

El suicidio y su tratamiento en el sistema público de salud español dentro del Estado del bienestar

Suicide and its Treatment in the Spanish Public Health Care System within the Welfare State

Alfonso Chaves-Montero
Universidad de Huelva
alfonso.chaves@dstso.uhu.es

Ana Gallardo-Flores
Universidad Pablo de Olavide
amgalflo@upo.es

RESUMEN

La investigación analiza el suicidio en el contexto del Sistema Nacional de Salud español y destaca que las actuaciones, normativas y recursos actuales son insuficientes para abordar este problema, que es la principal causa de muerte en el país. Andalucía tiene las cifras de suicidio más altas de España. A pesar de los esfuerzos, el suicidio sigue siendo un tema marginal y tabú en la sociedad española, con estadísticas alarmantes. El tratamiento actual es insuficiente, especialmente en recursos preventivos, capacitación profesional y atención integral a personas en riesgo. Es crucial que el Sistema Nacional de Salud asuma más responsabilidad en implementar políticas y recursos adecuados para prevenir el suicidio y ofrecer apoyo integral a los afectados y sus familias.

Palabras clave: Estado del bienestar, Sistema Nacional de Salud, suicidio, invisibilidad, prevención, postvención, Andalucía.

ABSTRACT

The research analyzes suicide in the context of the Spanish Public Health System and highlights that current actions, regulations and resources are insufficient to address this problem, which is the leading cause of death in the country. Andalusia has the highest suicide rates in Spain. Despite efforts, suicide remains a marginal and taboo subject in Spanish society, with alarming statistics. Current treatment is insufficient, especially in preventive resources, professional training and comprehensive care for people at risk. It is crucial that the Public Health System assumes more responsibility in implementing adequate policies and resources to prevent suicide and offer comprehensive support to those affected and their families.

Keywords: welfare State, Public Health Service, suicide, invisibility, prevention, postvention, Andalusia.

1. INTRODUCCIÓN

A principios del siglo XX, en 1910, la esperanza de vida de una persona en España rondaba los cuarenta años. En la actualidad, esta cifra prácticamente se duplica. Este aumento se produce por diferentes factores y exige nuevas formas de estructurar la

Recibido: 12/02/2024

Aceptado: 20/03/2024

sociedad. La salud de las personas está atendida a través de un sistema sanitario que a su vez está influido por muchas variables. Este sistema de salud es el encargado de velar por la calidad de vida de las personas, de protegerlas en caso de estar en una posición de vulnerabilidad y de fomentar la prevención ante situaciones de riesgo.

En España, el Sistema Nacional de Salud (SNS) es de cobertura universal y se nutre a través de los impuestos. Está compuesto por una serie de servicios que, junto con otros pilares, como las pensiones y las políticas sociales, dibujan un modelo español de Estado del bienestar. Este sistema público de atención a la salud convive con un elevado número de seguros de salud privados que asiste a una parte de la población. Si bien podemos decir que esto alivia al sector público de una excesiva demanda de servicios, también tiene el riesgo de trasladar costes desde el servicio privado hacia el público.

Para superar la crisis de salud y, en particular, capitalizar la ocasión para valorar el rendimiento del Sistema Nacional de Salud (SNS) y proponer mejoras en su evolución, se necesita una reflexión intensa. En la actualidad, hay dos posturas fundamentales: una sostiene la importancia de examinar de manera exhaustiva la Ley General de Sanidad (LGS) o incluso elaborar una nueva legislación, mientras que la otra promueve la recentralización de la administración del sistema, sosteniendo que la descentralización ha probado ser ineficaz y eficiente. Como alternativa a estos planteamientos, se sugiere un tercer camino que, sin abandonar el actual modelo descentralizado, promueva una perspectiva unificada y colaborativa. Este enfoque propone reestructurar el Sistema Nacional de Salud bajo un modelo de negocio. Esto conllevaría una reestructuración completa de la estructura del SNS, con el concepto de que una administración moderna y ajustada a la complejidad de un servicio vital como este requiere una base empresarial robusta. Este modelo aspira a preservar la titularidad pública del sistema, al mismo tiempo que fomenta la innovación, incrementa la eficiencia, define estrategias globales, monitorea los resultados y reparte correctamente la autoridad en la organización empresarial. Los autores describen una propuesta específica para la estructura y operación de la corporación SNS España, acompañada de mapas de procesos que demuestran su funcionamiento¹.

El objetivo de este artículo es analizar la evolución del Sistema Nacional de Salud a lo largo de los últimos años dentro del Estado del bienestar en España. El sistema de salud pública en España, que ha sido pionero en abordajes sanitarios durante muchos años en el contexto de los países desarrollados, se ha sumido en una crisis que se ha hecho aún más evidente durante la pandemia de la COVID-19. El sistema de salud pública en España carece, ya desde hace varios años, de una financiación adecuada, debido a las distintas crisis económicas (entre las que destaca la crisis de 2008) por las que ha pasado nuestro país, lo que ha mermado considerablemente las partidas destinadas a esta área del Estado del bienestar español, y a otras causas, como la inversión de la pirámide poblacional, pues se ha elevado notablemente el gasto en pensiones y hay pocas recaudaciones en distintos impuestos como fuente de financiación². A raíz de la

¹ J. L. Pedreira Massa y F. Blanco, “Un modelo nuevo de organización funcional para el Sistema Nacional de Salud: la Corporación Sistema Nacional de Salud España (CSINSE)”, *Sistema: Revista de Ciencias Sociales*, 263, 2022, págs. 3-28.

² J. C. Martínez, “El Estado del bienestar español: valoración y perspectivas de futuro”, *Araucaria: Revista Iberoamericana de Filosofía, Política, Humanidades y Relaciones Internacionales*, 23(47), 2021, págs. 457-478.

pandemia vivida a nivel mundial en 2019, la mayor parte de la inversión en el sistema de salud pública se ha destinado a instrumental y tecnología. La eficacia de dicha inversión se diluye si previamente no se ha elaborado un buen estudio sobre las necesidades de la población y sobre todo en políticas y actuaciones de prevención.

A todo esto debemos añadir la escasez de inversiones en investigación pública, lo cual hace que el conocimiento y abordaje de otras temáticas, como, por ejemplo, la del suicidio, queden relegadas a puestos recónditos. Esta ausencia de estudio sobre necesidades y actuaciones en prevención hacen que el suicidio sea un tema pendiente en el sistema de salud pública español, al igual que en el resto de Europa, a pesar de ser la primera causa de muerte entre nuestra población según la Organización Mundial de la Salud³.

2. CONTEXTUALIZACIÓN DEL SUICIDIO

Podríamos considerar a Durkheim como uno de los primeros investigadores en acercarse al estudio del suicidio desde su disciplina de trabajo, que era la sociología, aunque analizó la relevancia del suicidio desde muchas vertientes, no solo la sociológica. Desarrolló su acercamiento a esta problemática estudiando las estadísticas que se publicaban en distintas fuentes oficiales de los países europeos desde 1841. Este estudio se centraba en las variables sociales y no en las características de las personas que se suicidaban. A lo largo de su investigación observó que en determinados periodos las estadísticas se mantenían bastante estables y que las variaciones coincidían con conflictos bélicos o crisis económicas que hacían padecer a la población, además detectó que la integración social era una fortaleza de las personas frente a la opción de suicidio⁴. Al encontrar diferencias entre distintas poblaciones en las estadísticas sobre el suicidio, Durkheim decide centrarse en la comunidad judía donde las tasas de suicidio eran menores en comparación con otras donde las tasas eran más elevadas.

De este modo concluyó que las tasas de suicidio dependen en mayor medida del tipo de sociedad que de la psicología de las personas que se suicidan. Otros autores de referencia en esta materia como Douglas o Atkinson⁵ critican la existencia de una tasa de suicidios real entendiéndola como una actitud interpretativa y constructivista. Según estos dos autores, las pautas consistentes y regulares de las que habla Durkheim reflejan en realidad las pautas y consistencias del procedimiento de elaboración de las estadísticas en cada país y no aportan la información necesaria para explicar el fenómeno del suicidio. Siguiendo a García *et al.*⁶ definiremos el concepto *suicidio* como el acto de quitarse la vida de forma voluntaria y conociendo su letalidad, en el que se da una combinación entre factores como la biología y la genética junto con factores ambientales y psicosociales. Como hemos mencionado anteriormente, en España representa la

³ Organización Mundial de la Salud, “Suicidio: datos y cifras”, consultado en junio de 2023, <https://bit.ly/4778egA>

⁴ B. P. Henry y C. H. Brisset, *Tratado de psiquiatría. Anexo: Nota sobre el suicidio*, Masson, 1992, pág. 935.

⁵ J. Douglas, *The Social Meaning of Suicide*, Princeton University, 1987; J. Atkinson, *Discovering Suicide*, McMillan, 1978.

⁶ J. E. García de Alba *et al.*, “Consenso cultural sobre el intento de suicidio en adolescentes”, *Revista Colombiana de Psicología*, 20(2), 2011, págs. 167-179.

primera causa de fallecimiento, siendo la primera en hombres y la tercera en mujeres según el Instituto Nacional de Estadística⁷.

La percepción del acto suicida y de la persona que lo lleva a cabo es muy diferente entre las distintas culturas, así, por ejemplo, en Japón se considera un acto de dignidad personal y patriótico, simbolizado en el ritual del harakiri de los samuráis. Sin embargo, otras culturas como la judeocristiana condenan y repudian este acto⁸. Pero, tenga la percepción que tenga según las distintas culturas, el suicidio representa un problema mundial de salud pública, tal y como expondremos más adelante. Numerosos estudios sobre esta temática han establecido una relación entre las crisis económicas y el número de suicidios, sobre todo en los países desarrollados y especialmente en los países de cultura anglosajona⁹. No obstante, en los diversos estudios realizados en España, no son muy frecuentes los datos científicos que se inclinen por esta asociación de variables. Las razones aún no son concluyentes, aunque, para algunos investigadores, los aspectos socioculturales influyen sobre la población de manera que ciertas adversidades, como una crisis económica, no sean objeto de un aumento en los suicidios. Sin embargo, cuando se relacionan variables como el número de personas desempleadas con los datos anuales de suicidios, es posible hallar una asociación entre ambas variables¹⁰.

Aun con los resultados expuestos anteriormente, los datos existentes en España y procedentes del Instituto Nacional de Estadística (desde 2008) aportan cifras que sitúan al suicidio como la primera causa de muerte, superando el número de personas fallecidas en accidente de tráfico hasta ahora¹¹. Según todo lo expuesto hasta el momento, podemos deducir que el tratamiento del suicidio es un problema complejo que requiere la colaboración entre distintas áreas e instituciones de forma coordinada, entre ellas el Sistema Nacional de Salud en nuestro país y, por supuesto, un plan integral de actuación que incluya prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y postvención. El suicidio se ha convertido en uno de los principales objetivos de la Agenda 2030, siendo una problemática que no solo repercute sobre la víctima, sino también sobre las familias y sobre toda la sociedad.

Las personas que tienen tentativas suicidas son diagnosticadas en su gran mayoría como enfermas mentales y derivadas a las instituciones sanitarias encargadas de su tratamiento. La OMS insiste en la necesidad de adoptar medidas de prevención y estrategias asociadas a estas, otorgándoles la máxima prioridad. Para ello señala la importancia de

⁷ Instituto Nacional de Estadística, *Defunciones según la causa de muerte. Año 2018. Principales causas de muerte por grupos de enfermedades*, Instituto Nacional de Estadística, 2019.

⁸ E. Lee, "Experiences of Bereaved Families by Suicide in South Korea: A Phenomenological Study", *Int J Environ Res Public Health*, 19(5), 2022, pág. 2969, <https://doi.org/10.3390/ijerph19052969>

⁹ M. L. T. Ruckert, R. P., Frizzo y M. M. Rigoli, "Suicídio: a importância de novos estudos de posvenção no Brasil", *Rev Bras Ter Cogn*, 15(2), 2019, págs. 85-91, <https://doi.org/10.5935/1808-5687.20190013>

¹⁰ P. A. Sáiz y J. Bobes, "Prevención del suicidio en España: una necesidad clínica no resuelta", *Rev. psiquiatr. salud ment*, 7(1), 2014, págs. 1-4, <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2014.01.003>

¹¹ J. F. Jiménez-Estévez, "El papel del Observatorio de Salud Mental y los criterios de calidad asistencial de la AEN en la evaluación y planificación asistencial: recursos de profesionales en CSM y de dispositivos de atención a pacientes con TMG en España", *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 31(112), 2011, págs. 735-751.

llevar a cabo el registro, el seguimiento y la ubicación de los casos de manera adecuada dentro de los sistemas públicos de salud¹². Esta prevención pasa en primer lugar por la capacitación del personal sanitario para la detección en la atención primaria. El siguiente paso consistiría en la clasificación de los posibles riesgos y la derivación hacia el nivel asistencial adecuado¹³.

Una vez expuesta la situación de la temática del suicidio, a través de esta investigación analizaremos la manera en que el Sistema Nacional de Salud, dentro del Estado del bienestar, ha abordado la prevención, el tratamiento y la postvención del suicidio en los últimos diez años.

3. CONTEXTUALIZACIÓN DEL ESTADO DEL BIENESTAR EN ESPAÑA

El Estado del bienestar, establecido más tarde en España, fue concebido como un instrumento para disminuir las desigualdades y luchar contra la marginación social provocada por la propia estructura de la sociedad. La comunidad española, marcada por la coexistencia entre un modelo neoliberal capitalista y otro de corte social, ha experimentado significativas tensiones y transformaciones en sus bases. Con el paso del tiempo, los cambios políticos y las ideologías que los han seguido han generado modificaciones importantes en el Estado del bienestar, que también ha tenido que enfrentarse a varias crisis económicas, políticas y sociales. Estas adversidades han mermado su fortaleza y amenazado su supervivencia, impactando especialmente a uno de sus pilares fundamentales: los servicios sociales. Estos servicios han jugado un papel crucial en el manejo de una profunda fractura social en un escenario de recesión económica caracterizado por las medidas de austeridad y la disminución del desembolso social en Europa¹⁴.

En España, el concepto de Estado del bienestar se refiere al conjunto de políticas y programas gubernamentales orientados a mejorar la calidad de vida y la protección social de los ciudadanos. Este sistema parte del principio de la responsabilidad del Estado a la hora de asegurar que las personas tengan acceso a servicios y prestaciones básicos que satisfagan sus necesidades sociales y económicas¹⁵.

Durante la transición democrática, a partir de los años setenta, se produjo un desarrollo fundamental del Estado del bienestar en España, el cual se ha ido fortaleciendo a lo largo de los años. El Estado del bienestar español se ha caracterizado por la prestación de servicios en áreas clave como la sanidad, la educación, la vivienda, la seguridad social

¹² Organización Panamericana de la Salud (OPS), *Manual de prácticas para el establecimiento y mantenimiento de sistemas de vigilancia de intentos de suicidio y autoagresiones*, Organización Panamericana de la Salud, Washington, D. C., 2018.

¹³ L. Giner y J. A. Guija, “Número de suicidios en España: diferencias entre los datos del Instituto Nacional de Estadística y los aportados por los Institutos de Medicina Legal”, *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 7(3), 2014, págs. 139-146; C. S. Orgaz Alonso y A. Amezaga Etxebarria, “Cien años de suicidios en España: análisis de la construcción del dato estadístico”, en A. Serrano Maíllo (ed.), *Anomia, cohesión social y moralidad. Cien años de tradición durkheimiana en criminología*, Dykinson, Madrid, 2018, págs. 55-80.

¹⁴ M. V. Forns i Fernández, “El sistema de servicios sociales frente a la crisis económica y social del Estado del bienestar: el modelo catalán de prestaciones de atención a la persona”, *Sistema: Revista de Ciencias Sociales*, 257, 2020, págs. 61-84.

¹⁵ G. Esping-Andersen, *The Three Worlds of Welfare Capitalism*, Princeton University Press, 1990.

y las pensiones, el empleo, la protección laboral, la igualdad de género y la lucha contra la exclusión social¹⁶.

El Sistema Nacional de Salud (SNS) de España es un sistema público, universal y gratuito que garantiza el acceso universal a los servicios de atención médica. Los impuestos y las cotizaciones sociales son la principal fuente de financiación para este sistema.

La educación pública se ha expandido y la educación básica y secundaria es gratuita. Además, para garantizar la igualdad de oportunidades en el acceso a la enseñanza superior, se han puesto en marcha programas de becas y ayudas.

Se han creado leyes y reglamentos en el ámbito laboral para proteger los derechos de los trabajadores, como la negociación colectiva, el salario mínimo, la seguridad en el trabajo y la protección contra el despido injustificado. Para asegurar el bienestar económico de las personas mayores también se han implementado sistemas de seguridad social y de pensiones¹⁷. La evaluación de las políticas y programas existentes en España para promover el bienestar y la protección social de la ciudadanía constituye el contexto actual del Estado del bienestar, que sigue siendo un componente esencial del sistema social y político del país. Se basa en el principio de solidaridad y en la responsabilidad del Estado de asegurar que todos los ciudadanos tengan acceso a los servicios y beneficios sociales esenciales¹⁸.

El Sistema Nacional de Salud (SNS) continúa siendo el principal pilar del sistema de salud en España, proporciona atención médica universal y gratuita para todos los ciudadanos. Sin embargo, es importante señalar que el sistema ha enfrentado desafíos, como la necesidad de abordar la sostenibilidad financiera y mejorar la equidad en el acceso a los servicios especializados en algunas regiones.

Como ya hemos mencionado, en España existe un sistema educativo público que brinda educación básica y secundaria de manera gratuita y obligatoria. Además, se han puesto en marcha programas de becas y ayudas para fomentar la igualdad de oportunidades en el acceso a la educación superior. Sin embargo, las disparidades socioeconómicas en el rendimiento académico y la calidad educativa siguen siendo elementos problemáticos¹⁹.

Como también se ha indicado, se han creado leyes y reglamentos en el ámbito laboral para proteger los derechos de los trabajadores, como el salario mínimo, la seguridad en el empleo y la protección contra el despido injustificado. Sin embargo, el país se enfrenta a desafíos significativos como la precariedad laboral y las altas tasas de desempleo, especialmente entre los jóvenes.

En lo que respecta a la seguridad social y las pensiones, se han establecido mecanismos para asegurar el bienestar económico de las personas mayores. No obstante, el aumento de la población y la falta de fondos en los sistemas de jubilación plantean desafíos en cuanto a la viabilidad a largo plazo²⁰.

¹⁶ L. Moreno, *El Estado del Bienestar en España: un análisis comparado*, Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS), Madrid, 2007.

¹⁷ R. Castel, *Las metamorfosis de la cuestión social: una crónica del salariado*, Paidós, Barcelona, 1996.

¹⁸ M. León, "Crisis económica y Estado del bienestar en España", *Revista Española de Sociología*, 8, 2007, págs. 61-84.

¹⁹ G. Martínez y C. García-Calvo, "La protección social en España: evolución y retos", *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 167, 2019, págs. 91-110.

²⁰ J. Calero, "El Estado del bienestar español: valoración y perspectivas de futuro", *Araucaria*, 23(47), 2021, págs. 457-478, <https://doi.org/10.12795/araucaria.2021.i47.20>

Es importante destacar que la pandemia de la COVID-19 ha tenido un impacto significativo en el Estado del bienestar español, pues el aumento de la demanda de servicios sociales puso de manifiesto la necesidad de reforzar y adaptar el sistema para hacer frente a posibles crisis tanto sanitarias como socioeconómicas.

A pesar de los importantes avances en áreas como la salud, la educación y la protección laboral, todavía hay problemas en términos de sostenibilidad y equidad²¹. La pandemia de la COVID-19 ha demostrado la importancia de fortalecer y adaptar el sistema para hacer frente a los nuevos desafíos y necesidades de la sociedad. Para obtener información actualizada y precisa, los autores sugieren consultar fuentes oficiales o investigaciones recientes sobre el Estado del bienestar en España.

No obstante, es crucial destacar que, durante los últimos años, el Estado del bienestar en España ha enfrentado desafíos, en particular debido a la crisis económica y a las medidas de austeridad implementadas en respuesta. Estos elementos han generado incertidumbre en cuanto a la sostenibilidad del sistema y han planteado la posibilidad de implementar reformas para garantizar su sostenibilidad a largo plazo.

En resumen, la provisión de servicios y prestaciones sociales para garantizar una vida digna a toda población ha sido la característica del Estado del bienestar en España que, aunque ha logrado significativos avances, también debe superar una serie de desafíos para adaptarse a los cambios socioeconómicos y mantener su sostenibilidad en el futuro.

4. EPIDEMIOLOGÍA DEL SUICIDIO EN ESPAÑA Y, MÁS CONCRETAMENTE, LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE ANDALUCÍA

El suicidio es un problema de salud pública grave que requiere atención y prevención adecuadas. En Andalucía, al igual que en otras zonas de España, se han llevado a cabo investigaciones y análisis con el fin de comprender mejor la epidemiología del suicidio y crear estrategias de prevención efectivas²².

En Andalucía, la tasa de suicidio puede variar de año en año y ha aumentado en las últimas décadas. El número de suicidios anuales, la tasa de suicidios por 100 000 habitantes y los patrones demográficos y socioculturales asociados suelen estar incluidos en los datos epidemiológicos²³.

Algunos de los factores de riesgo relacionados con el suicidio en Andalucía incluyen trastornos mentales como la depresión y la ansiedad, el abuso de sustancias, una historia previa de intentos de suicidio, enfermedades físicas graves, aislamiento y falta de apoyo social.

Es importante señalar que la epidemiología del suicidio puede variar dependiendo de factores socioeconómicos y contextuales, así como de la calidad de los registros y los métodos utilizados para recopilar los datos. Para comprender y abordar este problema de manera efectiva es necesario hacer esfuerzos para vigilar y recopilar datos precisos y actualizados²⁴.

²¹ C. García-Calvo y R. Flecha, “La contribución del Estado del Bienestar al desarrollo humano: el caso de España”, *Cuadernos de Trabajo Social*, 27(1), 2014, págs. 155-174.

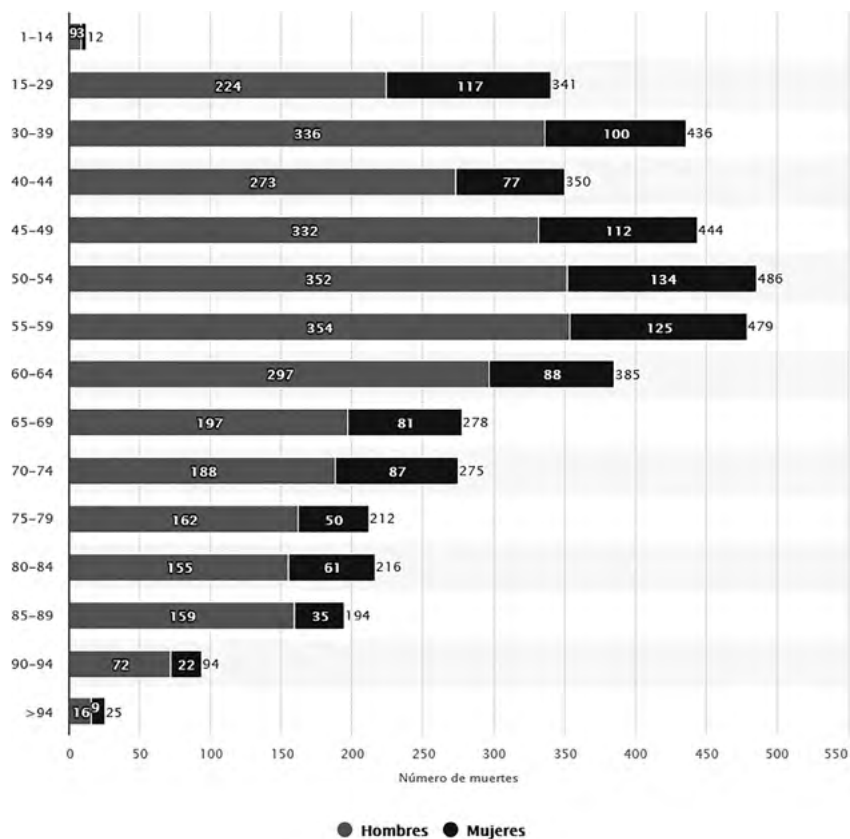
²² E. Pujol-Boixareu, “Epidemiología del suicidio en España. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría”, 40(145), 2020, págs. 47-52.

²³ Observatorio de Salud Mental de Andalucía, *Informe de situación: Suicidio en Andalucía*, Junta de Andalucía, 2021.

²⁴ C. García-Alonso *et al.*, “Evaluación del Plan de Prevención del Suicidio en Andalucía: protocolo de un estudio mixto”, *Medicina Clínica*, 150(8), págs. 303-308.

FIGURA 1

Número de fallecimientos por suicidio y lesiones autoinfligidas en España en 2022, desglosada por género y grupos de edad



Fuente: elaboración propia a partir de datos obtenidos del INE.

En España, el suicidio es la principal causa de muerte no natural, con una tasa de 7,7 por cada 100 000 habitantes y tres veces más que los accidentes de tráfico, 13,6 veces más que los homicidios y 85 veces más que la violencia de género.

Sin considerar los intentos de suicidio y la ideación suicida. De acuerdo con el *IV estudio de salud y estilo de vida*, elaborado por el Consejo General de Psicología (COP), el 15,5 % de los españoles han admitido haber experimentado pensamientos suicidas en el último año.

En todo el mundo, las estadísticas son aún más preocupantes. Según la OMS, el suicidio representa una de cada 100 muertes. En todo el mundo, se registran un millón de muertes por suicidio cada 40 segundos.

Aunque las estadísticas de suicidios varían según las comunidades, es necesario implementar estrategias de prevención y sensibilización, como la campaña “Hablemos de Suicidio” lanzada por el Colegio de Psicólogos de Madrid en septiembre para romper el tabú de la “pandemia silenciosa”.

En 2020, Andalucía fue la comunidad autónoma con la mayor cantidad de casos de suicidio, con 793 casos, seguida de Cataluña, con 556 casos, y la Comunidad Valenciana, con 440 casos. La tasa de suicidio en Asturias es la más alta en proporción, con casi 12 casos por cada 100 000 habitantes. En segundo lugar, se encuentra Galicia, con 11,30 casos por cada 100 000 habitantes.

Tanto Andalucía como Asturias han sido excepciones en cuanto al impacto de los suicidios en sus territorios durante más de diez años. En ambas zonas se han registrado tres veces más casos de suicidios que en el resto de España, con una cantidad de alrededor de 25 muertes por cada 100 000 habitantes.

En Andalucía, Antequera (Málaga), con 41 000 habitantes, y La Puebla de Cazalla (Sevilla), con más de 11 000 habitantes, destacan por tener las tasas de suicidio más altas de la región. La Puebla se encuentra a 145 kilómetros al oeste de Alcalá la Real, que tiene 21 758 habitantes y registró 10 suicidios en 2020.

En la tabla 1 se presentan los datos recopilados en los últimos cinco años sobre suicidios en España, proporcionados por la Fundación Española para la Prevención del Suicidio.

TABLA 1

Número de suicidios ocurridos en España entre 2017 y 2021, comparativa por géneros

AÑO	TOTAL DE SUICIDIOS	HOMBRES	MUJERES
2017	3679	2760	919
2018	3539	2654	885
2019	3671	2753	918
2020	3941	2956	985
2021	4003	2982	1021

Fuente: elaboración propia a partir de los datos obtenidos de la Fundación Española para la Prevención del Suicidio.

En el año 2017:

- Se registraron 3679 casos de suicidio en España, con una proporción de 3 hombres por cada mujer.
- Se contabilizaron 10 suicidios diarios.
- Hubo un aumento del 21 % en el número de suicidios en hombres y del 6 % en mujeres en comparación con el año anterior.
- La edad en la que se producen más suicidios es entre los 40 y los 59 años.
- Se reportaron 1000 suicidios de personas mayores de 70 años.
- Andalucía fue la comunidad con el mayor número de suicidios, representando el 19 % del total, seguida de Cataluña y Valencia.

En el año 2018:

- Se registraron 3539 suicidios en España, con una proporción de 3 hombres por cada mujer.
- El suicidio sigue siendo la principal causa externa de muerte en España, superando los accidentes de tráfico, los homicidios y la violencia de género.
- El grupo de edad más afectado fue el de 40 a 59 años, representando el 41 % del total.
- Casi 900 suicidios al año ocurrieron entre personas mayores de 70 años.
- El riesgo de suicidio aumenta con la edad, especialmente en hombres, con tasas más altas en hombres mayores de 79 años.
- El método más utilizado fue el ahorcamiento, principalmente por hombres (53 %), mientras que, entre las mujeres, el método más común fue saltar desde un lugar elevado.
- Andalucía fue la comunidad con mayor número de suicidios, seguida de Cataluña y la Comunidad Valenciana.

En el año 2019:

- Se registraron 3671 suicidios en España, con una proporción de 3 hombres por cada mujer.
- Estos datos representan un promedio de 10 suicidios diarios, es decir, uno cada dos horas y media.
- Después de una disminución en 2018, el número de suicidios aumentó nuevamente en 2019 hasta alcanzar niveles similares a los de 2017, pero aún por debajo del récord de 2014.
- Mientras que en los hombres se rompió la tendencia a la disminución de casos, en las mujeres la tendencia se mantuvo.
- El suicidio sigue siendo la principal causa externa de muerte en España, superando los accidentes de tráfico, los homicidios y la violencia de género.
- El grupo de edad más afectado fue el de 40 a 59 años, representando el 43,4 % del total.
- Más de 900 suicidios al año ocurrieron entre personas mayores de 70 años.
- Las tasas de suicidio se han mantenido relativamente constantes durante el siglo, alrededor de 7-8 muertes por cada 100 000 habitantes.
- Andalucía fue la comunidad con el mayor número de suicidios, seguida de Cataluña y la Comunidad Valenciana.

En el año 2020:

- Se registraron 3941 suicidios en España, con una proporción de 3 hombres por cada mujer.
- Esto representó un promedio de 11 suicidios diarios, es decir, uno cada dos horas.
- Hubo 270 suicidios más que en 2019, con un aumento del 7,35 % en general: 5,74 % más en hombres y 12,33 % más en mujeres.
- Hubo variaciones desiguales en las comunidades autónomas, con aumentos significativos en el País Vasco, Cantabria y Andalucía, y disminuciones en Aragón y, especialmente, en las islas Baleares.

- El grupo de edad más afectado fue el de 40 a 59 años, representando el 41 % del total.
- El suicidio en mujeres de 50 a 59 años aumentó un 27 % en comparación con 2019.
- Más de 1000 suicidios al año ocurrieron entre personas mayores de 70 años, con un aumento del 20 % en hombres y mujeres mayores de 79 años en comparación con 2019.
- En términos absolutos, Andalucía registró un aumento de 153 defunciones, siendo la comunidad con el mayor número de suicidios.

En el año 2021:

- Se registró un aumento del 1,6 % en las defunciones por suicidio en hombres y del 1,8 % en mujeres en comparación con el año anterior.
- En lo que va de siglo, los suicidios han aumentado un 18 % en hombres y un 25 % en mujeres.
- Se superaron las cifras de muertes en menores de 15 años, con 14 casos en hombres y 8 en mujeres.

El año 2022 destacó lamentablemente por la alta cantidad de fallecimientos por suicidio, registrándose un total de 4227 defunciones. Un hecho preocupante es que una proporción considerable pertenecía a individuos menores de 40 años. No obstante, la mayor cantidad de casos se agrupó en el rango de edad de 50 a 54 años. Respecto a la distribución por sexos, los hombres encabezaron las cifras en todas las edades²⁵.

Cabe destacar la importancia de seguir trabajando en la prevención de la conducta suicida y brindar apoyo a las personas en riesgo. La Fundación Española para la Prevención del Suicidio desempeña un papel fundamental en la vigilancia epidemiológica, la sensibilización social y la implementación de programas de prevención en España.

5. DESCRIPCIÓN Y EVOLUCIÓN DEL TRATAMIENTO EN PREVENCIÓN, DETECCIÓN Y POSTVENCIÓN DEL SUICIDIO EN EL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD DE ANDALUCÍA

En España, el modelo de financiación del Sistema Nacional de Salud (SNS) se basa en una variedad de fuentes, incluyendo impuestos, gasto público y aportaciones relacionadas con el Producto Interior Bruto (PIB), entre otras. No obstante, es importante tener en cuenta que los sistemas de salud pueden diferir notablemente entre los diferentes países y regiones, y que desde entonces puede haber habido modificaciones o ajustes en la financiación²⁶.

La financiación del Sistema Nacional de Salud se basa en los siguientes elementos²⁷:

- Cotizaciones sociales. Tanto los empresarios como los trabajadores pagan cotizaciones sociales, lo que constituye una parte significativa de la financiación del SNS. Las

²⁵ Instituto Nacional de Estadística, 2019, *op. cit.*

²⁶ Puede consultarse la web del Ministerio de Sanidad: <https://www.mscbs.gob.es/>

²⁷ Puede consultarse la web del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA): <https://ingesa.sanidad.gob.es>

ganancias se utilizan para financiar la Seguridad Social y pagar los costes de la atención médica, las pensiones y otros servicios sociales.

— Impuestos generales. Otra fuente importante de financiación del SNS son los impuestos. Los gastos del sistema sanitario y la garantía de cobertura universal se financian con los ingresos tributarios generales del Gobierno central y de las Administraciones regionales.

— Gasto público. Para mantener el sistema sanitario en funcionamiento y pagar los costes de los servicios médicos brindados a la población, el Gobierno español destina una parte importante del presupuesto público.

— Transferencias intergubernamentales. El sistema sanitario español es descentralizado, lo que significa que las comunidades autónomas tienen cierta autonomía para administrar sus propios servicios sanitarios. Para ayudar a financiar sus sistemas sanitarios y garantizar cierta equidad en la prestación de servicios en todo el país, el Gobierno central transfiere fondos a las comunidades autónomas.

— Cotizaciones para pensiones. Una parte de las cotizaciones para pensiones también puede contribuir a financiar el sistema de atención médica.

— Copagos y cuotas moderadoras. A pesar de que las fuentes mencionadas anteriormente proporcionan la mayor parte de la financiación, los pacientes pueden verse obligados a pagar pequeños copagos o cuotas moderadas por ciertos servicios médicos.

— Relacionados con el PIB. Aunque no toda la financiación está directamente relacionada con el PIB, el tamaño de la economía y el PIB influyen en la cantidad de recursos disponibles para el sistema sanitario en general.

Es importante señalar que la financiación del SNS en España podría verse alterada y ajustada según las políticas gubernamentales y el cambio en las necesidades de la población. En los últimos años, el sistema sanitario público de Andalucía ha avanzado significativamente en la prevención, detección y postvención del suicidio.

En Andalucía se han implementado estrategias y programas de salud mental para prevenir el suicidio. Estos programas se enfocan en la salud mental, la sensibilización y la educación sobre el suicidio y la detección de factores de riesgo a tiempo²⁸. Es probable que se hayan realizado esfuerzos para capacitar a los profesionales de la salud y difundir información sobre los recursos disponibles y el apoyo a las personas en situación de riesgo²⁹.

Una intervención efectiva requiere una detección temprana del riesgo de suicidio. Es probable que en Andalucía se haya fomentado la capacitación de profesionales médicos, como médicos de atención primaria y psicólogos, para detectar signos de alerta y evaluar el riesgo suicida en el sistema sanitario público. Además, es posible que se hayan creado procedimientos y recursos para evaluar el riesgo suicida que ayuden a detectar el suicidio antes de que ocurra³⁰.

²⁸ J. F. Rodríguez-Testal, S. Perona-Garcelán, A. Bados y A. Antúnez, “Prevención del suicidio en Andalucía: una revisión sistemática”, *Papeles del Psicólogo*, 40(2), 2019, págs. 83-93.

²⁹ J. M. Bertolote y A. Fleischmann, “A global perspective on the magnitude of suicide mortality”, en *Mental health and prevention of suicide in Europe*, Hogrefe Publishing, 2015, págs. 9-25.

³⁰ J. A. Córdoba-Doña, M. San Sebastián y A. Escolar-Pujolar, “Intimate partner violence in Andalusia, Spain: Women’s experiences, help-seeking behaviors, and the role of social support”, *Journal of Interpersonal Violence*, 29(5), 2014, págs. 886-905.

Dependiendo de la gravedad del riesgo y de las necesidades individuales, la intervención y el tratamiento del suicidio en el sistema sanitario público de Andalucía pueden implicar una combinación de enfoques. Esto puede incluir intervenciones terapéuticas, como la psicoterapia y la terapia cognitivo-conductual, así como la dispensación de medicamentos cuando sea necesario. Es posible que se realicen esfuerzos para mejorar la accesibilidad a los servicios de salud mental y favorecer la coordinación entre los distintos niveles de atención, como la atención primaria y la especializada³¹.

5.1. *Prevención y detección*

En Andalucía, los servicios sociales ofrecen una variedad de iniciativas y herramientas para prevenir el suicidio. A continuación enumeramos las que consideramos más destacadas³²:

— El objetivo del Plan Integral de Prevención del Suicidio en Andalucía consiste en la implementación de una serie de medidas y acciones enfocadas en diferentes grupos de población. La capacitación de empleados, la difusión de la salud mental, la detección y la prevención de enfermedades mentales y la atención a las personas en peligro son algunas de las medidas activas en la prevención del suicidio en la región andaluza.

— Teléfono de la Esperanza. Este servicio brinda apoyo emocional y psicológico a las personas en crisis y en riesgo de suicidio, así como a sus familiares y amigos. El teléfono de ayuda es gratuito y está disponible las 24 horas del día, los 365 días del año.

— La Red Andaluza de Prevención del Suicidio está formada por diversas organizaciones y entidades que colaboran en la lucha contra el suicidio en la región. La sensibilización y formación de la población, la asistencia a las personas en riesgo de suicidio y la investigación en este campo son algunas de sus actividades.

— Programa de Apoyo a Familiares de Personas en Riesgo de Suicidio. Se trata de un programa de ayuda y orientación para los amigos y familiares de las personas que están en riesgo de suicidio. Este programa tiene como objetivo mejorar la detección precoz de problemas de salud mental y la prevención del suicidio.

Por último, Andalucía ofrece una variedad de iniciativas y servicios enfocadas en la prevención del suicidio, con el fin de mejorar la atención a las personas en situación de riesgo y fomentar la salud mental en la sociedad en general.

En los siguientes subepígrafos desarrollamos ligeramente las dos primeras herramientas activas en la Comunidad Autónoma de Andalucía citadas en el listado anterior.

5.1.1. *Plan Integral de Prevención del Suicidio*

Como hemos señalado anteriormente, la Consejería de Salud y Familias de la Junta de Andalucía ha elaborado el Plan Integral de Prevención del Suicidio en Andalucía

³¹ Ministerio de Sanidad, *Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2022-2026*, Gobierno de España.

³² Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, *Plan Andaluz de Prevención del Suicidio (2016-2020)*, consultado en julio de 2023. Recuperado de <https://bit.ly/409iG5D>

con el objetivo, claro está, principal de la prevención mediante la mejora de la atención a las personas en riesgo.

Este programa se sustenta sobre tres pilares fundamentales:

— Promoción de la salud mental. Mejorar la salud mental de la población general a través de la sensibilización, formación e información sobre factores de riesgo y protección en el ámbito de la salud mental.

— Detección precoz. Facilitar la detección temprana de problemas de salud mental y situaciones de riesgo de suicidio a través de la formación y sensibilización de los profesionales de la salud y de otros campos, como los servicios sociales y la educación.

— Atención integral. Ofrecer una atención integral a las personas en riesgo de suicidio y a sus familias mediante la creación de protocolos de atención y seguimiento de estas personas, así como la coordinación entre los diversos servicios involucrados en su atención.

El plan tiene como objetivo capacitar a los trabajadores de la salud y de otros campos (educativo, social, etc.), aumentar la conciencia pública, promover la investigación en este ámbito, brindar apoyo a las asociaciones de afectados y familiares, ofrecer atención telefónica las 24 horas a través del Teléfono de la Esperanza, fomentar el voluntariado y colaborar entre instituciones.

En síntesis, el Plan Integral de Prevención del Suicidio en Andalucía es una iniciativa completa que tiene como objetivo prevenir el suicidio en la zona y mejorar la atención a las personas en riesgo de manera coordinada y multidisciplinaria.

5.1.2. Teléfono de la Esperanza

Esta línea telefónica ofrece apoyo emocional y psicológico las 24 horas del día, todos los días del año en varias regiones de España, incluida Andalucía.

Este servicio brinda asistencia gratuita y confidencial a las personas que necesitan hablar con alguien y recibir apoyo emocional en momentos de crisis, soledad, ansiedad, depresión, violencia de género y problemas familiares. Además, proporciona escucha activa, apoyo psicológico y orientación para la toma de decisiones a las personas que pueden estar en riesgo de suicidio.

El Teléfono de la Esperanza de Andalucía emplea a psicólogos, trabajadores sociales, voluntarios y colaboradores, que además reciben capacitación especializada en técnicas de escucha activa e intervención en situaciones de crisis.

Con el objetivo de alcanzar a un público más amplio, el servicio no solo brinda apoyo telefónico, sino que también ofrece programas de intervención a través de varios canales, como chats, correo electrónico y redes sociales.

5.2. Postvención

El término *postvención* se refiere a las acciones destinadas a brindar apoyo y atención a las personas afectadas por el suicidio, incluidos los familiares y amigos de los fallecidos por suicidio. Es posible que se hayan establecido programas de apoyo y orientación para estas personas con el objetivo de ayudarlas a superar el duelo y prevenir el suicidio secundario. Estos programas podrían incluir asesoramiento, grupos de apoyo e información. La atención a las acciones relacionadas con el suicidio lleva implícitas

la actuaciones en prevención, detección, intervención y postvención como formas de actuación en un antes, un ahora y un después³³. La Organización Mundial de la Salud contempla la postvención como un elemento de gran importancia dentro de las políticas sociales destinadas a reducir las tasas de suicidio³⁴. En la actualidad no son muchas las especificaciones, técnicas ni los recursos destinados a la postvención debido a una falta de consenso. La Asociación Americana de Suicidología (AAS) definió esta necesidad hace bastante tiempo, al igual que Shneidman³⁵, y, actualmente, Estados Unidos, Canadá y la Unión Europea son las regiones del mundo en las que se están poniendo en práctica elementos que afiancen las acciones de postvención en el suicidio³⁶. El mapa actual en cuanto a postvención se dibuja en torno a la dimensión psicológica de las personas supervivientes al suicidio (culpa, tristeza, rabia, aceptación, etc.) sin profundizar demasiado en las narrativas y discursos de estas personas. La OMS indica los elementos fundamentales que se deben impulsar en las intervenciones de la postvención: *a)* incentivación de la comunicación oral; *b)* desarrollo de la expresión escrita; *c)* realización de prácticas artísticas; *d)* encuentros con grupos de apoyo, y *e)* meditación como conocimiento personal. Se propician acciones y espacios de conocimiento de la propia persona y diálogo con otras personas utilizando la creación artística como medio de relación y comunicación de las personas supervivientes al suicidio. Esto va a propiciar una revisión del yo en estas personas, una ayuda para ser conscientes de la necesidad de autocuidado, vivir en el presente y la exteriorización del dolor y el trauma a través de la comunicación externa. Todo esto lleva a que las personas puedan aceptar el suicidio como algo externo a través de un duelo saludable con un enfoque resiliente y de transformación³⁷.

En este punto es necesario aclarar qué entendemos por personas supervivientes o sobrevivientes al suicidio, sujeto del término postvención. La OMS³⁸ emplea principalmente el concepto de supervivientes para referirse a las personas y familiares que han perdido a un ser querido por suicidio³⁹. El Sistema Nacional de Salud en España también aplica este mismo término para referirse a estas personas. No obstante, según Jackson⁴⁰, este concepto puede generar dudas sobre el sujeto al que nos referimos, ya que podría identificarse con personas que han realizado tentativas de suicidio sin conseguirlo. Por

³³ Cristina Blanco, “El suicidio en España. Respuesta institucional y social”, *Revista de Ciencias Sociales*, 33(46), 2020, págs. 79-106, <https://doi.org/10.26489/rvs.v33i46.5>

³⁴ Organización Mundial de la Salud (OMS), *Prevención del suicidio. ¿Cómo establecer un grupo de supervivientes?*, WHO Press, 2000.

³⁵ E. Shneidman, “Postvention: The care of the bereaved”, en R. O. Pasnau (ed.), *Consultation-liaison psychiatry: Seminars in Psychiatry*, Grune & Stratton, Nueva York, 1975, págs. 245-256.

³⁶ A. E. C. Patton, “Imágenes de la postvención del suicidio en España: metáforas, símbolos y discursos terapéuticos en las asociaciones de supervivientes”, *RES. Revista Española de Sociología*, 32(4), 2023, pág. 194.

³⁷ M. Vachon *et al.*, “Investigating postvention best practices: The Delphi method”, *Rev Epidemiol Sante Publique*, 69(6), 2021, 36779, <https://doi.org/10.1016/j.respe.2021.05.049>

³⁸ Organización Mundial de la Salud, *Prevención del suicidio. ¿Cómo establecer un grupo de supervivientes?* WHO Press, 2000.

³⁹ P. T. Bartone *et al.*, “Peer Support Services for Bereaved Survivors: A Systematic Review”, *Omega (Westport)*, 80(1), 2019, págs. 137-166, <https://doi.org/10.1177/0030222817728204>

⁴⁰ J. Jackson, *SOS. Supervivientes de un suicida. Manual para enfrentar el suicidio de un ser querido*, American Association of Suicidology (AAS), 2015, pág. 1.

este motivo, algunos teóricos prefieren hablar de “personas afectadas por suicidio”. El grupo de personas supervivientes, según la definición empleada en este estudio, está relacionado con los grupos de ayuda o apoyo mutuo basados en el modelo de acción comunitaria que la OMS establece en la Declaración de Alma Ata sobre Atención Primaria de Salud de 1978, la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud de 1986 y la Declaración de Adelaida sobre la Salud en todas las Políticas de 1988.

5.2.1. La Red Andaluza de Prevención del Suicidio

Esta organización no gubernamental trabaja para prevenir el suicidio en la Comunidad Autónoma de Andalucía. La organización se dedica a aumentar la conciencia sobre el suicidio y proporcionar recursos y apoyo a las personas en riesgo.

La Red Andaluza de Prevención del Suicidio trabaja en colaboración con otras organizaciones, tanto públicas como privadas, y brinda capacitación y formación a profesionales de la salud, educadores y profesionales de otros campos que puedan tener contacto con personas en riesgo de suicidio.

Entre las actividades que lleva a cabo destacan las campañas de sensibilización, los programas de prevención, la atención a personas en riesgo y sus familias, y la promoción de la investigación sobre la prevención del suicidio.

Se trata de una organización clave en la lucha contra el suicidio en Andalucía, y su trabajo ayuda a mejorar la calidad de vida de las personas y a disminuir el número de fallecimientos por suicidio en la comunidad.

5.2.2. Programa de Apoyo a Familiares de Personas en Riesgo de Suicidio

Esta iniciativa está destinada a brindar recursos y apoyo a las familias de personas en riesgo de suicidio, proporcionando información, capacitación y herramientas prácticas para que puedan ayudar a sus seres queridos en situaciones de riesgo mientras cuidan de su propio bienestar emocional.

Los programas que ayudan a los familiares de personas en riesgo de suicidio suelen incluir talleres y grupos de apoyo, donde los familiares pueden compartir sus experiencias y obtener información y consejo de otros familiares que han pasado por circunstancias similares. Además, brindan pautas sobre cómo buscar ayuda profesional, cómo mejorar la comunicación entre los familiares y la persona en riesgo y cómo manejar el estrés y la ansiedad.

Las organizaciones no gubernamentales, los hospitales, las clínicas y otras instituciones que se dedican a la promoción de la salud mental y la prevención del suicidio pueden ofrecer estos programas. Es fundamental que las familias de las personas en riesgo de suicidio tengan acceso a estos programas de apoyo, ya que pueden desempeñar un papel importante en la prevención del suicidio y ayudar a sus seres queridos a recuperarse⁴¹.

6. CONCLUSIONES

El artículo proporciona un estudio exhaustivo acerca de los retos y progresos del Sistema Nacional de Salud (SNS) en España, especialmente en lo que respecta a

⁴¹ C. García-Alonso, 2018, *op. cit.*

la atención al suicidio, un asunto de salud pública que genera creciente inquietud. Se resaltan los retos a los que se enfrenta el SNS, tales como una financiación deficiente, el envejecimiento de la población y la ausencia de políticas de prevención, y se sugieren modificaciones estructurales para potenciar su eficacia y sostenibilidad. Además, el documento enfatiza la relevancia de implementar estrategias preventivas e interinstitucionales para tratar el tema del suicidio, fomentando la concienciación, la capacitación de expertos y la elaboración de protocolos de cuidado, tal como evidencia el Plan Integral de Prevención del Suicidio en Andalucía. Mediante proyectos como el Teléfono de la Esperanza y programas de soporte familiar, Andalucía ha progresado en el establecimiento de un sistema de atención que combina prevención, identificación precoz y postvención. En última instancia, se resalta la importancia de incluir el suicidio en las políticas públicas de salud mental, convirtiendo su prevención en una prioridad en la Agenda 2030 para asegurar un cuidado justo y adecuado a las demandas sociales.

Es posible observar que en la población española existe una serie de colectivos con una mayor vulnerabilidad como consecuencia de las distintas crisis acaecidas en los últimos años (mayores, jóvenes, inmigrantes, personas no insertas en el mercado laboral o con bajos ingresos, etc.). También se observa una demanda de grupos de profesionales que apoyen a las personas que puedan estar en riesgo de suicidio. Existe así mismo una falta de información sobre los elementos que pueden apoyar emocionalmente a las familias afectadas (supervivientes) y, por tanto, la postvención, que no está desarrollada suficientemente en nuestro país, carece de suficientes recursos y de protocolos que aseguren un seguimiento de estas personas supervivientes. Los recortes en las políticas sociales (incluida la sanidad) como soluciones a la precariedad por motivo de las crisis dibujan un panorama más devastador en cuanto a la salud se refiere, siendo insuficiente la atención primaria dentro del servicio público de salud en esta temática. La tendencia a la promoción de la privatización en cuestión de salud no está mejorando la situación del sistema público de salud español, sino todo lo contrario, pues ofrece una imagen de precariedad en cuanto a la atención de la salud de su población. Esto entre otras cuestiones afecta a la prevención, el tratamiento y la postvención del suicidio como problema de salud pública y, en consecuencia, el suicidio sigue siendo una cuestión secundaria, invisible y oculta que no se termina de situar en el lugar que corresponde a su gravedad y a los efectos que produce a nivel de salud pública. Actualmente, España no cuenta con un plan estatal de prevención del suicidio, sino que solo se han desarrollado actuaciones a nivel local con poca duración y con fondos que provienen de Europa y que se activan en regiones geográficas determinadas. A nivel mundial, nuestro país ocupa una posición muy baja en cuanto a la inversión y actuación en esta temática pese a los resultados científicos que avalan la eficacia de las intervenciones a nivel preventivo a la hora de reducir las tasas por suicidio.

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

- J. M. Bertolote y A. Fleischmann, "A Global Perspective on the Magnitude of Suicide Mortality", en *Mental health and prevention of suicide in Europe*, Hogrefe Publishing, Gotinga, 2015, págs. 9-25.
- P. T. Bartone, J. V. Bartone, J. M. Violanti y Z. M. Gileno, "Peer Support Services for Bereaved Survivors: A Systematic Review", *Omega (Westport)*, 80(1), 2019, págs. 137-166 ([https:// doi.org/10.1177/0030222817728204](https://doi.org/10.1177/0030222817728204)).

- Cristina Blanco, "El suicidio en España. Respuesta institucional y social", *Revista de Ciencias Sociales*, 33(46), 2020, págs. 79-106 (<https://doi.org/10.26489/rvs.v33i46.5>).
- J. Calero, "El Estado del bienestar español: valoración y perspectivas de futuro", *Araucaria*, 23(47), 2021, págs. 457-478 (<https://doi.org/10.12795/araucaria.2021.i47.20>).
- R. Castel, *Las metamorfosis de la cuestión social: una crónica del salariado*, Paidós, Barcelona, 1996.
- Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, Plan Andaluz de Prevención del Suicidio (2016-2020), consultado en julio de 2023 (<https://bit.ly/409iG5D>).
- J. A. Córdoba-Doña, M. San Sebastián y A. Escolar-Pujolar, "Intimate Partner Violence in Andalusia, Spain: Women's Experiences, Help-Seeking Behaviors, and the Role of Social Support", *Journal of Interpersonal Violence*, 29(5), 2014, págs. 886-905.
- E. Durkheim, *Suicide: A Study in Sociology*, Routledge, Londres, 1951 (1897).
- G. Esping-Andersen, *The Three Worlds of Welfare Capitalism*, Princeton University Press, 1990.
- M. V. Fornis i Fernández, "El sistema de servicios sociales frente a la crisis económica y social del Estado del bienestar: el modelo catalán de prestaciones de atención a la persona", *Sistema: Revista de Ciencias Sociales*, 257, 2020, págs. 61-84.
- C. García-Alonso, J. Rodríguez-Almagro, M. Delgado-Rodríguez y J. Medina-Casabón, "Evaluación del Plan de Prevención del Suicidio en Andalucía: protocolo de un estudio mixto", *Medicina Clínica*, 150(8), 2018, págs. 303-308.
- C. García-Calvo y R. Flecha, "La contribución del Estado del bienestar al desarrollo humano: el caso de España", *Cuadernos de Trabajo Social*, 27(1), 2014, págs. 155-174.
- J. E. García de Alba García, R. Quintanilla Montoya, L. M. Sánchez Loyo, T. Morfín López y J. I. Cruz Gaitán, "Consenso cultural sobre el intento de suicidio en adolescentes", *Revista Colombiana de Psicología*, 20(2), 2011, págs. 167-179.
- O. García-Rodríguez *et al.*, "Probability and predictors of transition from abuse to dependence on alcohol, cannabis, and cocaine: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions", *The American Journal on Addictions*, 23(3), 2014, págs. 230-241.
- L. Giner y J. A. Guija, "Número de suicidios en España: diferencias entre los datos del Instituto Nacional de Estadística y los aportados por los Institutos de Medicina Legal", *Revista de Psiquiatría y Salud mental*, 7(3), 2014, págs. 139-146.
- B. P. Henry y C. H. Brisset, *Tratado de psiquiatría. Anexo: Nota sobre el suicidio*, Masson, 1992, pág. 935.
- Instituto Nacional de Estadística, *Defunciones según la causa de muerte. Año 2018. Principales causas de muerte por grupos de enfermedades*. Instituto Nacional de Estadística, 2019.
- J. Jackson, *SOS. Sobrevivientes de un suicida. Manual para enfrentar el suicidio de un ser querido*, American Association of Suicidology (AAS), 2015.
- J. F. Jiménez-Estévez, "El papel del Observatorio de Salud Mental y los criterios de calidad asistencial de la AEN en la evaluación y planificación asistencial: recursos de profesionales en CSM y de dispositivos de atención a pacientes con TMG en España", *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 31(112), 2011, págs. 735-751.
- E. Lee, "Experiences of Bereaved Families by Suicide in South Korea: A Phenomenological Study", *Int J Environ Res Public Health*, 19(5), 2022, pág. 2969 (<https://doi.org/10.3390/ijerph19052969>).

- M. León, “Crisis económica y Estado del bienestar en España”, *Revista Española de Sociología*, 8, 2007, págs. 61-84.
- G. Martínez y C. García-Calvo, “La protección social en España: evolución y retos”, *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 167, 2019, págs. 91-110.
- J. C. Martínez, “El Estado del bienestar español: valoración y perspectivas de futuro”, *Araucaria: Revista Iberoamericana de Filosofía, Política, Humanidades y Relaciones Internacionales*, 23(47), 2021, págs. 457-478.
- Ministerio de Sanidad, *Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2022-2026*, Gobierno de España.
- L. Moreno, *El Estado del bienestar en España: un análisis comparado*, Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS), Madrid, 2007.
- Observatorio de Salud Mental de Andalucía, *Informe de situación: Suicidio en Andalucía*, Junta de Andalucía, 2021.
- Organización Mundial de la Salud (OMS), *Prevención del suicidio. ¿Cómo establecer un grupo de supervivientes?*, WHO Press, 2000.
- Organización Mundial de la Salud, “Suicidio: datos y cifras”, consultado en junio de 2023 (<https://bit.ly/4778egA>).
- Organización Panamericana de la Salud, *Manual de prácticas para el establecimiento y mantenimiento de sistemas de vigilancia de intentos de suicidio y autoagresiones*, Organización Panamericana de Salud, Washington, D. C., 2018.
- C. S. Orgaz Alonso y A. Amezcua Etxebarria, “Cien años de suicidios en España: análisis de la construcción del dato estadístico”, en A. Serrano Mañillo (ed.), *Anomia, cohesión social y moralidad. Cien años de tradición durkheimiana en criminología*, Dykinson, Madrid, 2018, págs. 55-80.
- T. Parsons, “Illness and the Role of the Physician: A Sociological Perspective”, *American Journal of Orthopsychiatry*, 21(3), 1951, págs. 452-460.
- A. E. C. Patton, “Imágenes de la postvención del suicidio en España: metáforas, símbolos y discursos terapéuticos en las asociaciones de supervivientes”, *RES. Revista Española de Sociología*, 32(4), 2023, pág. 194.
- J. L. Pedreira Massa y F. Blanco, “Un modelo nuevo de organización funcional para el Sistema Nacional de Salud: la Corporación Sistema Nacional de Salud España (CSINSE)”, *Sistema: Revista de Ciencias Sociales*, 263, 2022, págs. 3-28.
- E. Pujol-Boixareu, “Epidemiología del suicidio en España”, *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 40(145), 2020, págs. 47-52.
- J. F. Rodríguez-Testal, S. Perona-Garcelán, A. Bados y A. Antúnez, “Prevención del suicidio en Andalucía: una revisión sistemática”, *Papeles del Psicólogo*, 40(2), 2019, págs. 83-93.
- M. L. T. Ruckert, R. P. Frizzo y M. M. Rigoli, “Suicídio: a importância de novos estudos de posvenção no Brasil”, *Rev Bras Ter Cogn*, 15(2), 2019, págs. 85-91 (<https://doi.org/10.5935/1808-5687.20190013>).
- P. A. Sáiz y J. Bobes, “Prevención del suicidio en España: una necesidad clínica no resuelta”, *Rev. psiquiatr. salud ment*, 7(1), 2014, págs. 1-4 (<https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2014.01.003>).
- E. Shneidman, “Postvention: The Care of the Bereaved”, en R. O. Pasnau (ed.), *Consultation-liaison psychiatry: Seminars in Psychiatry*, Grune & Stratton, Nueva York, 1975, págs. 245-256.
- M. Vachon, C. Nicolas, C. E. Notredame y M. Séguin, “Investigating Postvention Best Practices: The Delphi Method”, *Rev Epidemiol Sante Publique*, 69(6), 2021, 36779 (<https://doi.org/10.1016/j.respe.2021.05.049>).