

3. MARCO NORMATIVO Y PLANIFICADOR

La conducta suicida y su prevención están presentes en las actuales estrategias y líneas de actuación en salud en Euskadi. De esta forma, la estrategia de Salud Mental de Euskadi de 2010⁵⁴ concibe la salud mental como un valor y, entre sus líneas de prevención, exhorta a realizar y evaluar acciones específicas para disminuir las tasas de depresión y de suicidio en grupos de riesgo. Igualmente, en el documento Políticas de Salud para Euskadi 2013-2020⁵⁵ se insta a protocolizar medidas para la prevención del suicidio a nivel comunitario y en personas con diagnóstico de enfermedad mental y/o factores de riesgo para garantizar la atención adecuada de estas y estos pacientes. Establece como objetivo para el año 2020 la disminución de la mortalidad por suicidio en un 10% en hombres y en un 5% en mujeres (Anexo 5).

En este sentido, en las Líneas Estratégicas del Departamento de Salud 2017-2020⁵⁶, en concreto en la línea sobre sostenibilidad y modernización del sistema sanitario, se identifica la necesidad de potenciar los programas de seguimiento no presencial desde el servicio de atención telefónica Consejo Sanitario de Osakidetza, incluyendo aquellos dirigidos a la prevención del suicidio.

Por su parte, el documento Retos y Proyectos estratégicos de Osakidetza 2017-2020⁵⁷ señala la necesidad de reforzar el despliegue del protocolo de prevención del suicidio como uno de los programas de prevención poblacional prioritarios, así como la importancia de la coordinación integral de todos los recursos primarios, especializados y hospitalarios para el abordaje y prevención de la conducta suicida.

20

La Estrategia de Seguridad del Paciente 2017-2020⁵⁸ plantea como objetivo abordar la seguridad en las áreas de Urgencias, incluyendo los servicios de Urgencias Hospitalarias (Urgencias Generales, de Pediatría y de Salud Mental) y de Atención Primaria (Puntos de Atención Continuada o PAC). Como precedente de esta estrategia, en 2010 Osakidetza puso en marcha la “Campaña de reducción de 10.000 eventos adversos”, en el marco de la cual se abordó la prevención del suicidio con un documento que definía en la atención a las y los pacientes 7 estándares necesarios para mejorar la prevención del suicidio.

Por otro lado, una de las Prioridades Estratégicas de Atención Sociosanitaria de Euskadi 2017-2020⁵⁹ para salud mental es definir rutas asistenciales sociosanitarias para la atención de los diferentes colectivos diana (personas afectadas por un trastorno mental y otros colectivos, mujeres víctimas de violencia machista, etc.), en colaboración con las y los agentes sociales, sanitarios y comunitarios clave, de modo que se proporcione una respuesta integral y coordinada a las necesidades de cada colectivo desde la continuidad de cuidados y en pro de una gestión eficiente de los recursos (Anexo 5).

Por último, en el año 2015 el Consejo Asesor de Salud Mental del País Vasco, identificó la prevención del suicidio como uno de los 10 temas prioritarios a tratar. Se creó un grupo de trabajo que en 2016 elaboró un documento con una propuesta de líneas de actuación para mejorar la prevención del suicidio en la comunidad autónoma de Euskadi (CAE). Dicho documento sirve como uno de los puntos de partida e inspiración de esta estrategia de prevención.

Tabla 4. Marco normativo y planificador de la CAE. Fuente: elaboración propia.

<p>MARCO NORMATIVO</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Ley Orgánica 3/1979. · Ley de Ordenación Sanitaria (8/1997). · Ley 12/2008, de 5 de diciembre, de Servicios Sociales. · Decreto 69/2011, de 11 de abril, por el que se regulan las funciones, la composición y las pautas básicas de funcionamiento del Consejo Vasco de Atención Sociosanitaria. · Decreto 147/2015, de 21 de julio por el que se aprueba la Declaración sobre Derechos y Deberes de las Personas en el Sistema Sanitario de Euskadi.
<p>MARCO PLANIFICADOR</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Estrategia de Salud Mental de la CAE 2010. · Políticas de Salud para Euskadi 2013-2020. · Líneas Estratégicas. Departamento de Salud 2017-2020. · Retos y proyecto estratégicos de Osakidetza 2017-2020. · Estrategia de Seguridad del Paciente 2020. · Prioridades Estratégicas de Atención Sociosanitaria Euskadi 2017-2020.

4. EPIDEMIOLOGÍA DE LA CONDUCTA SUICIDA EN LA CAE

4.1. IDEACIÓN SUICIDA

La **Encuesta de Salud de Euskadi (ESCAV)**⁶⁰ valora la ideación suicida dentro del parámetro de salud mental desde el año 1997 utilizando el ítem “En algún momento de su vida ¿ha llegado a pensar seriamente en la posibilidad de suicidarse, de quitarse la vida?”. Las encuestas también preguntan por la ideación suicida en los 12 meses previos.

Según los datos de la **ESCAV-2018**, un 3,1% de toda la población de la CAE habría pensado en algún momento de su vida en suicidarse, con porcentajes que oscilan entre los 3,2% de Gipuzkoa y los 2,8% de Araba/Álava. Las mujeres presentaron prevalencias más altas que los hombres (3,3% vs 2,8%). Por grupos de edad, aquellas personas con edades comprendidas entre los 45 y 64 años mostraron los porcentajes más altos (4,2%), en especial las mujeres (5,1%).

Por otro lado, las personas incluidas en la clase social más baja (V) mostraron las prevalencias más altas de ideación suicida (5%), con porcentajes que prácticamente doblaban a los observados en la clase social inmediatamente anterior (IV). A pesar de ello, la relación inversa entre la prevalencia de ideas de suicidio y el nivel socioeconómico queda más desdibujada que en otros años. (Tabla 5).

Al analizar solo la ideación en los doce meses previos, cifra que podría sugerir un riesgo más elevado de suicidio, un 1,1% de la población refiere haber pensado en el último año en suicidarse con porcentajes similares en hombres y mujeres. Las prevalencias más altas se observan en las franjas de 15-24 años (2,6%) y ≥ 75 años (2,5%). Resulta llamativa, como cifra especialmente alta, el 5,4% de las mujeres de 15-24 años en Araba/Álava que se habrían planteado el suicidio en este periodo.

Al analizar la evolución de estos datos en las sucesivas encuestas desde 1997 se observa una prevalencia promedio de ideación suicida en la población general del 4,1%, habiendo oscilado desde su máximo en 1997 (5%) hasta el mínimo de 3,1% en 2018, con un cierto repunte en 2013 (4,4%) (Tabla 5). En todos los casos las prevalencias han sido mayores en las mujeres que en los hombres.