Gaceta Sanitaria 40 (2026) 102682

Artículo especial

De la estrategia a la acción: conceptos clave en la implementación de planes nacionales de prevención del suicidio

Elizabeth Suárez-Soto[a,b,*], Anna Pedrola-Pons[a], Cristina Blanco[c], Thomas Niederkrotenthaler[d] y Alejandro de la Torre-Luque[a,e]

[a] Grupo de Investigación en Epidemiología Psiquiátrica y Salud Mental (EPISAM), Facultad de Medicina, Universidad Complutense de Madrid, Madrid, España
[b] Grupo de Investigación en Conducta Suicida y Salud Mental (IDEVI), Universidad Internacional de Valencia, Valencia, España
[c] Departamento de Sociología y Trabajo Social, Universidad del País Vasco (UPV/EHU), Bilbao, Bizkaia, España
[d] Departamento de Medicina Social y Preventiva, Centro de Salud Pública, Universidad Médica de Viena, Viena, Austria
[e] CIBER de Salud Mental (CIBERSAM), España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:
Recibido el 30 de marzo de 2026
Aceptado el 8 de septiembre de 2026

Palabras clave:
Prevención del suicidio
Estrategias nacionales
Intervención multinivel
Salud pública
Salud global

RESUMEN

El suicidio continúa siendo un problema prioritario de salud pública en todo el mundo. Aunque un número creciente de países han implementado estrategias nacionales de prevención del suicidio, en algunos entornos se ha observado un incremento tanto en las conductas suicidas como en la mortalidad asociada. Si bien la evidencia respalda las ventajas potenciales de un enfoque multinivel e intersectorial, persiste el debate respecto a su efectividad en escenarios reales, su escalabilidad y su adaptabilidad cultural. Este artículo ofrece una reflexión crítica y argumentativa —basada en una revisión científica— sobre conceptos clave, limitaciones y controversias que deben considerarse en el diseño y la implementación de una estrategia nacional de prevención del suicidio. Se analizan las lecciones aprendidas de estrategias internacionales, se identifican barreras persistentes (p. ej., financiación, coordinación interinstitucional, estigma) y se destaca la necesidad de un enfoque contextualizado y centrado en las personas. Se presta especial atención a los dilemas éticos vinculados a la implementación de acciones preventivas en contextos culturalmente diversos. Asimismo, se discuten factores propios de las sociedades posmodernas (p. ej., migración, crisis ecológicas, desigualdades globales) y su impacto sobre las acciones preventivas. Mediante la exposición de contraargumentos, cuestiones no resueltas y perspectivas en tensión, este artículo invita a repensar qué se entiende por «mejores prácticas» en prevención del suicidio, y aboga por estrategias adaptativas, inclusivas y basadas en la evidencia, alineadas con las necesidades cambiantes de poblaciones diversas.

© 2026 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

From strategy to action: key concepts when implementing national suicide prevention plans

Keywords:
Suicide prevention
National strategies
Multilevel intervention
Public health
Global health

ABSTRACT

Suicide remains a pressing global public health issue. Although an increasing number of countries have already implemented a national suicide prevention strategy, growing suicidal behavior and mortality outcomes have been reported in some countries. While evidence supports the potential advantages of a multilevel and intersectoral approach, the debate persists around their real-world effectiveness, scalability, and cultural adaptability. This article offers a critical and argumentative reflection —grounded in a scientific review— on key concepts, pitfalls, and controversies that should be considered in a national suicide prevention strategy. We examine lessons learned from international strategies, identify persistent barriers (e.g., funding, coordination, stigma), and highlight the need for a context-sensitive, human-centered approach. Special attention is given to the ethical dilemmas surrounding the implementation of prevention actions in culturally-diversed settings. Real-world factors in postmodern societies (e.g., migration, ecological crises, global inequalities) and their impact on preventive action are also discussed. By articulating counterarguments, unresolved issues, and competing perspectives, this debate paper invites a rethinking of what constitutes "best practice" in suicide prevention and calls for adaptive, inclusive, and evidence-based strategies that align with the evolving needs of diverse populations.

© 2026 SESPAS. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

* Autora para correspondencia.
Correo electrónico: elizasua@ucm.es (E. Suárez-Soto).

https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2026.102682
0213-9111/© 2026 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

El suicidio constituye un problema de salud pública mundial que afecta a todos los grupos de edad, regiones y estratos socioeconómicos, con aproximadamente 727.000 muertes anuales[1]. Se trata de un fenómeno multifactorial resultante de la interacción de factores biológicos, psicológicos y sociales[2], cuyo creciente impacto en la salud pública ha llevado a los gobiernos de todo el mundo a priorizar estrategias nacionales de prevención del suicidio (ENPS) informadas por la evidencia[1].

Desde 1996, más de 43 países han adoptado ENPS[3]. Las experiencias exitosas destacan tres elementos fundamentales: 1) la colaboración intersectorial[1]; 2) una estructura multinivel que integre acciones universales, selectivas e indicadas[2]; y 3) una perspectiva multifactorial que reconozca las limitaciones de las intervenciones médicas, psicológicas, educativas o políticas implementadas de forma aislada[4].

A pesar de los avances alentadores, los países continúan enfrentándose a desafíos persistentes para adaptar las ENPS a diversos contextos socioculturales y poblaciones vulnerables[5]. Por tanto, una estrategia integral requiere prestar mayor atención a los aspectos relacionados con su implementación, incluidos la gestión, la logística, la financiación, los recursos humanos, el estigma, los sistemas de información y la coordinación intersectorial[1]. Asimismo, no existe un consenso claro sobre cómo maximizar su impacto en la reducción del suicidio, y la evaluación no debería limitarse a resultados distales, como la mortalidad por suicidio o las tasas de intentos de suicidio. Las ENPS también deberían incorporar resultados de implementación que permitan evaluar si las estrategias informadas por la evidencia no solo son teóricamente adecuadas, sino también factibles, culturalmente aceptables, implementadas de manera consistente y sostenibles en el tiempo.

Las estrategias eficaces requieren un marco conceptual acompañado de su correspondiente operatividad práctica, que incluya indicadores culturalmente adaptados, una participación comunitaria estructurada con roles definidos y procedimientos concretos de coordinación intersectorial. Las diferencias entre contextos de ingresos altos y bajos, junto con las brechas de implementación documentadas y las limitaciones empíricas del marco de la Organización Mundial de la Salud (OMS), deberían abordarse sistemáticamente para garantizar un enfoque de las políticas de prevención del suicidio sensible al contexto. Este artículo de debate examina las condiciones bajo las cuales las estrategias de prevención del suicidio basadas en la evidencia pueden traducirse eficazmente en acciones nacionales sostenibles en diversos contextos socioculturales y sistemas de salud, prestando especial atención a la implementación, la adaptación contextual, la coordinación intersectorial y la sostenibilidad.

Desde la perspectiva de la ciencia de la implementación, la efectividad de las ENPS depende no solo de la evidencia que respalda intervenciones específicas, sino también de cómo estas se implementan y mantienen en los sistemas reales. El *Consolidated Framework for Implementation Research* (CFIR) permite identificar las barreras para la implementación, mientras que marco de Exploración, Preparación, Implementación y Sostenimiento (EPIS, por sus siglas en inglés) pone de manifiesto cómo estas pueden variar a lo largo de las fases de exploración, preparación, implementación y sostenimiento. Los resultados de implementación —incluidos la aceptabilidad, la adopción, la fidelidad, la penetración, la sostenibilidad, la factibilidad, la adecuación y el coste de implementación— permiten determinar si las estrategias informadas por la evidencia se traducen en un impacto poblacional[5–8].

En el contexto europeo, los análisis críticos de las políticas públicas de prevención del suicidio desde una perspectiva deliberativa siguen siendo escasos, aunque algunos trabajos han propuesto perspectivas más complejas sobre el diseño de políticas[1]. Se recomienda que las ENPS trasciendan las intervenciones aisladas, las cuales, aunque potencialmente beneficiosas, presentan importantes limitaciones. Los países suelen enfrentarse a barreras persistentes para mantener acciones eficaces, dada la complejidad multidimensional de la conducta suicida[9]. Los estudios recientes enfatizan la necesidad de abordar los determinantes sociales mediante estrategias integradas, multinivel e intersectoriales, que trasciendan el sistema de salud mental[3], dado que la combinación de múltiples intervenciones genera efectos aditivos y sinérgicos[10], comparables a los observados en las políticas de seguridad vial, en las que la aplicación simultánea de medidas como las leyes sobre el uso del cinturón de seguridad y las regulaciones para la obtención de licencias de conducción ha contribuido a reducir la mortalidad por accidentes de tránsito[1] (tabla 1).

La literatura teórica y empírica respalda los componentes fundamentales de la estrategia integral de prevención del suicidio de la OMS[11], que enfatiza un enfoque multinivel, intersectorial y basado en la evidencia[9,11]. La OMS recomienda que los países combinen acciones en distintos niveles de riesgo mediante una ENPS que promueva reducciones sostenidas de la conducta suicida y la mortalidad. Noruega fue pionera en el desarrollo de políticas nacionales de prevención del suicidio en 1995, mediante acciones multinivel —campañas de sensibilización, mejoras en el bienestar social y seguimiento intensivo de pacientes— y mecanismos de coordinación que contribuyeron a revertir las tendencias crecientes previas[4]. Finlandia y Dinamarca también registraron avances mediante medidas estructurales, como la restricción del acceso a medios letales y la ampliación del acceso a la atención en salud mental[3,11].

Otro modelo ampliamente replicado es la Alianza de Núremberg contra la Depresión, una intervención comunitaria de cuatro niveles que integra educación pública, formación de agentes comunitarios *(gatekeepers),* apoyo a grupos de alto riesgo y formación clínica. Su implementación original mostró una reducción del 24% en los actos suicidas entre 2000 y 2002, en un contexto caracterizado por una financiación considerable, una coordinación multinivel y una evaluación rigurosa. Sin embargo, las replicaciones realizadas en otros contextos han mostrado resultados más variables. Este fenómeno puede comprenderse mediante el concepto de *voltage drop,* según el cual las intervenciones que muestran efectos importantes en condiciones altamente estructuradas o con abundantes recursos pueden producir resultados más modestos o menos consistentes cuando se implementan a gran escala en los sistemas habituales de salud pública. Más que cuestionar el modelo en sí mismo, la experiencia de Núremberg ilustra los desafíos asociados a trasladar programas intensivos a diversos sistemas de salud pública en condiciones reales. En contraste, el modelo comunitario SUPRANET de los Países Bajos busca mantener un marco centralizado, permitiendo al mismo tiempo su adaptación local a diferentes contextos comunitarios[2].

No todas las estrategias logran resultados comparables. El plan nacional de prevención de Austria mostró un efecto limitado, con una reducción de las tasas únicamente entre los hombres de 25 a 64 años[4]. La estrategia de Corea del Sur, a pesar de la expansión de los centros comunitarios desde 2011, ha tenido dificultades para contener el aumento de las tasas, reflejando déficits de financiación, capacidad limitada de los recursos humanos, debilidades en la evaluación y presiones socioculturales, lo que ha dado lugar a iniciativas fragmentadas en lugar de cohesionadas[5]. Estos casos muestran que, aunque los marcos nacionales son fundamentales, su efectividad depende de la implementación, la sostenibilidad y la adaptación contextual, lo que requiere inversión sostenida, gobernanza coordinada y enfoques sensibles al contexto. La evidencia procedente de otras regiones, como América Latina y el Sudeste Asiático, podría contribuir a explicar estas diferencias y mejorar la generalización de los resultados.

En España, los desarrollos recientes ilustran una transición desde un enfoque centrado en la atención sanitaria hacia un

Tabla 1
Recomendaciones en los niveles universal, selectivo e indicado de intervención

Nivel de intervención	Recomendaciones basadas en la evidencia	Gradación	Análisis comparativo
Nivel universal (población general)	OMS, 2021: - Fortalecimiento de los sistemas de vigilancia - Restricción del acceso a medios letales - Sensibilización de la población mediante campañas culturalmente inclusivas Pirkis et al.[4], 2023: Campañas dirigidas a toda la población adaptadas para abordar el estigma y mejorar las conductas de búsqueda de ayuda	Nivel 1: estrategias generales de prevención	- Compromiso formal de los actores políticos parlamentarios con la prevención del suicidio - Directrices del plan nacional de prevención del suicidio y documentos de orientación técnica - Aumento de las asignaciones presupuestarias para las ENPS y para la salud mental en general - Cobertura sanitaria territorial adecuada en todas las regiones - Restricción del acceso a medios letales a nivel poblacional - Formación de actores clave de los sistemas sanitario y educativo - Mejora de la formación y especialización de los profesionales sanitarios en alianza con profesionales de los medios de comunicación y servicios de emergencia - Implementación de estrategias de salud pública basadas en la mejor evidencia disponible - Diálogo informado por la evidencia entre actores clave para la toma de decisiones políticas - Trabajo colaborativo entre actores intersectoriales, tanto públicos como privados - Vigilancia epidemiológica de los intentos de suicidio y de las muertes por suicidio - Evaluación científica de las estrategias nacionales - Participación de ONG dedicadas a la prevención del suicidio y de instituciones académicas con experiencia reconocida
Nivel selectivo (subpoblaciones en riesgo)	OMS, 2014; Al-Halabí y Fonseca-Pedrero, 2024: apoyo adaptado mediante redes comunitarias Otros: grupos vulnerables (adolescentes, poblaciones indígenas, personas LGBTQ+, migrantes y población penitenciaria) que afrontan aislamiento social, enfermedades crónicas, discriminación y barreras para acceder a los servicios de salud mental	Nivel 2: respuesta directa y específica	- Fortalecimiento de los mecanismos de detección precoz dirigidos a grupos vulnerables - Facilitación del acceso temprano al tratamiento de salud mental para personas vulnerables en riesgo - Estrategias de prevención universal, selectiva e indicada, implementadas en el ámbito nacional con un enfoque específico en subpoblaciones - Formación de profesionales sanitarios para identificar y responder a subpoblaciones en riesgo (p. ej., adolescentes, personas mayores, personas LGBTQ+ y población penitenciaria) - Coordinación intersectorial entre salud, educación, servicios sociales y organizaciones comunitarias dirigida a grupos de alto riesgo - Restricción del acceso a medios letales para subgrupos identificados en riesgo
Intervenciones indicadas (personas en crisis)	Mo et al., 2018: programas de formación de agentes comunitarios en entornos escolares y comunitarios, destinados a mejorar la detección precoz, la respuesta inicial y la derivación de personas en riesgo Otros: - Seguimiento intensivo de personas de alto riesgo - Integración de protocolos de prevención del suicidio en atención primaria para garantizar respuestas oportunas y personalizadas	Nivel 3: intervención intensiva	- Ampliación de las estrategias de intervención en crisis para personas en crisis suicida - Tratamiento y seguimiento de las personas después de una crisis o intento de suicidio - Facilitación del acceso oportuno al tratamiento de salud mental en las primeras etapas del riesgo suicida - Fortalecimiento de los circuitos asistenciales ante reintentos y de la continuidad de la atención - Formación de los servicios de emergencia y primeros intervinientes en evaluación e intervención del riesgo suicida - Monitorización epidemiológica de los intentos de suicidio individuales para orientar la gestión de los casos

ENPS: estrategias nacionales de prevención del suicidio; ONG: organizaciones no gubernamentales.
Nota: el sistema de gradación se adaptó de marcos multinivel desarrollados originalmente en contextos educativos y conductuales, incluidos el marco *Response to Intervention* (RTI) (Batsche et al., 2005) y el *Multi-Tiered System of Supports* (MTSS) (Stoiber y Gettinger, 2016). Estos marcos se utilizaron para orientar estrategias proactivas y preventivas que apoyan a las personas a lo largo del ciclo vital desde una perspectiva basada en fortalezas.

modelo más amplio e intersectorial. La Estrategia de Salud Mental 2022-2026 incluye la prevención del suicidio como una prioridad, mientras que el Plan de Acción para la Prevención del Suicidio 2025-2027 enfatiza los sistemas de información de calidad, la sensibilización, la prevención en grupos vulnerables y la acción integral a través de políticas y servicios[12,13]. La línea telefónica nacional 024 presta apoyo a las personas en riesgo y a sus familiares mediante contención emocional, derivación y activación de los servicios de emergencia[13], lo que ilustra el valor de adaptar los marcos nacionales a sistemas descentralizados y reforzar la coordinación entre actores nacionales, regionales, sanitarios, sociales y comunitarios.

El marco LIVE LIFE de la OMS[1] ofrece una hoja de ruta sólida mediante estrategias basadas en la evidencia y pilares fundamentales, aunque su efectividad depende de que estos se traduzcan en acciones factibles, adaptadas al contexto local, dotadas de recursos suficientes y evaluadas tanto mediante resultados relacionados con el suicidio como mediante resultados de implementación. Otros marcos —la Alianza Europea contra la Depresión, el modelo Zero Suicide y las directrices del SPRC— ofrecen enfoques complementarios que enfatizan el cambio sistémico, la formación de profesionales o la restricción del acceso a medios letales. Sin embargo, la disponibilidad de recursos y las tensiones entre los marcos globales y locales sugieren que las estrategias actuales siguen siendo solo parcialmente efectivas (para un resumen de las intervenciones recomendadas por nivel, véase la tabla 1), particularmente en los países de ingresos bajos y medios, donde la capacidad de implementación es variable y se carece de indicadores de resultados estandarizados.

Las barreras para la implementación de las ENPS pueden comprenderse en tres niveles interconectados: estructural/contextual,

organizativo/sistémico y relacionado con la intervención. En el nivel estructural, la escasez crónica de recursos —financiación insuficiente y falta de personal capacitado— debilita los servicios de salud mental, en particular en las regiones de menores ingresos y rurales, exacerbando las desigualdades[1,14]. Mitigar estas dificultades requiere acciones institucionales y esfuerzos colaborativos entre actores públicos y privados, organizaciones no gubernamentales, instituciones académicas y grupos de supervivientes, dentro de un modelo de participación comunitaria.

En relación con el enfoque multinivel, las estrategias de prevención universal pueden generar tensiones éticas en torno a la sensibilidad cultural y de género, al seguir con frecuencia modelos centrados en perspectivas occidentales que no consideran de manera adecuada la diversidad[4]. Un enfoque culturalmente sensible puede, en cambio, identificar factores de riesgo y protección específicos de cada contexto mediante la utilización del conocimiento local y la apropiación comunitaria, la adaptación de las intervenciones a las necesidades y los recursos locales, y el desarrollo de modelos flexibles y multiculturales.

En el nivel organizativo, los sistemas de vigilancia capaces de monitorizar la ideación suicida, la conducta suicida y la mortalidad continúan constituyendo un desafío no resuelto. La incorporación de certificación forense, informes procedentes de múltiples agentes y protocolos de autopsia psicológica podría proporcionar una representación más precisa de la situación en el ámbito nacional.

La insuficiente coordinación intersectorial constituye otra barrera organizativa. La prevención del suicidio suele quedar circunscrita al ámbito sanitario, lo que limita la participación de los sectores educativo, laboral, de justicia social y de los medios de comunicación, y reduce la efectividad de los esfuerzos dirigidos a abordar la discriminación sistémica y el estigma. Las alianzas entre instituciones sanitarias, organizaciones comunitarias y personal capacitado no perteneciente a los servicios asistenciales, como los gestores de casos, pueden fortalecer la coordinación[14].

El estigma cultural plantea un desafío relacionado: en muchas sociedades, el suicidio continúa siendo un tema tabú o está criminalizado[3], lo que desalienta la búsqueda de ayuda, mientras que los sistemas sanitarios pueden presentar deficiencias en el respeto a la diversidad cultural. La incorporación de una perspectiva culturalmente sensible y de campañas dirigidas al conjunto de la población específicamente diseñadas para abordar el estigma puede favorecer las conductas de búsqueda de ayuda[3].

El riesgo de suicidio también difiere entre grupos etnoculturales: las personas migrantes y las minorías étnicas pueden presentar una mayor vulnerabilidad a la ideación y a los intentos de suicidio en comparación con las poblaciones no migrantes, modulada por el nivel socioeconómico, el acceso a la atención sanitaria, las dinámicas familiares y el tiempo de residencia[14,15]. Abordar el riesgo asociado a la migración requiere enfoques culturalmente sensibles que consideren el relativismo cultural y los sesgos implícitos, en particular, aunque no exclusivamente, en el nivel de intervención selectiva.

Fenómenos globales como la migración, la distribución de los recursos y las crisis ecológicas añaden una mayor complejidad[1]: los conflictos regionales tensionan la provisión de servicios de salud mental, mientras que el cambio climático plantea desafíos emergentes que los actuales modelos de prevención a menudo no logran abordar, lo que pone de manifiesto la necesidad de políticas adaptativas capaces de responder a los cambios ambientales. En el nivel indicado, los planes individuales de atención y los protocolos de atención primaria deberían incorporar acciones de prevención del suicidio dirigidas a grupos vulnerables, incluida la formación de agentes comunitarios *(gatekeepers)* entre los jóvenes. Sin embargo, abordar el suicidio principalmente desde el sistema sanitario refleja un enfoque biomédico y centrado en el individuo que, aunque resulta valioso para la prevención dirigida y la posvención, presenta limitaciones cuando se trata de diseñar estrategias que aborden también los determinantes culturales y socioeconómicos.

La presente síntesis ofrece una perspectiva integrada de las ENPS al articular la lógica de la prevención multinivel, los marcos de la ciencia de la implementación, la adaptación contextual y cultural, la gobernanza intersectorial, los resultados de implementación medibles y las consideraciones relativas a la sostenibilidad. Esto contribuye a operativizar eficazmente las recomendaciones normativas internacionales y traducirlas en orientaciones sensibles a la implementación y orientadas a la equidad.

Las dificultades de implementación persisten en distintos países no principalmente por falta de evidencia, sino porque los mandatos de gobernanza continúan fragmentados, los ciclos de financiación son demasiado breves para mantener un impacto poblacional, la adaptación cultural requiere procesos de coproducción comunitaria que los procesos centralizados de formulación de políticas rara vez permiten, y la capacidad de evaluación recibe una inversión limitada. La brecha es, por tanto, tanto estructural como técnica.

Abordar estas barreras requiere soluciones pragmáticas basadas en los principios de LIVE LIFE que orienten el diseño de políticas: mejorar la investigación, los sistemas de registro de casos, la identificación de actores clave y la asignación de recursos. Un enfoque integral debería actuar simultáneamente en los tres niveles: 1) intervenciones universales dirigidas a fortalecer la vigilancia, restringir el acceso a medios letales y aumentar la sensibilización mediante campañas inclusivas en los medios de comunicación[1]; 2) intervenciones selectivas que prioricen a adolescentes, poblaciones indígenas, personas LGBTQ+, refugiados, población penitenciaria y personas mayores; y 3) intervenciones indicadas que garanticen un seguimiento intensivo de las personas de alto riesgo, integrado en la atención primaria de salud para proporcionar respuestas oportunas y personalizadas[11] (tabla 2). Los trabajos recientes enfatizan la necesidad de humanizar la prevención del suicidio mediante la integración de los determinantes sociales en marcos integrales[14].

Este artículo presenta varias limitaciones. Como artículo de debate basado en una reflexión narrativa crítica, no constituye una revisión sistemática de la literatura, y los ejemplos internacionales presentados pretenden ser ilustrativos más que exhaustivos. Asimismo, la considerable heterogeneidad de los contextos nacionales —incluidas las diferencias en las estructuras de los sistemas de salud, los marcos culturales, las condiciones socioeconómicas y la capacidad de implementación— limita las comparaciones directas y la atribución de los cambios en las tasas de suicidio a componentes específicos de las políticas. Estas limitaciones ponen de manifiesto la necesidad de desarrollar investigaciones rigurosas sobre la implementación y los marcos de evaluación longitudinal que fortalezcan la evidencia que sustente las futuras ENPS.

En conclusión, el argumento principal de este artículo de debate es que los enfoques multinivel e intersectoriales de las ENPS resultan más prometedores que las estrategias basadas en componentes aislados, siempre que se traduzcan en acciones factibles, culturalmente adaptadas, dotadas de recursos suficientes y sostenibles. Aunque la evidencia convergente procedente de distintos países respalda esta perspectiva, ningún modelo es universalmente transferible, y atribuir cambios poblacionales en los resultados relacionados con el suicidio a intervenciones individuales continúa siendo inherentemente complejo. Una implementación exitosa parece depender de un conjunto de condiciones fundamentales, entre ellas un compromiso político y una gobernanza sostenidos, una financiación estable, una coordinación intersectorial, una adaptación culturalmente sensible y unos sistemas sólidos de monitorización y medición de resultados que trasciendan los resultados relacionados con el suicidio. Por tanto, la próxima generación de ENPS debería centrarse no solo en identificar intervenciones eficaces, sino también, y con igual énfasis, en desarrollar los sistemas, las estructuras de gobernanza, los recursos y la capacidad

Tabla 2
Barreras y recomendaciones

Barreras sistémicas	Dominio de implementación (CFIR)	Resultados de implementación medibles	Indicadores de seguimiento medibles	Soluciones propuestas	Ejemplos de planes nacionales de prevención del suicidio
Falta de recursos (financieros y humanos)	Contexto interno. Por ejemplo: características estructurales, preparación para la implementación	Adopción y factibilidad. Por ejemplo: grado en que la intervención puede utilizarse con éxito dentro del sistema sanitario dados los recursos disponibles y cuán práctica resulta su ejecución en un contexto específico	- Presupuesto anual de prevención del suicidio como porcentaje del presupuesto total de salud mental - Número de profesionales de salud mental capacitados por cada 100.000 habitantes - Porcentaje de centros de atención primaria con protocolos de prevención del suicidio	- Aumentar la financiación y la formación del personal. Líneas presupuestarias específicas para la prevención del suicidio - Planes de desarrollo de la fuerza laboral para profesionales de salud mental - Integración de la prevención del suicidio en los presupuestos existentes del sistema sanitario	Estrategia Nacional de Prevención del Suicidio de India, 2022: cambio de enfoque de la salud mental en un país de ingresos bajos. Referencia: Ministry of Health and Family Welfare, Government of India (2022). National Suicide Prevention Strategy 2022–2030. New Delhi: MoHFW
Estigma cultural y social	Contexto externo. Por ejemplo: políticas externas y contexto sociocultural	Aceptabilidad. Por ejemplo: percepción de la población objetivo de que la intervención es apropiada y compatible con sus valores culturales	- Encuestas poblacionales que midan actitudes de estigma hacia la salud mental y el suicidio (antes/después de la campaña) - Monitorización de medios: porcentaje de noticias y artículos que cumplen las directrices de comunicación segura - Tasas de búsqueda de ayuda en las comunidades objetivo de la campaña	- Campañas de sensibilización cultural - Iniciativas comunitarias contra el estigma - Directrices para los medios de comunicación sobre la cobertura responsable del suicidio - Participación de líderes comunitarios y religiosos	Campaña de la Región de África para promover el diálogo sobre el suicidio. Referencia: World Health Organization Regional Office for Africa (2023). SpeakUp4Life: Suicide prevention awareness campaign
Deficientes sistemas de vigilancia epidemiológica	CFIR: entorno externo. Por ejemplo: clima de implementación, infraestructura de datos	Penetración y sostenibilidad. Por ejemplo: grado en que los sistemas de vigilancia se integran de forma sistemática en la infraestructura de salud pública	- Completitud de la codificación de la causa de muerte por suicidio en las estadísticas nacionales de mortalidad (%) - Tiempo transcurrido entre la ocurrencia de la muerte y su registro en el sistema nacional (días) - Número de jurisdicciones con sistemas centinela activos de vigilancia en los servicios de urgencias	- Incorporar la certificación forense, los informes multiagencia y los protocolos de autopsia psicológica - Estandarizar el registro nacional de defunciones con codificación de la causa de muerte - Integrar las bases de datos de salud, policía y medicina forense - Implementar sistemas de vigilancia casi en tiempo real de los intentos de suicidio en los servicios de urgencias	Experiencia del Reino Unido con el sistema de vigilancia en tiempo real de presuntos suicidios liderado por la policía. Referencia: Marzano L, Norman H, Sohal B, Hawton K, Mann R. Police-led real-time surveillance system for suspected suicides in Great Britain. BMJ Ment Health. 2023;26:e300643.
Desigualdades estructurales en salud	Contexto externo. Por ejemplo: equidad en salud y necesidades de la población	Adecuación. Por ejemplo: grado en que la intervención alcanza satisfactoriamente a todos los subgrupos poblacionales, incluidos aquellos históricamente marginados	- Diferencias anuales en las tasas de suicidio entre poblaciones rurales/urbanas y mayoritarias/minoritarias - Porcentaje de programas de prevención con componentes culturalmente adaptados - Acceso a servicios de salud mental según región geográfica y origen étnico	- Promover la equidad en el acceso a los servicios - Intervenciones culturalmente adaptadas para poblaciones indígenas y minoritarias - Prestación remota y digital de servicios para llegar a zonas desatendidas - Abordaje de los determinantes sociales de la salud junto con la intervención clínica	Groenlandia: QAMANI, plan nacional de prevención del suicidio 2024-2028, orientado a garantizar el acceso a la atención. Referencia: Nordic Council of Ministers (2024). Suicide prevention in the Nordic countries: Resources and initiatives
Fragmentación entre sectores clave	Proceso de implementación. Por ejemplo: implicación, ejecución, reflexión y evaluación	Fidelidad y sostenibilidad. Por ejemplo: grado en que las estructuras de colaboración se mantienen a lo largo del tiempo y permiten implementar la intervención según lo previsto en todos los sectores	- Número de acuerdos intersectoriales activos o registros de prevención integral del suicidio - Porcentaje de objetivos del plan nacional con corresponsabilidad intersectorial - Reuniones anuales celebradas entre los ministerios de salud, educación y servicios sociales	- Fomentar la colaboración multisectorial. Estructuras formales de gobernanza intersectorial (salud, educación, justicia y servicios sociales) - Plataformas de datos compartidas y protocolos de comunicación entre organismos - Mecanismos conjuntos de rendición de cuentas con funciones y responsabilidades definidas	Primer Plan de Acción Nacional para la Prevención del Suicidio de Canadá (Plan de Acción). Referencia: Public Health Agency of Canada (2024). Canada's National Suicide Prevention Action Plan 2024–2027. Government of Canada

CFIR: Consolidated Framework for Implementation Research.
Los resultados de implementación siguen a Proctor et al.[9] (2011).

de implementación necesarios para adaptarlas, implementarlas, monitorizarlas y mantenerlas en diversos contextos.

Editor responsable del artículo

Alberto Lana.

Contribuciones de autoría

E. Suárez-Soto: conceptualización, investigación, redacción del borrador original y revisión y edición del manuscrito. A. Pedrola-Pons: investigación, revisión y edición del manuscrito. C. Blanco: revisión y edición del manuscrito. T. Niederkrotenthaler: supervisión, revisión y edición del manuscrito. A. de la Torre-Luque: conceptualización, supervisión, revisión y edición del manuscrito. Todos los autores han leído y aprobado la versión final del manuscrito.

Financiación

Este estudio fue financiado por las ayudas de investigación del Instituto de Salud Carlos III-FIS (PI20/00229 y PI23/00085), cofinanciadas por el Fondo Europeo de Desarrollo Regional (FEDER) "Una manera de hacer Europa".

Conflictos de intereses

Ninguno.

Bibliografía

1. World Health Organization. Suicide worldwide in 2019: global health estimates. Geneva: WHO; 2021 (Consultado el 28-5-2026.) Disponible en: https://www.who.int/publications/i/item/9789240026643.
2. World Health Organization. National suicide prevention strategies: progress, examples and indicators. Geneva: WHO; 2018 (Consultado el 28-5-2026.) Disponible en: https://www.who.int/publications/i/item/national-suicide-prevention-strategies-progress-examples-and-indicators.
3. Sinyor M, Chan PPM, Niederkrotenthaler T, et al. The development, progress, and impact of national suicide prevention strategies worldwide. Crisis. 2024;45:301–7, https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000948.
4. Pirkis J, Gunnell D, Hawton K, et al. A public health, whole-of-government approach to national suicide prevention strategies. Crisis. 2023;44:85–92, https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000902.
5. Lewitzka U, Sauer C, Bauer M, et al. Are national suicide prevention programs effective? A comparison of 4 verum and 4 control countries over 30 years. BMC Psychiatry. 2019;19:1–10, https://doi.org/10.1186/s12888-019-2147-y.
6. Kasal A, Táborská R, Juríková L, et al. Facilitators and barriers to implementation of suicide prevention interventions: scoping review. Cambridge Prisms Glob Ment Health. 2023;10:e15, https://doi.org/10.1017/gmh.2023.9.
7. Damschroder LJ, Aron DC, Keith RE, et al. Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science. Implement Sci. 2009;4:50, https://doi.org/10.1186/1748-5908-4-50.
8. Aarons GA, Hurlburt M, Horwitz SM. Advancing a conceptual model of evidence-based practice implementation in public service sectors: the EPIS framework. Adm Policy Ment Health. 2011;38:4–23, https://doi.org/10.1007/s10488-010-0327-7.
9. Proctor EK, Silmere H, Raghavan R, et al. Outcomes for implementation research: conceptual distinctions, measurement challenges, and research agenda. Adm Policy Ment Health. 2011;38:65–76, https://doi.org/10.1007/s10488-010-0319-7.
10. Hawton K, Sinyor M. Suicide prevention: what works, what might work, and what does not work. World Psychiatry. 2025;24:134–5, https://doi.org/10.1002/wps.21284.
11. Zalsman G, Hawton K, Wasserman D, et al. Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. Lancet Psychiatry. 2016;3:646–59, https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30030-X.
12. World Health Organization. LIVE LIFE: an implementation guide for suicide prevention in countries. Geneva: WHO; 2021 (Consultado el 28-5-2026.) Disponible en: https://www.who.int/publications/i/item/9789240026629.
13. Ministerio de Sanidad. Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2022-2026. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2022 (Consultado el 28-5-2026.) Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/saludMental/home.htm.
14. Ministerio de Sanidad. Plan de acción para la prevención del suicidio 2025-2027. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2025 (Consultado el 28-5-2026.) Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/saludMental/docs/Plan_de_accion_para_la_prevencion_del_suicidio_2025_2027.pdf.
15. Na PJ, Shin J, Kwak HR, et al. Social determinants of health and suicide-related outcomes: a review of meta-analyses. JAMA Psychiatry. 2025;82:337–46, https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2024.4241.