicidios consumados. Busca integrar datos de distintas fuentes mediante herramientas digitales e inteligencia artificial, promoviendo la investigación y la toma de decisiones basadas en evidencia. Además, impulsa la cooperación interinstitucional, la creación de protocolos comunes y el desarrollo de indicadores que permitan una respuesta más eficaz y coordinada ante la conducta suicida.

LÍNEAS ESTRATÉGICAS:

5.1. Sistemas de vigilancia e información sobre tentativas y suicidios

5.2. Investigación epidemiológica, clínica y social sobre la conducta suicida y sus prevención

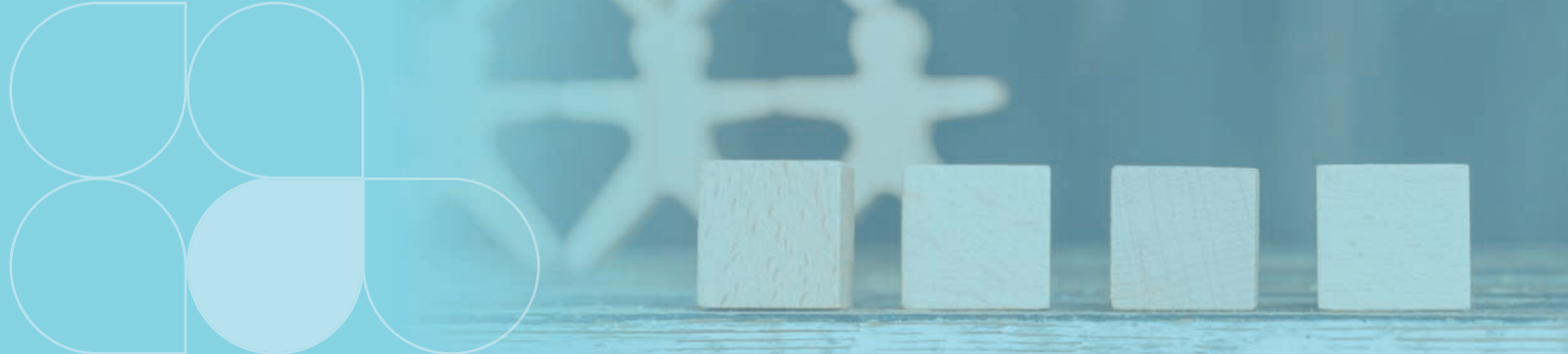
5.3. Sistemas de registro, análisis de datos y comunicación de la información

ACCIONES

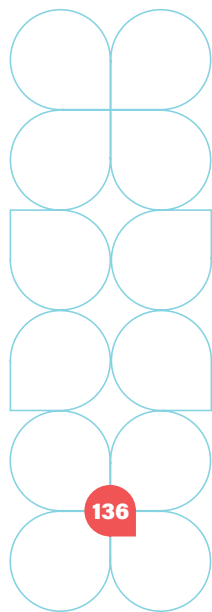
11

Las acciones que se contemplan en el ámbito de la vigilancia epidemiológica, investigación y gestión de información son las siguientes:

| Eje Estratégico 5 | Vigilancia epidemiológica, investigación y gestión de información |
|--------------------------------|--|
| <i>Línea de actuación 5.1.</i> | <i>Sistemas de vigilancia e información sobre tentativas y suicidios</i> |
| <i>Acción 5.1.1</i> | Formalizar un convenio entre el SCS y el IMLCF, con el objetivo de permitir un intercambio sistemático de datos con fines tanto preventivos como asistenciales, y mejorar la recopilación y análisis de información sobre los casos de suicidio para potenciar su investigación. |
| <i>Acción 5.1.2</i> | Desarrollar un sistema integrado y digitalizado que unifique la recopilación, registro y análisis de datos asistenciales sobre intentos de suicidio y suicidios consumados, comunicando las diferentes fuentes y servicios implicados (sanitarios, forenses, sociales, etc.). |



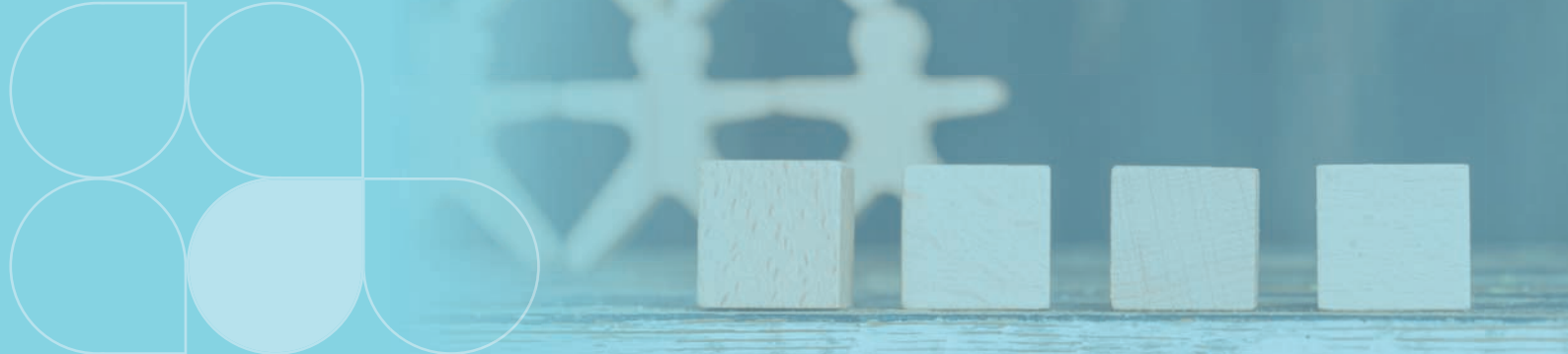
| | |
|--------------------------------|---|
| <i>Acción 5.1.3</i> | Elaborar un protocolo institucional para la realización de autopsias psicológicas en suicidios consumados, liderado por equipos especializados, definiendo previamente los objetivos de la autopsia (investigación, identificación de factores de riesgo, solicitud de la familia, etc.). |
| <i>Acción 5.1.4</i> | Impulsar el desarrollo de nuevos indicadores en prevención del suicidio en colaboración con la Dirección General de Planificación, Ordenación, Gestión del conocimiento y Salud Digital, mediante el uso de Big Data y sistemas de eSalud que permitan mejorar la vigilancia, la evaluación de riesgos y la toma de decisiones basada en datos. |
| <i>Línea de actuación 5.2.</i> | <i>Investigación epidemiológica, clínica y social sobre la conducta suicida y su prevención</i> |
| <i>Acción 5.2.1</i> | Definir un marco de actuación para la investigación de los casos de suicidio que establezca con claridad los aspectos éticos, legales y de participación de las distintas personas implicados, que permita analizar las causas subyacentes y los factores contribuyentes a cada situación. |
| <i>Acción 5.2.2</i> | Consolidar e impulsar las líneas de investigación existentes en materia de prevención y posvención del suicidio con IDIVAL, CIBERSAM, el Observatorio de Salud Pública de Cantabria y otros actores académicos, para garantizar la continuidad, actualización y aplicación práctica de los conocimientos generados. |
| <i>Acción 5.2.3</i> | Impulsar la investigación en Cantabria sobre la epidemiología del suicidio, la efectividad de tratamientos y terapias, y la evaluación de intervenciones preventivas tras intentos de suicidio. |
| <i>Línea de actuación 5.3.</i> | <i>Sistemas de registro, análisis de datos y comunicación de la información</i> |
| <i>Acción 5.3.1</i> | Incorporar indicadores específicos de malestar psicosocial y factores de riesgo en los sistemas de alerta temprana y prevención de salud mental, tanto en el ámbito laboral como en el educativo. |
| <i>Acción 5.3.2</i> | Crear foros institucionales de carácter periódico, para reflexionar sobre el abordaje del suicidio en Cantabria, que incluya la participación de representantes de las entidades participantes en su abordaje. |



| | |
|---------------------|--|
| <i>Acción 5.3.3</i> | Proporcionar información de forma ágil sobre suicidios consumados de personas usuarias en la red de salud mental, garantizando una comunicación eficiente y oportuna para la toma de decisiones adecuadas. |
| <i>Acción 5.3.4</i> | Garantizar coordinación, comunicación de casos y seguimiento territorial mediante figuras de enlace en cada Área de Salud, y elaboración de memorias anuales sobre suicidios consumados y medidas de mejora. |

7.2.6 EJE 6: FORMACIÓN Y CAPACITACIÓN

Este eje está orientado a fortalecer la capacitación de todo el personal profesional implicado en la prevención, detección, intervención y posvención del suicidio desde el ámbito sanitario hasta el educativo, social y comunitario. Busca incorporar formación específica y continua sobre salud mental y conducta suicida en todos los niveles, promoviendo el uso adecuado de herramientas digitales y protocolos de actuación. Además, impulsa la creación de programas formativos adaptados a colectivos especialmente vulnerables y a profesionales de primera respuesta. También fomenta la colaboración con los medios de comunicación para un tratamiento responsable y no estigmatizante del suicidio.



LÍNEAS ESTRATÉGICAS:

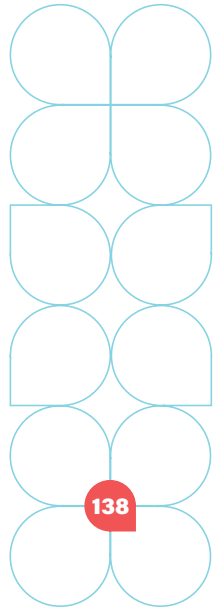
- 6.1. Capacitación de profesionales sanitarios
- 6.2. Capacitación de profesionales sociales y educativos
- 6.3. Capacitación de profesionales fuerzas y cuerpos de seguridad y de primera intervención y emergencias
- 6.4. Formación medios de comunicación sobre el tratamiento informático de la conducta suicida

ACCIONES

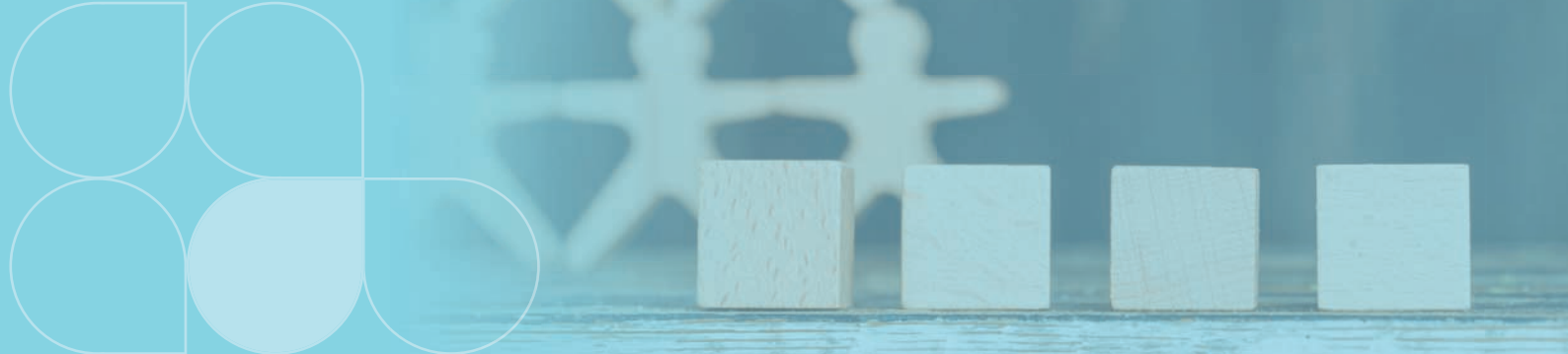
14

Las acciones que se contemplan en el ámbito de la formación y capacitación son las siguientes:

| Eje Estratégico 6 | Formación y capacitación |
|--------------------------------|---|
| <i>Línea de actuación 6.1.</i> | <i>Capacitación de profesionales sanitarios</i> |
| <i>Acción 6.1.1</i> | Integrar contenidos específicos sobre prevención, crisis y posvención del suicidio en los programas de formación continuada dirigidos a profesionales de la salud, con especial atención a AP, Emergencias Sanitarias, Servicios de Urgencias Hospitalarias y Psiquiátricas, y Salud Mental. |
| <i>Acción 6.1.2</i> | Desarrollar formaciones dirigidas al personal sanitario sobre la importancia de la recolección sistemática y precisa de datos para la prevención del suicidio, incluyendo formación práctica en el uso eficiente de herramientas digitales para optimizar su tiempo y mejorar la calidad de la información. |
| <i>Acción 6.1.3</i> | Reforzar la docencia pre y postgrado y la formación sanitaria especializada en prevención y posvención del suicidio. |



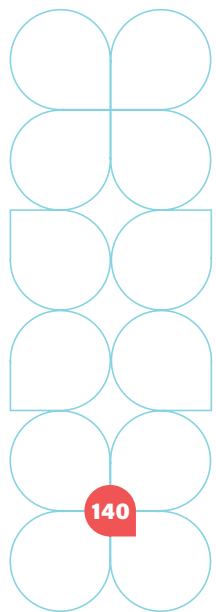
| | |
|--------------------------------|--|
| <i>Acción 6.1.4</i> | Implementar formación multidisciplinar dirigido a todas las personas implicadas para difundir protocolos de actuación, criterios de derivación e ingreso en los distintos programas asistenciales facilitando su integración en la práctica clínica. |
| <i>Línea de actuación 6.2.</i> | <i>Capacitación de profesionales sociales y educativos</i> |
| <i>Acción 6.2.1</i> | Diseñar acciones formativas dirigidas a profesionales del Sistema de Servicios Sociales, especialmente en centros residenciales para personas mayores y con discapacidad, menores y familias en situación de desprotección, así como menores en centros residenciales, sobre identificación, prevención y manejo de la conducta suicida, para reforzar la detección precoz y la intervención adecuada. |
| <i>Acción 6.2.2</i> | Promover la formación continua en salud mental laboral para responsables de recursos humanos y trabajadores, que incluya la identificación temprana de signos de malestar, estrategias de apoyo y protocolos de actuación específicos. |
| <i>Acción 6.2.3</i> | Desarrollar e implementar un programa educativo integral basado en el marco legal vigente PCTBE, que fomente la educación emocional desde edades tempranas, forme al personal docente y promueva entornos escolares seguros para prevenir el sufrimiento emocional y el suicidio. |
| <i>Acción 6.2.4</i> | Implementar y expandir programas estructurados de formación y capacitación para gatekeepers en ámbitos comunitarios clave (educativo, laboral, seguridad, voluntariado, etc.). |
| <i>Acción 6.2.5</i> | Ofertar formación de calidad a las asociaciones de salud mental, familiares y supervivientes y otras organizaciones comunitarias en prevención, detección y manejo del riesgo suicida, para reforzar su capacidad de actuación y apoyo a personas en riesgo y sus familias. |
| <i>Acción 6.2.6</i> | Reforzar la formación específica de los/as profesionales que intervienen con colectivos especialmente vulnerables, como personas en situación de exclusión social, con trastorno por uso de sustancias, familias y menores en dificultad o conflicto social, víctimas de violencia de género, personas mayores y dependientes, entre otros. |



| | |
|--------------------------------|---|
| <i>Línea de actuación 6.3.</i> | <i>Capacitación de profesionales fuerzas y cuerpos de seguridad y de primera intervención y emergencias</i> |
| <i>Acción 6.3.1</i> | Diseñar planes de formación para profesionales expuestos a alta carga emocional, como fuerzas de seguridad y emergencias, para mejorar su manejo del estrés, la autogestión emocional y la intervención ante conductas suicidas. |
| <i>Acción 6.3.2</i> | Formar a profesionales del 061 en los recursos y programas de salud mental sobre conducta suicida para poder dar indicaciones efectivas a las personas que contacten. |
| <i>Línea de actuación 6.4.</i> | <i>Formación medios de comunicación sobre el tratamiento informativo de la conducta suicida</i> |
| <i>Acción 6.4.1</i> | Elaborar una estrategia de comunicación pública con medios de comunicación y redes sociales, para promover una narrativa responsable y no estigmatizante sobre el suicidio. |
| <i>Acción 6.4.2</i> | Impulsar la guía de estilo en comunicación de conducta suicida elaborada por el Ministerio de Sanidad dirigidas a profesionales de los medios de comunicación y gestores de redes sociales, centrada en promover un tratamiento informativo riguroso, ético y basado en evidencia científica sobre la conducta suicida. |

7.2.7 EJE 7: GOBERNANZA, COORDINACIÓN INSTITUCIONAL Y PLANIFICACIÓN ORGANIZATIVA

Este eje se centra en fortalecer la gobernanza, la planificación y la coordinación intersectorial en la prevención y posvención del suicidio. Busca consolidar estructuras permanentes de trabajo conjunto entre instituciones y dar voz a las personas supervivientes y familias afectadas. Además, promueve la cooperación entre sanidad, educación, servicios sociales, cuerpos de seguridad y el ámbito académico para establecer protocolos comunes, mejorar la respuesta ante el riesgo suicida y garantizar una atención integral, coordinada y basada en la evidencia.



LÍNEAS ESTRATÉGICAS:

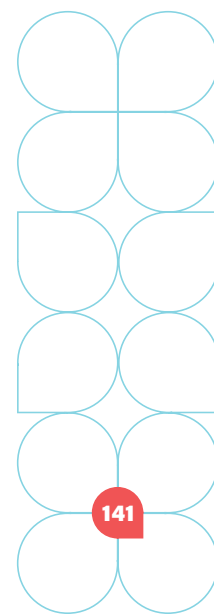
7.1. Gobernanza y planificación organizativa

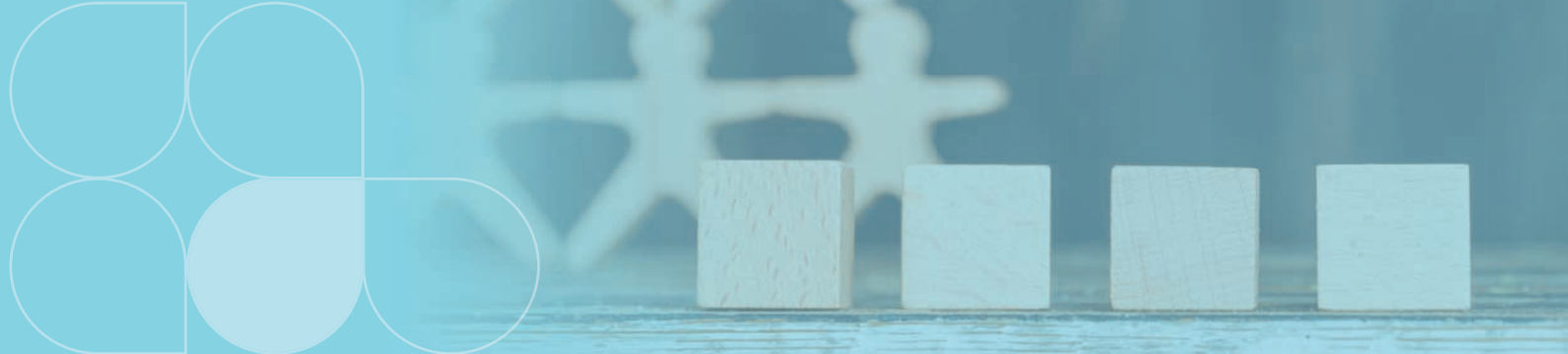
7.2. Coordinación y colaboración interinstitucional e intersectorial



Las acciones que se contemplan en el ámbito de la gobernanza, coordinación institucional y planificación organizativa son las siguientes:

| Eje Estratégico 7 | Gobernanza, coordinación institucional y planificación organizativa |
|--------------------------------|---|
| <i>Línea de actuación 7.1.</i> | <i>Gobernanza y planificación organizativa</i> |
| <i>Acción 7.1.1</i> | Desarrollar estructuras permanentes de coordinación intersectorial e interinstitucional, mediante la creación de una mesa intersectorial, garantizando la continuidad, periodicidad de reuniones, criterios de representación equilibrada de todas las personas implicadas en el abordaje del suicidio. |
| <i>Acción 7.1.2</i> | Crear un grupo de trabajo con representación de personas supervivientes y familiares de personas fallecidas, con el fin de incorporar sus voces en el diseño, seguimiento y evaluación de las políticas públicas de prevención del suicidio. |



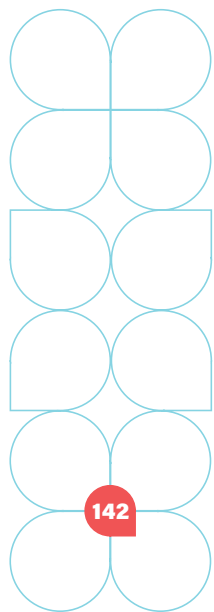


| | |
|--------------------------------|---|
| Línea de actuación 7.2. | <i>Coordinación y colaboración interinstitucional e intersectorial</i> |
| <i>Acción 7.2.1</i> | Elaborar un protocolo de coordinación entre actores institucionales y sociales implicados en la prevención y posvención del suicidio, que establezca procedimientos, canales de comunicación y mecanismos de cooperación para una respuesta integrada y eficaz. |
| <i>Acción 7.2.2</i> | Fortalecer la colaboración entre sanidad y educación para abordar los factores de riesgo y protección de la conducta suicida mediante programas conjuntos de detección, intervención y promoción de la salud mental en el ámbito escolar. |
| <i>Acción 7.2.3</i> | Impulsar un convenio de colaboración entre cuerpos y fuerzas de seguridad y el Colegio Oficial de Psicología, para garantizar intervención psicológica especializada y protocolos de actuación conjunta en situaciones individualizadas de riesgo suicida. |
| <i>Acción 7.2.4</i> | Fomentar la colaboración con universidades e investigación conjunta con IDIVAL, CIBERSAM y otros centros para impulsar formación práctica especializada, investigación sobre riesgos y efectividad de intervenciones, y la incorporación de nuevos profesionales en prevención y posvención del suicidio. |
| <i>Acción 7.2.5</i> | Colaborar con Inspección de Trabajo, recursos humanos y sindicatos para implementar medidas preventivas en entornos laborales de alto riesgo y asegurar el cumplimiento de la normativa de salud mental laboral (Ley 31/1995 y Criterio Técnico 104/2021). |

7.3 IMPLEMENTACIÓN Y MONITORIZACIÓN DEL PLAN

7.3.1 MODELO DE IMPLEMENTACIÓN

La implementación del Plan de Prevención del Suicidio de Cantabria requiere una estructura organizativa sólida, participativa y sostenible que garantice la coordinación efectiva entre los distintos sectores implicados en el abordaje del suicidio. Este modelo



propone una articulación funcional basada en la creación de redes territoriales de atención y prevención, bajo un modelo que permita la colaboración continua entre niveles asistenciales, instituciones y agentes sociales, fortaleciendo la gobernanza y la capacidad de respuesta del sistema.

La gobernanza del Plan se sustentará en una estructura de coordinación intersectorial e interinstitucional permanente, con mecanismos claros de decisión, evaluación y comunicación. Se propone la creación de los siguientes órganos:

- **Comité Técnico Regional de Prevención del Suicidio**, dependiente de la Consejería de Sanidad, responsable de la planificación estratégica, supervisión de las líneas de actuación y evaluación anual del Plan. Estará integrado por representantes del SCS, Salud Mental, AP, Urgencias y Emergencias, Servicios Sociales, Educación, IMLCF, IDIVAL, asociaciones de supervivientes y entidades comunitarias.
- **Mesa Intersectorial Permanente**, como espacio operativo de coordinación entre instituciones, con reglamento interno que defina periodicidad de reuniones, criterios de participación y responsabilidades. Su función será facilitar la cooperación, el intercambio de información y de protocolos entre los distintos sectores.
- **Coordinadores Territoriales o Figuras de Enlace**, designados en cada Área de Salud, encargados del despliegue operativo, la comunicación entre servicios locales y la elaboración de informes y memorias anuales.



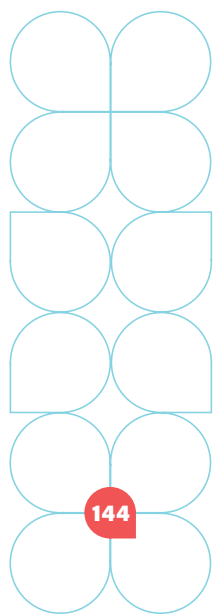
Una comunicación eficaz será clave para el éxito del Plan. Se promoverá una estrategia de comunicación institucional que garantice la difusión interna y externa de los objetivos, recursos y avances:

- Difusión interna mediante intranet, boletines y jornadas formativas en los distintos niveles del SCS.
- Comunicación externa con Ayuntamientos, centros educativos, asociaciones y medios de comunicación, fomentando su adhesión al Plan.
- Promoción de un tratamiento mediático responsable y no estigmatizante del suicidio, siguiendo las guías de estilo del Ministerio de Sanidad.
- Difusión en jornadas científico-técnicas de los diferentes ámbitos implicados.

7.3.2 CRONOGRAMA DE IMPLEMENTACIÓN

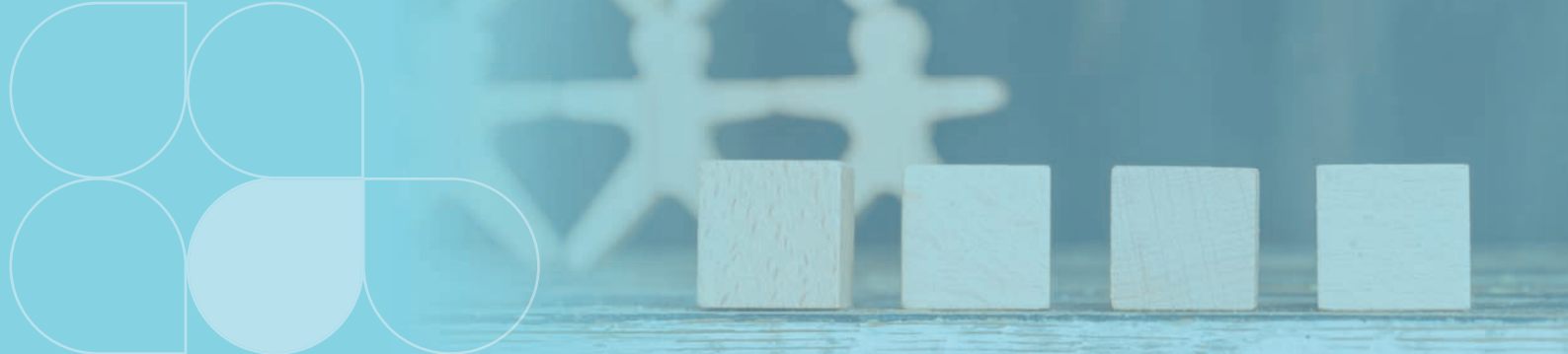
Para garantizar un desarrollo organizado y eficaz del Plan, cada actuación se programará en función de su prioridad y factibilidad, definiendo un año de inicio y un período estimado de implementación dentro de los cuatro años de vigencia (2026–2029).

Se debe tener en cuenta que muchos de los proyectos definidos son continuidad de iniciativas ya existentes, o bien suponen mejoras o actualizaciones de proyectos que, en el momento de elaboración del Plan, se encuentran en funcionamiento. Esta consideración permite integrar la experiencia previa, aprovechar recursos ya disponibles y favorecer la consolidación de resultados.



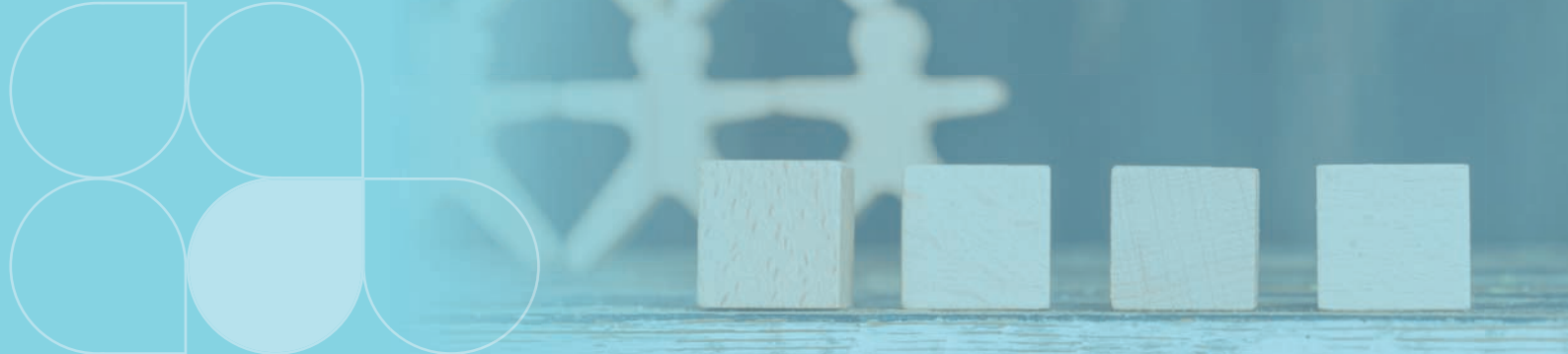
La planificación secuenciada asegura que las acciones que requieren soporte estructural previo se consoliden antes de avanzar a etapas más complejas, optimizando los recursos y facilitando la coordinación entre los distintos agentes involucrados.

| Ejes estratégicos/ Líneas de actuación/ Acciones | | Años | | | |
|--|---|------|------|------|------|
| | | 2026 | 2027 | 2028 | 2029 |
| 1 | Prevención y sensibilización social | | | | |
| 1.1 | Sensibilización social y difusión de recursos de ayuda a la población general | | | | |
| 1.1.1 | Diseñar e implementar campañas integrales de sensibilización dirigidas a la población general y profesionales, con mensajes claros sobre riesgos, señales de alerta, recursos y recuperación, reforzadas en fechas clave como el Día Mundial de la Salud Mental y el Día Mundial para la Prevención del Suicidio para mantener la visibilidad y reducir el estigma. | | | | |
| 1.1.2 | Desarrollar acciones de sensibilización y educación emocional para la población general, coordinadas entre salud, educación, fuerzas de seguridad y asociaciones, para prevenir y detectar tempranamente el malestar psicosocial y la conducta suicida. | | | | |
| 1.1.3 | Diseñar e implementar programas de prevención transversales a todo el plan, adaptados a la diversidad cultural, lingüística, de género y religiosa, garantizando accesibilidad y pertinencia en todos los grupos sociales. | | | | |
| 1.1.4 | Impulsar la participación activa de entidades sociales, asociaciones y colectivos que trabajen en la promoción del bienestar emocional, la convivencia saludable y la prevención de conductas de riesgo, en la elaboración de materiales y acciones de sensibilización, conforme a las pautas definidas por el SCS. | | | | |
| 1.2 | Prevención en personas adultas | | | | |
| 1.2.1 | Se impulsará la elaboración de programas integrales de prevención del suicidio en el entorno laboral, que incluyan acciones de sensibilización sobre factores de riesgo y factores protectores, actividades formativas por entidades como el Instituto Cántabro de Seguridad y Salud en el Trabajo (ICASST) y mutuas. | | | | |



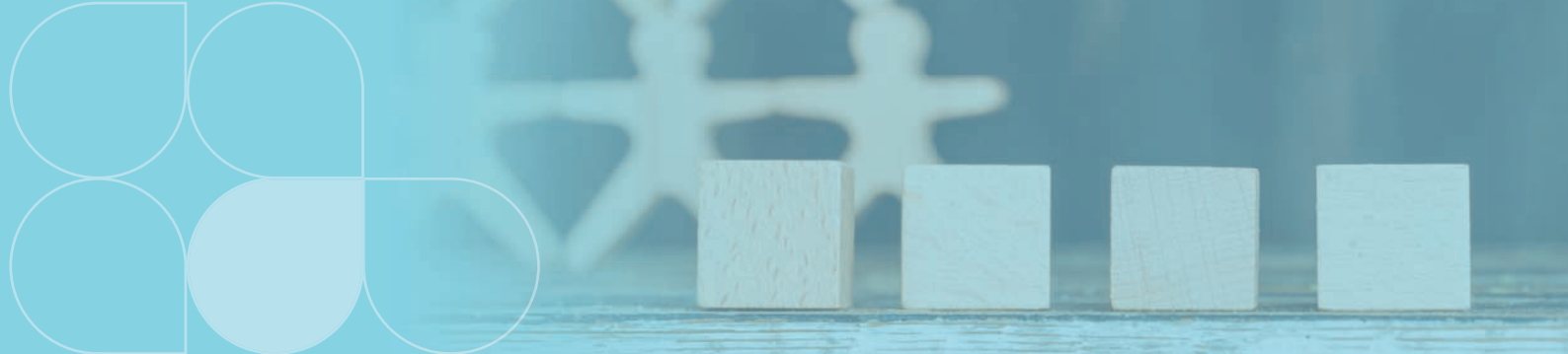
| Ejes estratégicos/ Líneas de actuación/ Acciones | | Años | | | |
|--|--|------|------|------|------|
| | | 2026 | 2027 | 2028 | 2029 |
| 1.2.2 | Diseñar e implementar protocolos de riesgos psicosociales laborales relacionados con el riesgo de conducta suicida, definiendo el papel de las mutuas en la identificación temprana de factores de riesgo en el ámbito laboral y la coordinación con los recursos sanitarios. | | | | |
| 1.2.3 | Impulsar programas de apoyo y acompañamiento psicosocial para personas adultas en situación de soledad no deseada o crisis vitales a través de los servicios sociales y en colaboración con entidades del tercer sector y/o asociaciones vecinales, etc. | | | | |
| 1.2.4 | Fortalecer y desarrollar los programas comunitarios existentes dirigidos a prevenir algunos determinantes sociales de salud mental (como la Estrategia de Inclusión para las Personas Sin Hogar en Cantabria o el Protocolo Barnahus). | | | | |
| 1.3 | Prevención en la infancia y la juventud | | | | |
| 1.3.1 | Impulsar desde la Consejería de Educación una Estrategia Integral de Educación Emocional que incorpore contenidos obligatorios sobre autocuidado, gestión emocional, empatía y prevención del suicidio, ya sea dentro de asignaturas existentes o mediante programas transversales, aprovechando el marco legal vigente. | | | | |
| 1.3.2 | Desarrollar e implementar desde la Consejería de Educación programas preventivos en centros escolares para jóvenes, orientados a evitar el consumo de alcohol, drogas y otras adicciones, incluidas las relacionadas con el juego y el uso de pantallas. | | | | |
| 1.3.3 | Promover entre estudiantes conductas de apoyo mutuo, facilitando información clara y accesible sobre cómo identificar situaciones de riesgo, buscar ayuda adecuada, y a quién dirigirse para recibir apoyo. | | | | |
| 1.3.4 | Elaborar un plan de prevención y actuación frente a la conducta suicida en el ámbito universitario. | | | | |
| 1.3.5 | Evaluar exhaustivamente el riesgo suicida en menores víctimas de abuso o maltrato, mediante equipos de salud mental infantil y otros profesionales, usando entrevistas adaptadas, historia clínica y análisis del entorno psicosocial. | | | | |

| Ejes estratégicos/ Líneas de actuación/ Acciones | | Años | | | |
|--|--|------|------|------|------|
| | | 2026 | 2027 | 2028 | 2029 |
| 1.3.6 | Elaborar un protocolo de actuación ante casos de autolesiones para facilitar la identificación, valoración y seguimiento, asegurando la continuidad asistencial a lo largo de la atención. | | | | |
| 1.3.7 | Impulsar programas de formación y apoyo a familias en situación de riesgo, para ayudarlas a detectar señales de alerta, fomentar el bienestar emocional y prevenir conductas suicidas y adictivas, reforzando el cuidado en el hogar. | | | | |
| 1.4 | Prevención en personas en situación de riesgo | | | | |
| 1.4.1 | Promover la difusión accesible de los recursos de ayuda en crisis (024, teléfono de la esperanza, servicios sanitarios, etc.), especialmente para colectivos vulnerables. | | | | |
| 1.4.2 | Incluir protocolos de detección del riesgo suicida en los servicios de proximidad para personas mayores y con discapacidad, capacitando al personal para identificar alertas y derivar casos, con especial atención a quienes viven solos/as o carecen de vínculos sociales. | | | | |
| 1.4.3 | Desarrollar desde Servicios Sociales protocolos que permitan gestionar las alertas y derivaciones hacia los servicios de salud y otros recursos especializados, garantizando la coordinación entre los diferentes niveles de atención dentro de los servicios sociales y con otros sistemas implicados (salud, educación, justicia, etc.). | | | | |
| 1.4.4 | Establecer intervenciones adecuadas en los programas de seguimiento y atención a pacientes afectados por enfermedades que generen un elevado impacto funcional y/o estigmatización, priorizando aquellos casos en los que estas condiciones puedan producir un mayor riesgo emocional o social. | | | | |
| 1.4.5 | Desarrollar el abordaje de la detección de conductas suicidas en la atención a urgencias y emergencias sociosanitarias, estableciendo un marco de colaboración (herramientas de detección compartidas, | | | | |



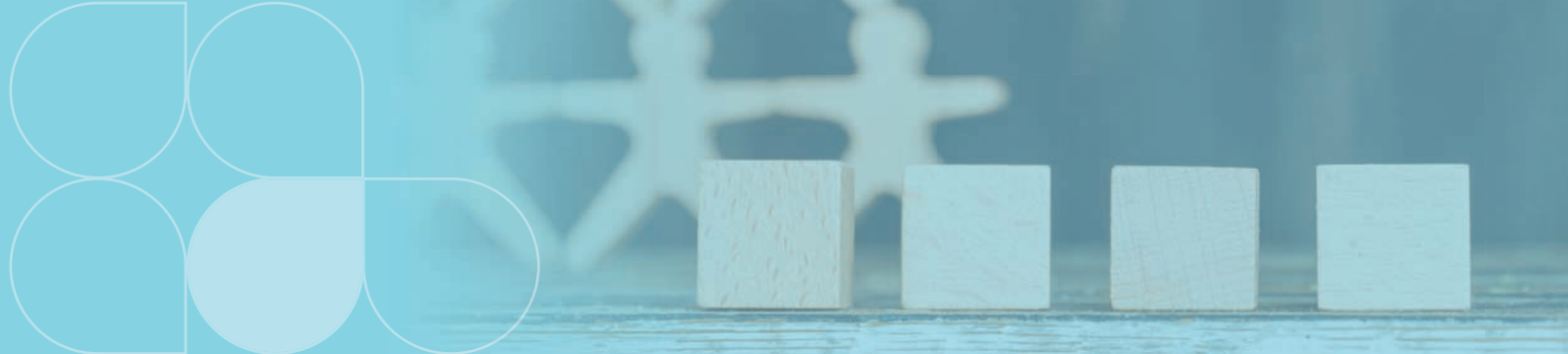
| Ejes estratégicos/ Líneas de actuación/ Acciones | | Años | | | |
|--|---|------|------|------|------|
| | | 2026 | 2027 | 2028 | 2029 |
| 2 | Detección del riesgo suicida | | | | |
| 2.1 | Detección temprana y sistemas de alerta | | | | |
| 2.1.1 | Promover la formación a población general en la identificación de señales de alerta de conducta suicida y actuación básica (por ej. Modelo gatekeeper) contando entre otros recursos con la Escuela Cantabria de Salud. | | | | |
| 2.1.2 | Establecer protocolos coordinados que integren a los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad del Estado, institutos de medicina legal y ciencias forenses, sistema educativo, servicios de emergencias y servicios sociales para garantizar una comunicación rápida y una respuesta eficaz ante situaciones de riesgo. | | | | |
| 2.1.3 | Integrar protocolos específicos para la detección temprana del riesgo suicida en población infantil y adolescente en los ámbitos educativo, sanitario y social, garantizando su aplicación efectiva mediante mecanismos de seguimiento sistemático y evaluación continua. | | | | |
| 2.1.4 | Reforzar la atención urgente en riesgo suicida a través del 061, con capacidad para registrar información, activar alertas y coordinar recursos de forma inmediata, valorando la incorporación de profesionales especializados en salud mental (psicólogos y/o psiquiatras) para garantizar una respuesta inmediata y especializada en la crisis. | | | | |
| 2.1.5 | Poner en marcha circuitos de coordinación para la formación del personal educativo en la detección precoz del riesgo de suicidio y en la derivación segura, en colaboración con Atención Primaria, Salud Mental y Servicios Sociales, facilitando así la identificación e intervención temprana en alumnado vulnerable (p.ej. En contextos de acoso, exclusión y/o conflicto familiar). | | | | |
| 2.2 | Cribado e identificación del riesgo suicida | | | | |
| 2.2.1 | Desarrollar e implementar un protocolo integral de evaluación del riesgo suicida que contemple la diversidad de perfiles y factores de riesgo más allá de los trastornos mentales graves, incorporando variables psicosociales, contextuales y demográficas. | | | | |

| Ejes estratégicos/ Líneas de actuación/ Acciones | | Años | | | |
|--|--|------|------|------|------|
| | | 2026 | 2027 | 2028 | 2029 |
| 2.2.2 | Estandarizar protocolos de detección, actuación y coordinación en todos los ámbitos donde pueda identificarse riesgo suicida (como centros sanitarios, educativos, policiales, sociales, laborales, etc.), asegurando el conocimiento del personal implicado en la identificación y manejo del riesgo suicida. | | | | |
| 2.2.3 | Incluir en las revisiones laborales y programas de bienestar preguntas de cribado sobre riesgo suicida, con personal formado y protocolos que aseguren el adecuado manejo y coordinación con los servicios sanitarios. | | | | |
| 2.2.4 | Diseñar e implementar desde el SCS un protocolo unificado para la identificación, manejo inicial y derivación urgente o preferente desde AP de personas con ideación o intento de suicidio, hacia los Servicios de Salud Mental, recursos sociales y de apoyo comunitario o a urgencias hospitalarias, incorporando herramientas de evaluación y tiempos de respuesta definidos. | | | | |
| 2.3 | Respuesta y actuación ante el riesgo suicida | | | | |
| 2.3.1 | Analizar los métodos empleados en conductas suicidas e identificar zonas con mayor incidencia de tentativas y/o actos consumados (hotspots) para realizar intervenciones específicas | | | | |
| 2.3.2 | Diseñar planes de actuación para cada hotspot, que incluyan la movilización de recursos especializados, recursos de actuación rápida y la adopción de medidas de gestión del espacio que reduzcan el riesgo (como instalar barreras arquitectónicas o instrumentos de disuasión, vigilancia y ayuda). | | | | |
| 3 | Intervención, atención y seguimiento de la conducta suicida | | | | |
| 3.1 | Intervención especializada y atención al riesgo suicida | | | | |
| 3.1.1 | Elaboración de protocolos específicos de actuación ante la conducta suicida en los diferentes organismos o instituciones de carácter público (educación, centros de atención a la dependencia, centros residenciales, centros de atención a la infancia). | | | | |
| 3.1.2 | Impulsar e implementar un protocolo común de identificación de conducta suicida para su incorporación dentro de los Servicios de Urgencias Psiquiátricas en las diferentes áreas sanitarias de la Comunidad Autónoma. | | | | |



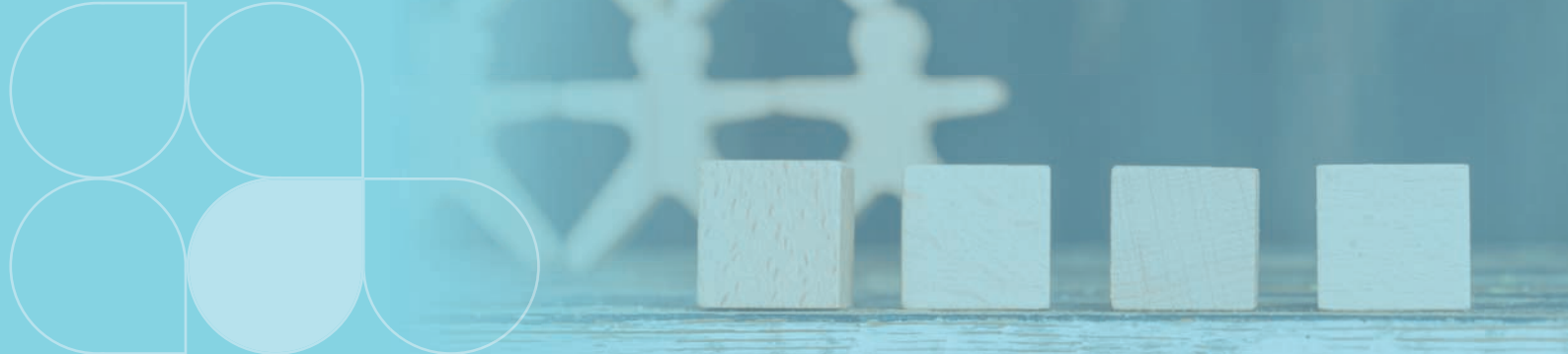
| Ejes estratégicos/ Líneas de actuación/ Acciones | | Años | | | |
|--|--|------|------|------|------|
| | | 2026 | 2027 | 2028 | 2029 |
| 3.1.3 | Promover la accesibilidad a la AP mediante modalidades flexibles de atención incluyendo la visita domiciliaria y la atención comunitaria, para permitir un seguimiento integral y temprano de factores biopsicosociales relacionados con la prevención del suicidio, garantizando la coordinación con equipos móviles y recursos de Salud Mental en zonas con brecha territorial. | | | | |
| 3.2 | Seguimiento y continuidad asistencial tras conductas suicidas | | | | |
| 3.2.1 | Implementar mecanismos estables de coordinación asistencial entre los equipos de AP, los dispositivos de Salud Mental y los Servicios Sociales (p ej.: designación de profesionales de enlace con comunicación directa, sesiones clínicas conjuntas periódica, etc.). | | | | |
| 3.2.2 | Estandarizar los programas asistenciales en todas las Áreas Sanitarias de Cantabria para garantizar una atención uniforme y de calidad, adaptando iniciativas como el Programa Intensivo de Prevención del Suicidio a cada zona. | | | | |
| 3.2.3 | Revisar de forma periódica los protocolos de atención urgente y seguimiento de la conducta suicida, capacitar al personal en dichos protocolos y monitorizar su cumplimiento. | | | | |
| 3.2.4 | Potenciar la interoperabilidad y el uso extensivo de la HCE junto con otros sistemas en todos los niveles asistenciales, garantizando el acceso rápido y seguro a la información clínica relevante. | | | | |
| 3.2.5 | Diseñar un protocolo de seguimiento post-alta coordinado desde AP, enfermería comunitaria, medicina de familia, pediatría y trabajo social sanitario que asegure revisiones periódicas, control de adherencias terapéuticas y detección temprana de signos de alarma, con canales de comunicación bidireccional y segura con Salud Mental y Servicios Sociales para garantizar la continuidad asistencial. | | | | |
| 3.3 | Equidad en el acceso a los servicios y calidad de la atención | | | | |
| 3.3.1 | Impulsar que todos los centros sanitarios y sociales cuenten con personal formado en prevención y manejo de crisis suicidas, con especial atención a áreas rurales o de alta incidencia. | | | | |
| 3.3.2 | Reducir las desigualdades territoriales en Cantabria en el acceso a servicios de salud mental, promoviendo servicios de atención telemática garantizando una cobertura homogénea y eficaz en todo el territorio. | | | | |

| Ejes estratégicos/ Líneas de actuación/ Acciones | | Años | | | |
|--|--|------|------|------|------|
| | | 2026 | 2027 | 2028 | 2029 |
| 3.3.3 | Sistematizar en todos los protocolos y programas la incorporación de perspectiva de género y diversidad sexual, identificando factores específicos de riesgo y barreras de acceso a la ayuda. | | | | |
| 3.3.4 | Implementar programas teleasistencia y eSalud, para garantizar acceso eficaz y oportuno a los servicios de salud mental en áreas con difícil accesibilidad geográfica, mejorando la cobertura y continuidad asistencial. | | | | |
| 4 | Posvención y apoyo a personas supervivientes y familias | | | | |
| 4.1 | Protocolos de actuación en la posvención al suicidio | | | | |
| 4.1.1 | Desarrollar y difundir guías y materiales de apoyo para supervivientes, familiares, cuidadores y allegados, incluyendo información actualizada sobre recursos comunitarios, asociaciones, grupos de ayuda mutua y servicios especializados, así como pautas prácticas basadas en la evidencia para el afrontamiento del duelo y la recuperación emocional. | | | | |
| 4.1.2 | Incorporar en las webs institucionales información sobre servicios de ayuda a supervivientes (entendiéndose como tal a familiares, amigos y allegados de personas que perdieron la vida por suicidio). | | | | |
| 4.1.3 | Definir un marco de actuación claro para la posvención, identificando tiempos de intervención, canales de comunicación y la coordinación y roles entre las distintas personas implicadas, desde un enfoque integral, interdisciplinar y centrado en las necesidades de la persona y su entorno. | | | | |
| 4.1.4 | Implementar un programa de soporte emocional y acompañamiento psicológico específico para profesionales implicados en la atención al suicidio, que incluya espacios de escucha activa, supervisión clínica periódica y estrategias de autocuidado. | | | | |
| 4.1.5 | Diseñar un protocolo urgente para menores hospitalizados con ideación o tentativas autolíticas que incluya evaluación del contexto psicosocial y establezca mecanismos de coordinación inmediata entre servicios sanitarios, educativos y sociales, con el fin de intervenir de forma temprana y prevenir nuevas situaciones de riesgo. | | | | |



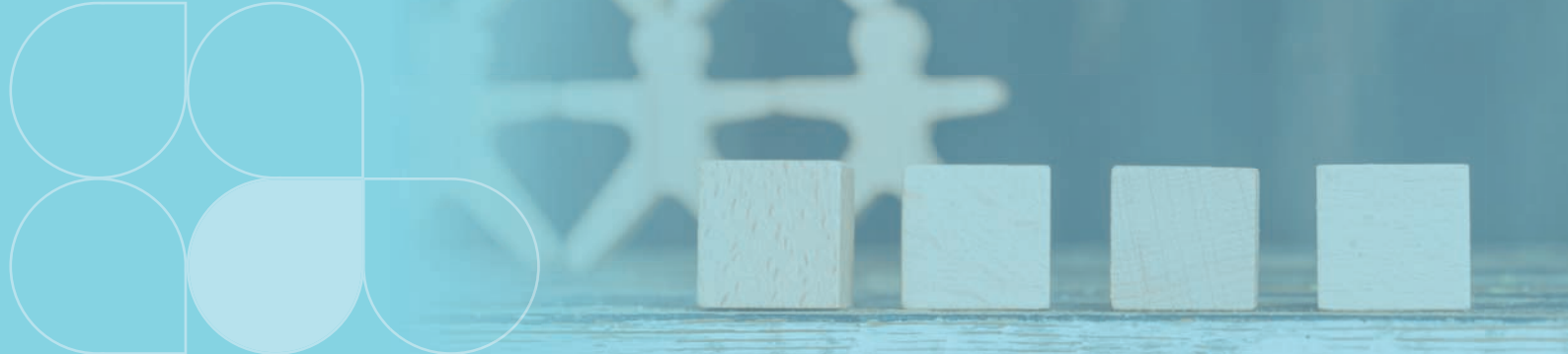
| Ejes estratégicos/ Líneas de actuación/ Acciones | | Años | | | |
|--|--|------|------|------|------|
| | | 2026 | 2027 | 2028 | 2029 |
| 4.2 | Apoyo comunitario, participación social y redes asociativas | | | | |
| 4.2.1 | Fortalecer redes comunitarias y grupos de apoyo profesionalizados para supervivientes de suicidio, colaborando con asociaciones de pacientes y familiares (p ej.: Fundación Paisaje, ASCASAM, etc.) y ofreciendo talleres y recursos que favorezcan su recuperación y bienestar emocional. | | | | |
| 4.2.2 | Crear talleres y recursos específicos dirigidos tanto a personas supervivientes de un intento de suicidio como a sus familias y allegados, para dotarles de herramientas emocionales, comunicativas y prácticas que faciliten la recuperación, la prevención de recaídas y el afrontamiento del impacto emocional. | | | | |
| 5 | Vigilancia epidemiológica, investigación y gestión de información | | | | |
| 5.1 | Sistemas de vigilancia e información sobre tentativas y suicidios | | | | |
| 5.1.1 | Formalizar un convenio entre el SCS y el IMLCF, con el objetivo de permitir un intercambio sistemático de datos con fines tanto preventivos como asistenciales, y mejorar la recopilación y análisis de información sobre los casos de suicidio para potenciar su investigación. | | | | |
| 5.1.2 | Desarrollar un sistema integrado y digitalizado que unifique la recopilación, registro y análisis de datos asistenciales sobre intentos de suicidio y suicidios consumados, comunicando las diferentes fuentes y servicios implicados (sanitarios, forenses, sociales, etc.). | | | | |
| 5.1.3 | Elaborar un protocolo institucional para la realización de autopsias psicológicas en suicidios consumados, liderado por equipos especializados, definiendo previamente los objetivos de la autopsia (investigación, identificación de factores de riesgo, solicitud de la familia, etc.). | | | | |
| 5.1.4 | Impulsar el desarrollo de nuevos indicadores en prevención del suicidio en colaboración con la Dirección General de Transformación Digital, mediante el uso de Big Data y sistemas de eSalud que permitan mejorar la vigilancia, la evaluación de riesgos y la toma de decisiones basada en datos. | | | | |

| Ejes estratégicos/ Líneas de actuación/ Acciones | | Años | | | |
|--|---|------|------|------|------|
| | | 2026 | 2027 | 2028 | 2029 |
| 5.2 | Investigación epidemiológica, clínica y social sobre la conducta suicida y su prevención | | | | |
| 5.2.1 | Definir un marco de actuación para la investigación de los casos de suicidio que establezca con claridad los aspectos éticos, legales y de participación de las distintas personas implicados, que permita analizar las causas subyacentes y los factores contribuyentes a cada situación. | | | | |
| 5.2.2 | Consolidar e impulsar las líneas de investigación existentes en materia de prevención y posvención del suicidio con IDIVAL, CIBERSAM, el Observatorio de Salud Pública de Cantabria y otros actores académicos, para garantizar la continuidad, actualización y aplicación práctica de los conocimientos generados. | | | | |
| 5.2.3 | Impulsar la investigación en Cantabria sobre la epidemiología del suicidio, la efectividad de tratamientos y terapias, y la evaluación de intervenciones preventivas tras intentos de suicidio. | | | | |
| 5.3 | Sistemas de registro, análisis de datos y comunicación de la información | | | | |
| 5.3.1 | Incorporar indicadores específicos de malestar psicosocial y factores de riesgo en los sistemas de alerta temprana y prevención de salud mental, tanto en el ámbito laboral como en el educativo. | | | | |
| 5.3.2 | Crear foros institucionales de carácter periódico, para reflexionar sobre el abordaje del suicidio en Cantabria, que incluya la participación de representantes de las entidades participantes en su abordaje. | | | | |
| 5.3.3 | Proporcionar información de forma ágil sobre suicidios consumados de personas usuarias en la red de salud mental, garantizando una comunicación eficiente y oportuna para la toma de decisiones adecuadas. | | | | |
| 5.3.4 | Garantizar coordinación, comunicación de casos y seguimiento territorial mediante figuras de enlace en cada Área de Salud, y elaboración de memorias anuales sobre suicidios consumados y medidas de mejora. | | | | |

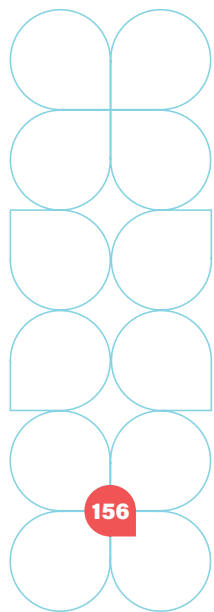


| Ejes estratégicos/ Líneas de actuación/ Acciones | | Años | | | |
|--|--|------|------|------|------|
| | | 2026 | 2027 | 2028 | 2029 |
| 6 | Formación y capacitación | | | | |
| 6.1 | Capacitación de profesionales sanitarios | | | | |
| 6.1.1 | Integrar contenidos específicos sobre prevención, crisis y posvención del suicidio en los programas de formación continuada dirigidos a profesionales de la salud, con especial atención a AP, Emergencias Sanitarias, Servicios de Urgencias Hospitalarias y Psiquiátricas, y Salud Mental. | | | | |
| 6.1.2 | Desarrollar formaciones dirigidas al personal sanitario sobre la importancia de la recolección sistemática y precisa de datos para la prevención del suicidio, incluyendo formación práctica en el uso eficiente de herramientas digitales para optimizar su tiempo y mejorar la calidad de la información. | | | | |
| 6.1.3 | Reforzar la docencia pre y postgrado y la formación sanitaria especializada en prevención y posvención del suicidio. | | | | |
| 6.1.4 | Implementar formación multidisciplinar dirigido a todas las personas implicadas para difundir protocolos de actuación, criterios de derivación e ingreso en los distintos programas asistenciales facilitando su integración en la práctica clínica. | | | | |
| 6.2 | Capacitación de profesionales sociales y educativos | | | | |
| 6.2.1 | Diseñar acciones formativas dirigidas a profesionales del Sistema de Servicios Sociales, especialmente en centros residenciales para personas mayores y con discapacidad, menores y familias en situación de desprotección, así como menores en centros residenciales, sobre identificación, prevención y manejo de la conducta suicida, para reforzar la detección precoz y la intervención adecuada. | | | | |
| 6.2.2 | Promover la formación continua en salud mental laboral para responsables de recursos humanos y trabajadores, que incluya la identificación temprana de signos de malestar, estrategias de apoyo y protocolos de actuación específicos. | | | | |
| 6.2.3 | Desarrollar e implementar un programa educativo integral basado en el marco legal vigente PCTBE, que fomente la educación emocional desde edades tempranas, forme al personal docente y promueva entornos escolares seguros para prevenir el sufrimiento emocional y el suicidio. | | | | |

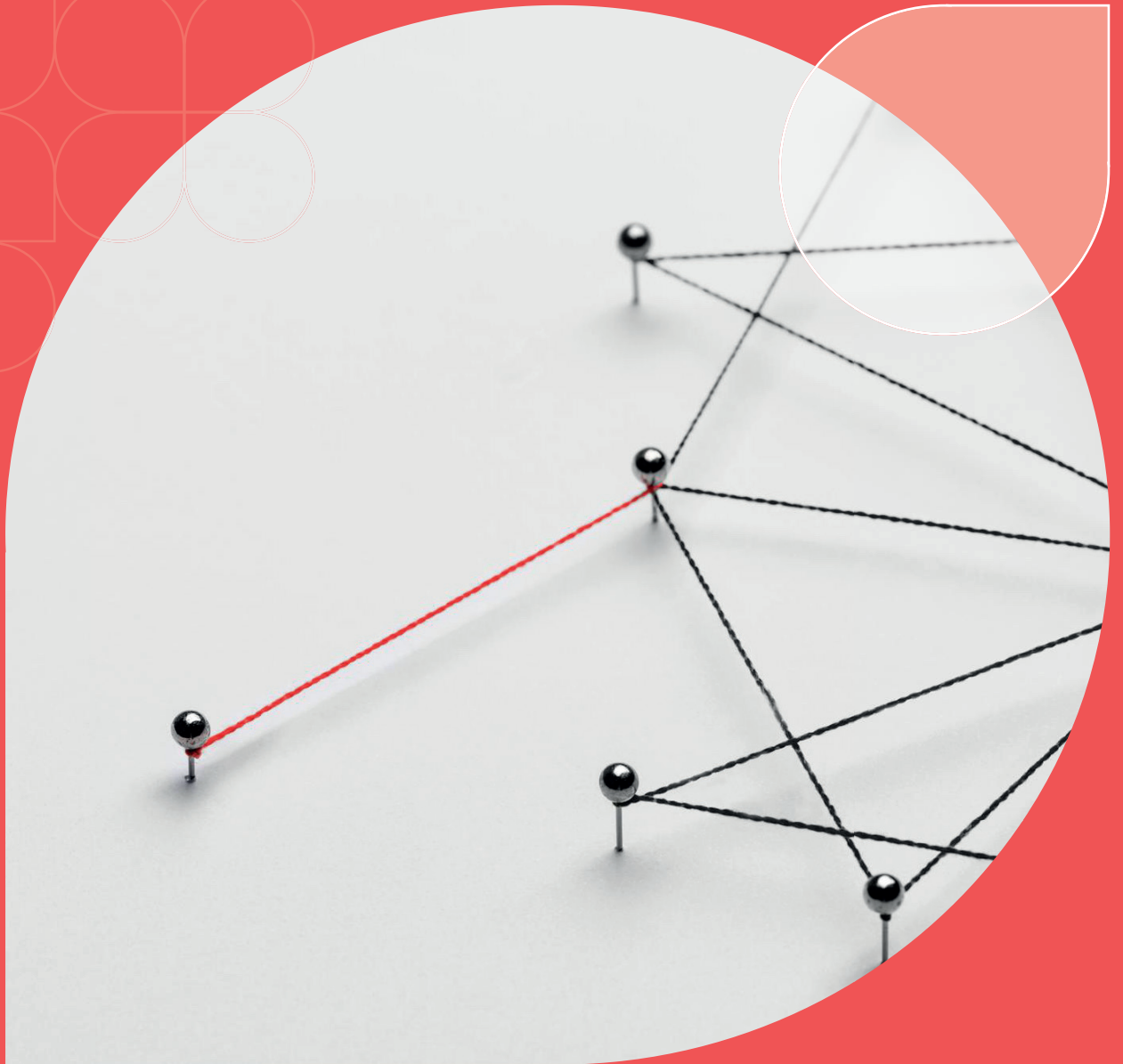
| Ejes estratégicos/ Líneas de actuación/ Acciones | | Años | | | |
|--|---|------|------|------|------|
| | | 2026 | 2027 | 2028 | 2029 |
| 6.2.4 | Implementar y expandir programas estructurados de formación y capacitación para gatekeepers en ámbitos comunitarios clave (educativo, laboral, seguridad, voluntariado, etc.). | | | | |
| 6.2.5 | Ofertar formación de calidad a las asociaciones de salud mental, familiares y supervivientes y otras organizaciones comunitarias en prevención, detección y manejo del riesgo suicida, para reforzar su capacidad de actuación y apoyo a personas en riesgo y sus familias. | | | | |
| 6.2.6 | Reforzar la formación específica de los/as profesionales que intervienen con colectivos especialmente vulnerables, como personas en situación de exclusión social, con trastorno por uso de sustancias, familias y menores en dificultad o conflicto social, víctimas de violencia de género, personas mayores y dependientes, entre otros. | | | | |
| 6.3 | Capacitación de profesionales fuerzas y cuerpos de seguridad y de primera intervención y emergencias | | | | |
| 6.3.1 | Diseñar planes de formación para profesionales expuestos a alta carga emocional, como fuerzas de seguridad y emergencias, para mejorar su manejo del estrés, la autogestión emocional y la intervención ante conductas suicidas. | | | | |
| 6.3.2 | Formar a profesionales del 061 en los recursos y programas de salud mental sobre conducta suicida para poder dar indicaciones efectivas a las personas que contacten. | | | | |
| 6.4 | Formación medios de comunicación sobre el tratamiento informativo de la conducta suicida | | | | |
| 6.4.1 | Elaborar una estrategia de comunicación pública con medios de comunicación y redes sociales, para promover una narrativa responsable y no estigmatizante sobre el suicidio. | | | | |
| 6.4.2 | Impulsar la guía de estilo en comunicación de conducta suicida elaborada por el Ministerio de Sanidad dirigidas a profesionales de los medios de comunicación y gestores de redes sociales, centrada en promover un tratamiento informativo riguroso, ético y basado en evidencia científica sobre la conducta suicida. | | | | |



| Ejes estratégicos/ Líneas de actuación/ Acciones | | Años | | | |
|--|---|------|------|------|------|
| | | 2026 | 2027 | 2028 | 2029 |
| 7 | Gobernanza, coordinación institucional y planificación organizativa | | | | |
| 7.1 | Gobernanza y planificación organizativa | | | | |
| 7.1.1 | Desarrollar estructuras permanentes de coordinación intersectorial e interinstitucional, mediante la creación de una mesa intersectorial, garantizando la continuidad, periodicidad de reuniones, criterios de representación equilibrada de todas las personas implicadas en el abordaje del suicidio. | | | | |
| 7.1.2 | Crear un grupo de trabajo con representación de personas supervivientes y familiares de personas fallecidas, con el fin de incorporar sus voces en el diseño, seguimiento y evaluación de las políticas públicas de prevención del suicidio. | | | | |
| 7.2 | Coordinación y colaboración interinstitucional e intersectorial | | | | |
| 7.2.1 | Elaborar un protocolo de coordinación entre actores institucionales y sociales implicados en la prevención y posvención del suicidio, que establezca procedimientos, canales de comunicación y mecanismos de cooperación para una respuesta integrada y eficaz. | | | | |
| 7.2.2 | Fortalecer la colaboración entre sanidad y educación para abordar los factores de riesgo y protección de la conducta suicida mediante programas conjuntos de detección, intervención y promoción de la salud mental en el ámbito escolar. | | | | |
| 7.2.3 | Impulsar un convenio de colaboración entre cuerpos y fuerzas de seguridad y el Colegio Oficial de Psicología, para garantizar intervención psicológica especializada y protocolos de actuación conjunta en situaciones individualizadas de riesgo suicida. | | | | |
| 7.2.4 | Fomentar la colaboración con universidades e investigación conjunta con IDIVAL, CIBERSAM y otros centros para impulsar formación práctica especializada, investigación sobre riesgos y efectividad de intervenciones, y la incorporación de nuevos profesionales en prevención y posvención del suicidio. | | | | |
| 7.2.5 | Colaborar con Inspección de Trabajo, recursos humanos y sindicatos para implementar medidas preventivas en entornos laborales de alto riesgo y asegurar el cumplimiento de la normativa de salud mental laboral (Ley 31/1995 y Criterio Técnico 104/2021). | | | | |







08

ANEXOS

Anexos

8.1 ANEXO A: RELACIÓN DE PARTICIPANTES

Queremos expresar nuestro más sincero agradecimiento a todas las personas, entidades e instituciones que han colaborado en la elaboración del Plan de Prevención del Suicidio en Cantabria 2026-2029.

Su participación, compromiso y aportaciones han sido fundamentales para construir un documento que refleja la visión compartida de los distintos agentes implicados.

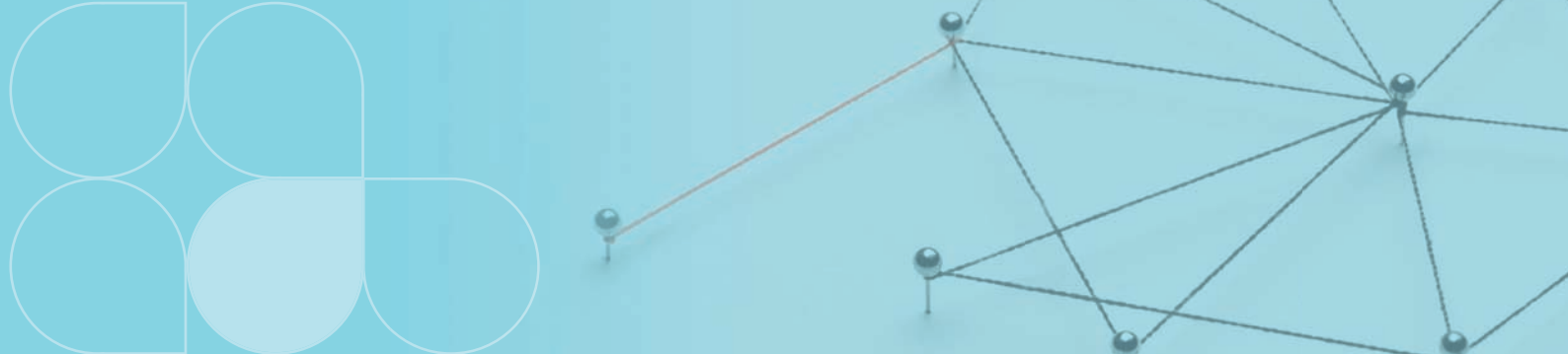
A continuación, se relacionan todas las personas que han contribuido al desarrollo de este Plan:

COORDINADORES/AS

Fernández Torre, Óscar – Director General de Planificación, Ordenación, Gestión del conocimiento y Salud Digital. Consejería de Salud.

Priede Díaz, Amador – Coordinador del Plan de Salud Mental. Servicio Cántabro de Salud.

Díaz Gómez, Paula – Enfermera. Apoyo técnico al Plan Salud Mental. Servicio Cántabro de Salud.



AUTORES/AS (ORDEN ALFABÉTICO)

Artal Simón, Jesús – Jefe de Servicio de Psiquiatría, HUMV.

Bustillo Gómez-Cuétara, Raquel – Jefa de Sección de Recursos Comunitarios, Subdirección de Dependencia.

Cabrero Anuarbe, Raquel – Jefa de Sección de Medidas de Prevención, Subdirección de Infancia Adolescencia y Familia.

Callejo Calderón, Jose Manuel – Subdirector del Instituto Cántabro de Seguridad y Salud en el Trabajo (ICASST).

Camarena Casado, Nieves - Gestora de Programas de Intervención. Subdirección de Infancia, Adolescencia y Familia.

Canduela Martínez, Paloma – Jefa de la Unidad Técnica de Equidad Educativa y Convivencia.

Casafont Parra, Íñigo – Vicerrector de Estudiantes, Empleabilidad y Emprendimiento de la Universidad de Cantabria.

Carazo Antón, José Manuel – Comandante. Jefe de Policía Judicial e Información de la Zona de Cantabria.

De Santiago Díaz, Ana Isabel – Jefa de Sección de Psiquiatría. Unidad de Hospitalización Psiquiátrica Parcial (UHPP). Responsable del Programa CARS del HUMV.

Diez Carral, Belén – Asesora Técnica Docente, Unidad Técnica de Equidad Educativa y Convivencia, Dirección General de Calidad y Equidad Educativa y Ordenación Académica.

Escalada López, Carmen – Responsable del Servicio de Promoción y Planificación Preventiva, ICASST.

Gómez Alonso, María Eugenia - Jefa de Sección de Recursos Especializados. Subdirección de Infancia, Adolescencia y Familia.

Gutiérrez Fernández, Consuelo – Secretaria General de la Delegación del Gobierno.

Gutiérrez Pérez, Ana María – Jefa de Servicio de Psiquiatría, Hospital Sierrallana (HSSL).

González Blanco, Laura – Enfermera de Pediatría, Zona Básica El Alisal.

González Gómez, Jana – Jefa de Sección de Psiquiatría, Hospital de Laredo (HLRD).

González Pescador, Ana – Directora del Instituto Cántabro de Seguridad y Salud en el Trabajo, ICASST.

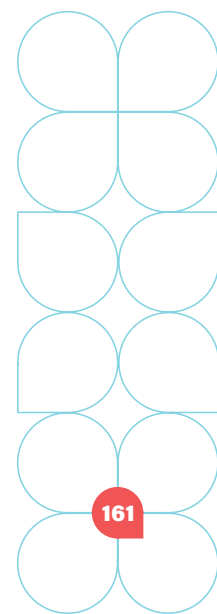
González Sánchez, Lorena – Directora de Área de Estudiantes de la Universidad de Cantabria.

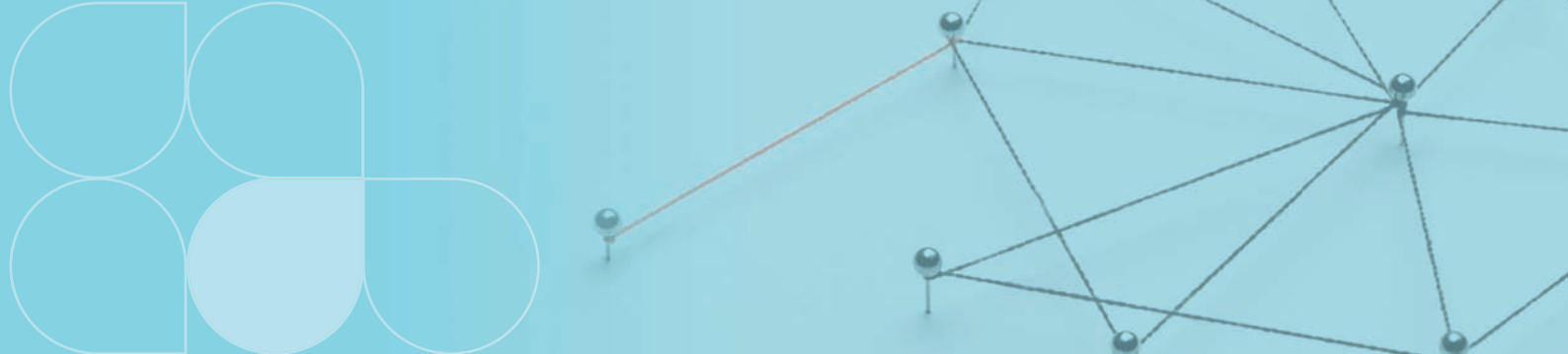
González Sanz, Tamara – Directora General de Igualdad y Mujer.

Lantarón Barquín, David – Catedrático de Derecho Laboral, especializado en conducta suicida vinculada a factores laborales.

López Angulo, Sonia – Asesora técnica de la Unidad Técnica de Equidad Educativa y Convivencia (UTEEC), Dirección General de Calidad y Equidad Educativa y Ordenación Académica.

Magdalena Fernández, María Carmen – Coordinadora médico asistencial. Servicio de urgencias y emergencias sanitarias 061 Cantabria.





Mallo Villar, Natividad – Jefa de Servicio de Violencia de Género, Dirección General de Inclusión Social, Familias e Igualdad.

Ortega Benito, Clara Isabel – Jefa de Sección Clínica, Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses (IMLCF).

Payá González, Beatriz – Jefa de Sección Coordinadora del Área de Psiquiatría Infantil, HUMV.

Peña Rotella, Guzmán – Jefe del Servicio de Atención e Intervención en Emergencias. Renedo Muñoz, Arancha – Policía Nacional, Técnico en Prevención de Riesgos Laborales.

Rodríguez Fernández, Fernando – Supervisor de enfermería del área de salud mental de Sierrallana.

Román Rubio, Fernando – Gestión Asistencial Especializada, HLRD.

Talledo Pelayo, Federico – Médico de Medicina Familiar y Comunitaria, Zona Básica Pisueña.

Terán-Villagrà, Nuria – Asociación Paisaje.

Torre Escalante, Marta – Jefa de Sección de Programación Social, Dirección General de Dependencia, Atención Sociosanitaria y Soledad no deseada.

APOYO CIENTÍFICO-TÉCNICO

Crowe. Consultoría en Estrategia e Innovación. Healthcare, Life Sciences & Social Policy.

Hernández Martín, Jose Antonio

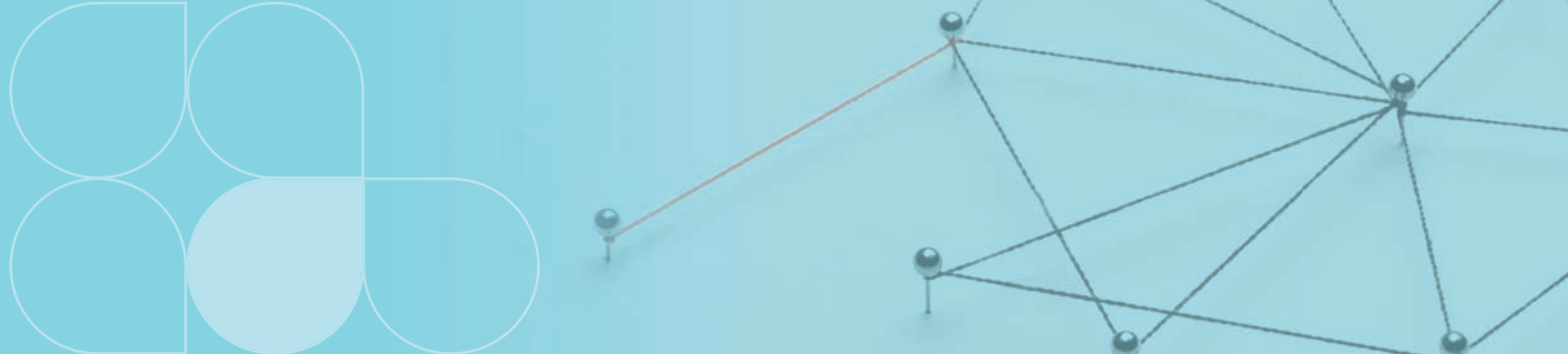
Martínez Gamote, Daniel

Galdámez Campos, Carlos Roberto

Portero Tabales, Rocío

8.2 ANEXO B: ACRÓNIMOS Y ABREVIATURAS

| ACRÓNIMOS Y ABREVIATURAS | |
|--------------------------|---|
| Acrónimos y abreviaturas | Descripción |
| AMOK | Atención a víctimas múltiples |
| AH | Atención Hospitalaria |
| AP | Atención Primaria |
| CIBERSAM | Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental |
| CC.AA. | Comunidad Autónoma |
| CAE | Comunidad Autónoma Vasca |
| EU-OSHA | European Agency for Safety and Health at Work |
| HCE | Historia Clínica Electrónica |
| HLRD | Hospital de Laredo |
| HSLL | Hospital Sierrallana |
| HUMV | Hospital Universitario Marqués de Valdecilla |
| INE | Instituto Nacional de Estadística |
| ICASST | Instituto Cántabro de Seguridad y Salud en el Trabajo |
| IDIVAL | Instituto de Investigación Sanitaria Valdecilla |
| IMLCF | Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses |
| MAS | Mensajería Sanitaria |
| OMS | Organización Mundial de la Salud |
| PAT | Plan de Acción Tutorial |
| CARS | Programa de Alta Resolución para el Manejo de la Conducta Suicida y Prevención del Suicidio |
| PAIF | Programa de Apoyo Integral a las Familias |
| PAFIP | Programa de Atención a Fases Iniciales de Psicosis |
| PCTBE | Programa de Cooperación Territorial para el Bienestar Emocional en el ámbito educativo |
| SCS | Servicio Cántabro de Salud |
| TAI | Técnicas de autoprotección e intervención |
| UIPC | Unidad de Investigación en Psiquiatría de Cantabria |
| UTEEC | Unidad Técnica de Equidad Educativa y Convivencia |
| USM | Unidades de Salud Mental |
| UNICEF | United Nations International Children`s Emergency Fund |



8.3 ANEXO C: ÍNDICE DE ILUSTRACIONES Y GRÁFICOS

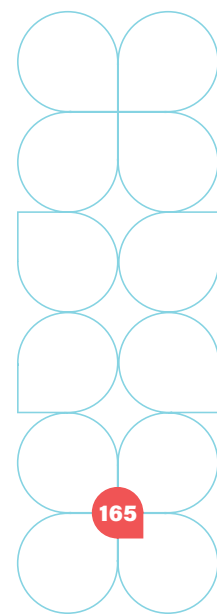
8.3.1 ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

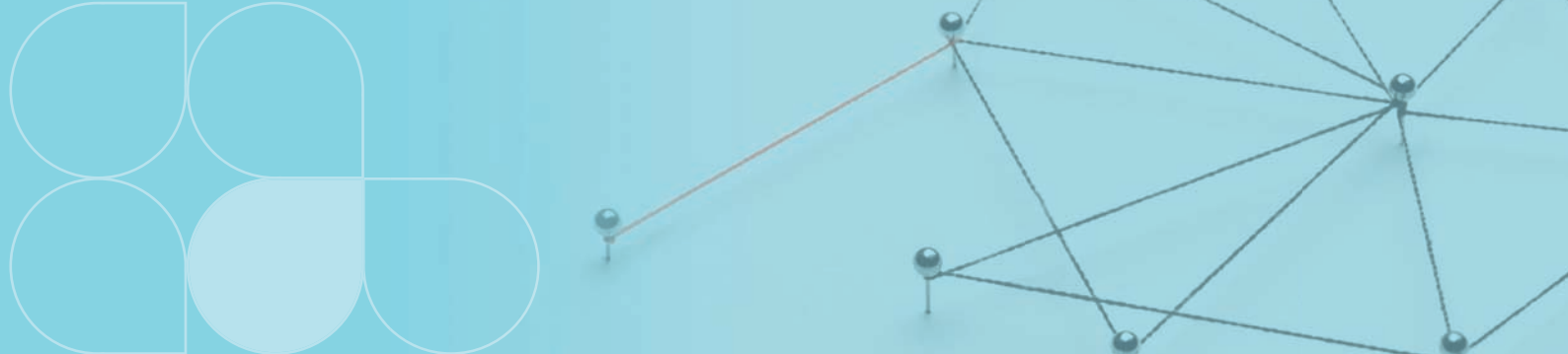
| | |
|--|-----------|
| Ilustración 1. Tasas de suicidio ajustadas por edad en ambos sexos (por cada 100.000 habitantes), 2021..... | 15 |
| Ilustración 2. Tasa de suicidio ajustada por edad en mujeres (por cada 100.000 habitantes), 2021..... | 16 |
| Ilustración 3. Tasas de suicidio ajustadas por edad en hombres (por cada 100.000 habitantes), 2021..... | 16 |
| Ilustración 4. Factores individuales de suicidio. | 42 |
| Ilustración 5. Factores precipitantes del suicidio..... | 48 |
| Ilustración 6. Las 6 líneas estratégicas del Plan de Acción para la Prevención del Suicidio 2025-2027..... | 57 |
| Ilustración 7. Línea estratégica 3. Prevención, detección precoz y atención a la conducta suicida con los objetivos generales y acciones de la Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2022-2026. | 58 |
| Ilustración 8. Las 6 líneas y objetivos estratégicos del Plan de Prevención del Suicidio Comunidad de Madrid, 2022-2026. | 62 |
| Ilustración 9. Las 5 líneas estratégicas de la Estrategia de Prevención de la Conducta Suicida de Castilla y León, 2021-2025..... | 63 |
| Ilustración 10. Las 6 líneas estratégicas del Plan de Prevención del Suicidio en Cataluña 2021-2025..... | 64 |

| | |
|--|------------|
| Ilustración 11. Las 9 áreas de actuación de la Estrategia de Prevención del Suicidio en Euskadi 2019..... | 65 |
| Ilustración 12. Las 4 líneas estratégicas de la Estrategia para la Prevención del Suicidio y la Intervención ante Tentativas Autolíticas de Castilla-La Mancha 2018-2025..... | 66 |
| Ilustración 13. Las 7 líneas estratégicas del Plan de Prevención del Suicidio en Galicia..... | 67 |
| Ilustración 14. Las 5 estrategias del Plan de Prevención de Suicidio y Manejo de la Conducta Suicida de la Comunidad Valenciana..... | 69 |
| Ilustración 15. Los 3 pilares fundamentales del Plan de Salud de Cantabria 2025-2029..... | 70 |
| Ilustración 16. Matriz DAFO (Fortalezas, Debilidades, Oportunidades y Amenazas).... | 88 |
| Ilustración 17. Medidas CAME (Mantener, Corregir, Explotar y Afrontar)..... | 105 |
| Ilustración 18. Ejes estratégicos, líneas y acciones del Plan de Prevención del Suicidio en Cantabria 2026-2029..... | 123 |

8.3.2 ÍNDICE DE GRÁFICOS

| | |
|---|-----------|
| Gráfico 1. Tasas de suicidio estandarizadas por edad (por cada 100.000 habitantes) por región: Oceanía, Europa, Asia, América y África, 2021. | 17 |
| Gráfico 2. Evolución del impacto de las causas externas de mortalidad y del suicidio sobre el total de fallecimientos en España, 2013-2023..... | 19 |
| Gráfico 3. Muertes por causas externas en España, 2023..... | 20 |
| Gráfico 4. Tasas ajustadas de mortalidad por suicidio en España (por 100.000 habitantes), 2018-2023..... | 21 |





| | |
|---|-----------|
| Gráfico 5. Métodos de suicidio empleados en España, por sexo. 2023..... | 22 |
| Gráfico 6. Tasas ajustadas de mortalidad por suicidio en según CCAA por 100.000 habitantes, 2023..... | 23 |
| Gráfico 7. Tasas ajustadas de mortalidad por suicidio según CCAA por 100.000 habitantes y por sexo, 2023..... | 24 |
| Gráfico 8. Evolución del impacto de las causas externas de mortalidad y del suicidio sobre el total de fallecimientos en Cantabria, 2013-2023..... | 25 |
| Gráfico 9. Muertes por causa externas en Cantabria, 2023..... | 26 |
| Gráfico 10. Tasas ajustadas de mortalidad por suicidio en Cantabria por 100.000 habitantes, 2018-2023..... | 28 |
| Gráfico 11. Tasas brutas de suicidios por tramos de edad y sexos por 100.000 habitantes en Cantabria, 2023..... | 29 |
| Gráfico 12. Métodos de suicidio empleados en Cantabria, por sexo, 2023..... | 30 |
| Gráfico 13. Llamadas a la línea de teléfono 024 de prevención de la conducta suicida en Cantabria, 2023- oct 2024..... | 31 |
| Gráfico 14. Nivel de riesgo de las llamadas a la línea de teléfono 024 de prevención de la conducta suicida en Cantabria, 2023- oct 2024..... | 32 |
| Gráfico 15. Llamadas al teléfono 024 de prevención de la conducta suicida por edad en Cantabria, 2023-oct 2024..... | 33 |
| Gráfico 16. Chats en línea atendidos y derivados al 112 en Cantabria, junio-diciembre 2023 y enero-octubre 2024..... | 34 |

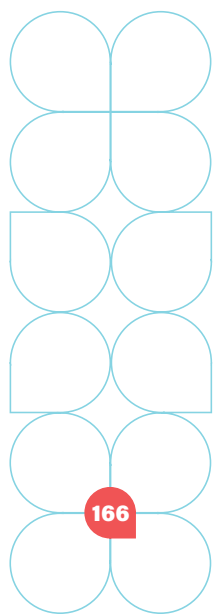
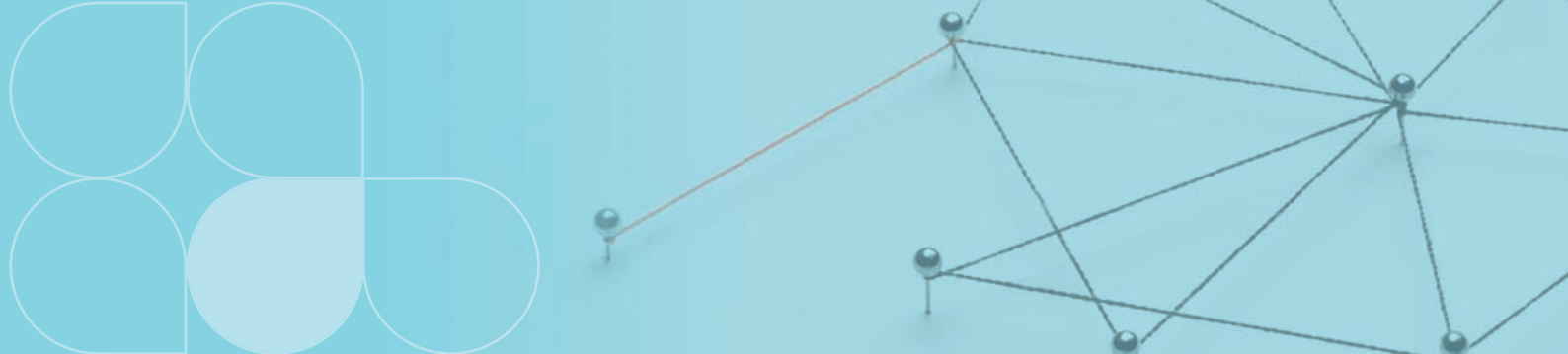


Gráfico 17. Nivel de riesgo de los chats en línea atendidos y derivados al 112 en Cantabria, junio-diciembre 2023 y enero-octubre 2024..... **35**

Gráfico 18. Distribución por edad de los chats en línea atendidos y derivados al 112, junio-octubre 2023 y enero-octubre 2024. **36**

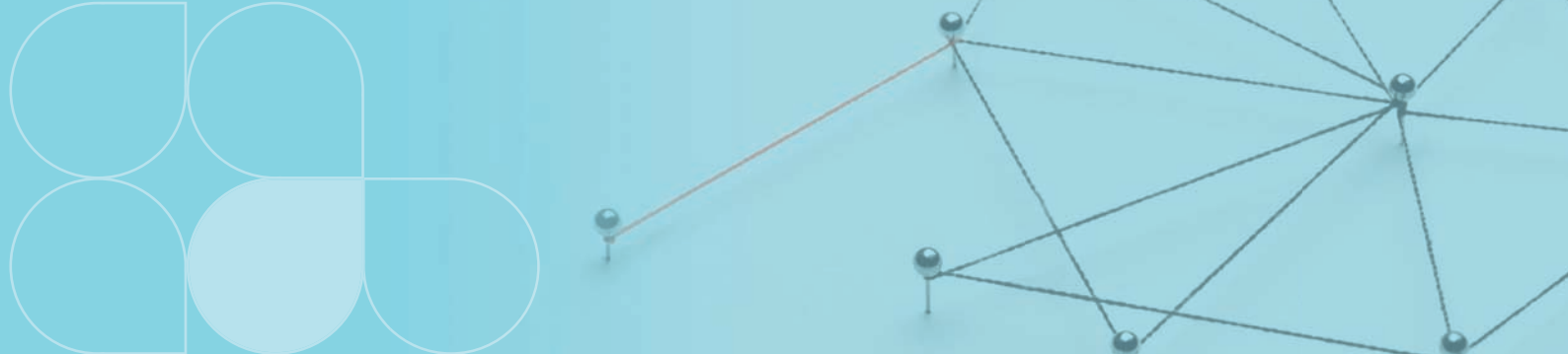
ANEXO D: BIBLIOGRAFÍA

| | |
|-----|--|
| [1] | World Health Organization. Suicide worldwide in 2021: global health estimates. [Online]; 2021. Available from: iris.who.int/server/api/core/bitstreams/769d0a45-b50a-4b17-ba40-259bef44d9dd/content . |
| [2] | Instituto Nacional de Estadística. Tasa de mortalidad por suicidio por comunidad autónoma, edad, sexo y periodo. [Online]; 2025. Available from: Tasa de mortalidad por suicidio por comunidad autónoma, edad, sexo y periodo. |
| [3] | Sistema Cántabro de Salud. Llamadas al teléfono 024 de prevención de la conducta suicida en Cantabria. |
| [4] | Instituto Nacional de Estadística. Defunciones según la causa de muerte por sexo y grupos de edad. [Online]; 2025. Available from: Suicidios por medio empleado, sexo y edad. |
| [5] | Instituto Nacional de Estadística. Suicidios por medio empleado, sexo y edad. [Online]; 2025. Available from: Suicidios por medio empleado, sexo y edad. |
| [6] | Instituto Nacional de Estadística. Tasa de mortalidad por suicidio por comunidad autónoma, edad, sexo y periodo. [Online]; 2025. Available from: Tasa de mortalidad por suicidio por comunidad autónoma, edad, sexo y periodo. |
| [7] | Instituto Nacional de Estadística. Defunciones por causas, sexo y grupos de edad. Resultados por Comunidad autónoma de residencia. [Online]; 2025. Available from: Defunciones por causas (lista reducida) por sexo y grupos de edad(10803). |
| [8] | Instituto Nacional de Estadística. «Suicidios por comunidades y ciudades autónomas de residencia, sexo y medio empleado. [Online]; 2025. Available from: Suicidios por comunidades y ciudades autónomas de residencia, sexo y medio empleado. |
| [9] | Servicio Cántabro de Salud. Chats online atendidos y derivados al 112 en Cantabria. |

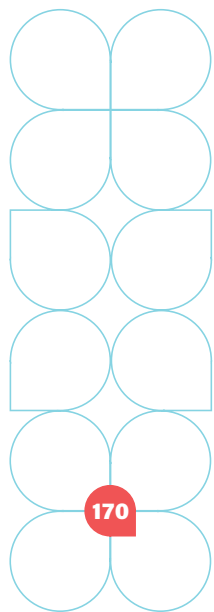


| | |
|------|---|
| [10] | Jacobs D.G., Brewer M.L., Application of The APA Practice Guidelines on Suicide to Clinical Practice. <i>CNS Spectr.</i> Jun 2006; 11(6):447-54. |
| [11] | Organización Mundial de la Salud (OMS). Prevención del suicidio: un imperativo global. [Online]; 2014. Available from: 9789275318508_spa.pdf. |
| [12] | Mann J.J., Apter A., Bertolote J., Suicide prevention strategies: a systematic review. <i>JAMA.</i> Oct 2005; 294(16):2064-74. |
| [13] | Wintemute G.J., Parham C.A., Beaumont J.J., Mortality among recent purchasers of handguns. <i>N Engl J Med.</i> 1999; 341(21):1583-9. |
| [14] | Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Guía Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la conducta suicida. [Online]; 2012. Available from: GPC_Conducta_Suicida.pdf. |
| [15] | Racine M., Chronic pain and suicide risk: a comprehensive review. <i>Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry.</i> 2018; 87:269-280. |
| [16] | Turecki G., Brent D.A., Suicide and suicidal behaviour. <i>Lancet.</i> 2016; 387:1227-1239. |
| [17] | Organización Mundial de la Salud. Plan de Acción de Salud Mental 2013-2030. [Online]; 2013. Available from: iris.who.int/server/api/core/bitstreams/8899ed-da-64fb-4c2d-b857-f81c7104374c/content. |
| [18] | World Health Organization. LIVE LIFE: An Implementation Guide for Suicide Prevention in Countries. [Online]; 2021. Available from: iris.who.int/server/api/core/bitstreams/8f4bb596-e6e4-4328-a5ed-00e01ec0068d/content. |
| [19] | UNICEF. Guía para Periodistas sobre Comunicación, Infancia y Adolescencia en relación con el Suicidio. [Online]; 2017. Available from: Suicidio.pdf. |
| [20] | World Health Organization. WHO European Framework for Action on Mental Health 2021-2025. [Online]; 2021. Available from: content. |
| [21] | EU-OSHA. Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo. [Online]; 2015. Available from: European Agency for Safety & Health at Work - Information, statistics, legislation and risk assessment tools. |
| [22] | Ministerio de Sanidad. Comisionado de Salud Mental. Plan de acción para la prevención del suicidio 2025-2027. [Online]; 2025. Available from: Plan.de.accion.para.la.prevencion.del.suicidio.2025.2027.pdf. |
| [23] | Ministerio de Sanidad. Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2022-2026. [Online]; 2022. Available from: 29236_estrategia.de.salud.mental.del.Sistema.Nacional.de.Salud.2022-2026.pdf. |
| [24] | Consejería de Salud y Consumo (Junta de Andalucía). Programa de Prevención de la Conducta Suicida en Andalucía 2023-2026. [Online]; 2023. Available from: programa_prevencion_conductas_suicidas_andalucia_2023.2026_def.pdf. |

| | |
|------|---|
| [25] | Dirección General del Proceso Integrado de Salud. Consejería de Sanidad. Plan de prevención del suicidio de la Comunidad de Madrid 2022-2026. [Online]; 2022. Available from: BVCM050790, Plan de prevención del suicidio de la Comunidad de Madrid 2022-2026. |
| [26] | Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Plan de Prevención del Suicidio en Cataluña 2021-2025. [Online]; 2021. Available from: Pla de prevenció de la conducta suïcida de Catalunya 2021-2025. |
| [27] | Consejería de Sanidad. Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha. Estrategia para la Prevención del Suicidio y la Intervención ante Tentativas Autolíticas de Castilla-La Mancha 2018-2025. [Online]; 2018. Available from: Maquetación 1. |
| [28] | Administración de la Comunidad Autónoma del País Vasco. Departamento de Salud. Estrategia de Prevención del Suicidio en Euskadi 2019. [Online]; 2019. Available from: plan_prevencion_suicidio_es.pdf. |
| [29] | Xunta de Galicia. Plan de Prevención del Suicidio en Galicia 2017. [Online]; 2017. Available from: PlanPSuicidio2017CAST.pdf. |
| [30] | Consejería de Sanidad y Políticas Sociales. Servicio Extremeño de Salud. III Plan Integral de Salud Mental de Extremadura 2016-2020. [Online]; 2016. Available from: PLAN.SALUD.MENTAL.2016.2020.pdf. |
| [31] | Generalitat Valenciana. Consejería de Sanidad Universal y Salud Pública. Plan de Prevención de Suicidio y Manejo de la Conducta Suicida Comunidad Valenciana. [Online]; 2017. Available from: Plan prevención de suicidio_WEB_CAS, COMUNIDAD VALENCIANA.pdf. |
| [32] | Consejería de Salud. Dirección General de Planificación, Ordenación, Gestión del Conocimiento y Salud Digital. Plan de Salud de Cantabria 2025-2029. [Online]; 2025. Available from: Plan de Salud de Cantabria 2025-2029. |
| [33] | Gobierno de Cantabria. Consejería de Sanidad. Plan de Salud Mental de Cantabria 2022-2026. [Online]; 2022. Available from: PLAN DE SALUD MENTAL DE CANTABRIA. |
| [34] | De Santiago Díaz A.I., Gaité Pindado L., Artal Simón J., Programa de Alta Resolución para el Manejo de la Conducta Suicida y Prevención del Suicidio (CARS). Plan Funcional. Ed. Luzán, Madrid; 2022. |
| [35] | De Santiago-Díaz A.I., Barrio-Martínez S., Gómez-Ruiz E., Carceller-Mesegue T., Sastre-Yáñez J., Ortíz-García de la Foz V., Ayesa-Arriola R., Effectiveness of early and intensive intervention on suicide prevention: CARS programme. Psychiatry Research 338 (2024) 115964. |
| [36] | Gobierno de Cantabria. Consejería de Salud. Programa de Psicología Clínica en Atención Primaria 2025. [Online]; 2025. Available from: Programa PSIC AP sin indicadores. |



| | |
|------|---|
| [37] | Gobierno de Cantabria. Consejería de Educación y formación profesional. Plan Regional de Formación Permanente del Profesorado 2021-2025. [Online]; 2021. Available from: plan_regional_formacion_permanente_2021-2025_Educantabria.pdf . |
| [38] | Gobierno de Cantabria. Consejería de Educación y Formación Profesional. Protocolo de Prevención, Detección e Intervención de la Conducta Suicida en el Ámbito Educativo. [Online]; 2023. Available from: 3e914d63-6850-936a-322d-13b7e4cfc603 . |
| [39] | Gobierno de Cantabria. Estrategia de Inclusión para Personas sin Hogar. [Online]; 2022. Available from: Estrategia de Inclusión para las Personas Sin Hogar.pdf . |
| [40] | Gobierno de Cantabria. Consejería de Empleo y Políticas Sociales. Programa de Apoyo Integral a las Familias. [Online]; 2017. Available from: Proyecto-Marco-del-Programa-de-Apoyo-Integral-a-las-Familias-PAIF.pdf . |





GOBIERNO
de
CANTABRIA

CONSEJERÍA DE SALUD

*DIRECCIÓN GENERAL DE PLANIFICACIÓN,
ORDENACIÓN, GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO
Y SALUD DIGITAL*



DIRECCIÓN GENERAL DE PLANIFICACIÓN, ORDENACIÓN,
GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO Y SALUD DIGITAL

CONSEJERÍA DE SALUD