

CARTAS CIENTÍFICAS

Heterogeneidad de los protocolos autonómicos de actuación ante intentos de suicidio en los servicios de urgencias en España: necesidad de un marco unificado*Heterogeneity of regional protocols for the management of suicide attempts in emergency departments in Spain: The need for a unified framework*Sonia Muñoz Carrasco¹, Ángel Vicario-Merino²

El suicidio es un grave problema de salud pública y una causa prevenible de mortalidad. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), cada año se suicidan cerca de 700.000 personas en el mundo¹, con una proporción estimada de entre 10 y 20 intentos no letales por cada suicidio consumado². En Europa, la tasa media se sitúa en torno a 13,9 muertes por 100.000 habitantes³. En España, el Instituto Nacional de Estadística (INE) registró en 2022 un total de 4.227 muertes por suicidio, la cifra más alta desde que existen registros y una de las principales causas de muerte externa⁴. Destaca la sobrerrepresentación masculina (3.126 hombres frente a 1.101 mujeres), atribuida a la mayor letalidad de los métodos empleados por hombres⁵. La conducta suicida es un fenómeno complejo, multifactorial y determinado por factores biológicos, psicológicos, sociales y económicos⁶.

Los servicios de urgencias hospitalarias y extrahospitalarias representan el primer contacto sanitario ante la mayoría de los intentos de suicidio, y constituyen un punto crítico para la detección precoz, la estabilización y la derivación a salud mental⁷. La OMS, a través de la iniciativa LIVE LIFE, recomienda fortalecer la atención de urgencias, restringir el acceso a medios letales, formar a profesionales y establecer protocolos claros y homogéneos⁸. Sin embargo, la descentralización sanitaria en España ha originado una notable heterogeneidad entre comunidades autónomas en cuanto a la existencia, estructura y alcance de sus protocolos de actuación ante conductas suicidas⁹. El objetivo de este estudio fue analizar la existencia, similitudes y diferencias de los protocolos autonómicos de actuación ante intentos de suicidio en los servicios de urgencias hospitalarias y extrahospitalarias e identificar carencias y posibles líneas de mejora hacia un marco unificado.

alcanze nacional siguiendo las directrices PRISMA 2020¹⁰, con el objetivo de identificar y comparar los protocolos autonómicos de actuación ante intentos de suicidio en urgencias hospitalarias y extrahospitalarias en España. La búsqueda se efectuó en bases de datos (PubMed, CINAHL, SciELO, Dialnet), portales oficiales de los servicios de salud autonómicos y del Ministerio de Sanidad, así como mediante consulta directa por correo electrónico a las consejerías de sanidad de las 17 comunidades autónomas y las 2 ciudades autónomas. Se incluyeron documentos oficiales publicados entre 2010 y 2025 (protocolos, guías, códigos o planes estratégicos) y se excluyeron materiales no oficiales, duplicados o desactualizados.

La búsqueda inicial identificó 112 documentos; se eliminaron 22 duplicados, quedando un total de 90 registros. De ellos, solo 45 artículos te-

nían el texto completo disponible. Tras la lectura de títulos y resúmenes, se excluyeron 15 documentos por no estar específicamente dirigidos al personal sanitario, ya que abordaban la prevención en el ámbito educativo, guías para personas con ideación suicida, familiares o supervivientes, así como recomendaciones para los medios de comunicación. Finalmente, se incluyeron 30 documentos para el análisis. La información se sintetizó mediante una matriz comparativa, evaluando tipo de documento, ámbito de aplicación, herramientas de cribado y circuitos asistenciales. El proceso completo se representa en el diagrama PRISMA de la Figura 1.

Los resultados evidenciaron un marcado gradiente territorial.

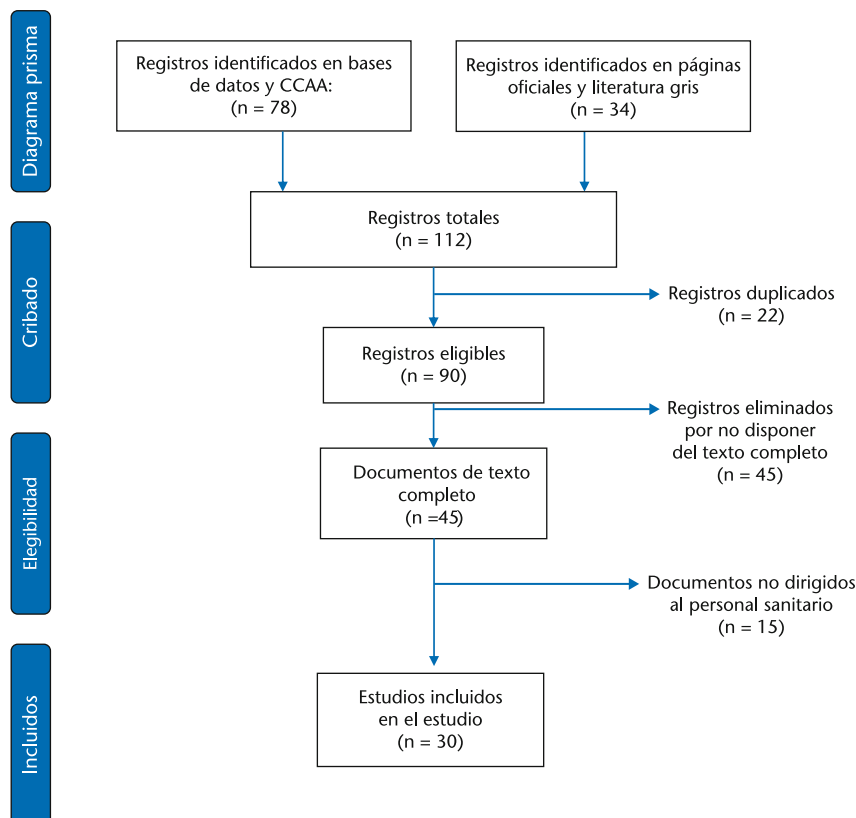


Figura 1. Diagrama PRISMA del estudio.
Fuente: elaboración propia.

Se realizó una revisión sistemática de

Tabla 1. Comparativa de protocolos existentes en España

Comunidad Autónoma	Protocolo en urgencias	Escalas de valoración recomendadas	Continuidad asistencial al alta	Recursos extrahospitalarios
Andalucía	Plan de Prevención del Suicidio, limitado en urgencias	Dependiente de cada hospital	Limitada	Desiguales entre provincias
Aragón	No	No	No	Guía de detección, prevención e intervención en casos de ideación suicida en el ámbito del ocio y tiempo libre
Cantabria	Programa CARS destinado al Área I	No especificadas	No	No
Castilla y León	No	No	No	Estrategia de prevención de la conducta suicida en Castilla y León
Castilla-La Mancha	No	No especificadas	No	No
Cataluña	Sí (Código Riesgo Suicidio)	C-SSRS SAD PERSONS	Sí (seguimiento intensivo 3 meses)	Equipos móviles especializados
Ceuta	Sí (Atención primaria)	No especificadas	No	No
Comunidad de Madrid	Plan de Prevención del Suicidio, sin circuito homogéneo y Código 100	Dependiente de cada hospital	Limitada	Desiguales entre hospitales
Comunitat Valenciana	Plan de Salud Mental, Código Suicidio no específico	No estandarizadas	Parcial	Limitados
Extremadura	Sí (Código Suicidio)	No especificadas	No	No
Galicia	Plan de salud mental 2025-27	No especificadas	Sí	No
Illes Balears	Plan de salud mental 2016-2022	No estandarizadas	Sí	No
Canarias	Plan de salud mental 2019-2023	No estandarizadas	Sí	No
La Rioja	Sí (Plan de Intervenciones Intensivas)	No especificadas	No	No
Melilla	No	No	No	No
Comunidad Foral de Navarra	Sí (Código Suicidio)	IS PATH WARM	Sí (coordinación extrahospitalaria)	Equipos móviles y coordinación primaria
País Vasco	Sí (Código de Intento de Suicidio Reciente)	C-SSRS	Sí (derivación inmediata y seguimiento protocolizado)	Equipos móviles especializados
Principado de Asturias	Plan de salud mental 2023-2030	EuroQoL	Sí (coordinación extrahospitalaria)	Centros especializados
Región de Murcia	Manual de emergencias psicológicas (2007) Protocolo coordinación de actuaciones para los traslados e ingresos de personas que padecen enfermedad mental (2014)	No	Sí (coordinación extrahospitalaria)	No

Cataluña cuenta con el Código Riesgo Suicidio (CRS) desde 2015, que establece la detección precoz, derivación prioritaria y seguimiento intensivo en los 3 meses posteriores al intento¹¹. El País Vasco dispone del Código de Intento de Suicidio Reciente (CISR), con derivación inmediata a salud mental y seguimiento protocolizado, pero no es público¹². Navarra y Extremadura también han desarrollado códigos o planes específicos que incluyen actuación en urgencias, mientras que en comunidades como Madrid, Galicia o la Comunidad Valenciana los planes generales de prevención carecen de circuitos homogéneos¹³. En otras comunidades, la atención se basa en normativas internas o criterios locales sin protocolos oficiales actualizados⁹ como podemos ver en la Tabla 1.

Pese a las diferencias, todos los documentos coinciden en la conside-

ración del suicidio como una emergencia sanitaria y en la necesidad de coordinación con salud mental. La mayoría reconoce el papel esencial de la enfermería de urgencias en la detección precoz, la valoración del riesgo y el acompañamiento terapéutico^{7,9}. No obstante, las diferencias se concentran en cinco ámbitos principales. El primero hace referencia a los circuitos asistenciales: las comunidades con códigos específicos establecen algoritmos claros y tiempos definidos de derivación, mientras que en otras la actuación depende del criterio clínico individual. El segundo ámbito hace referencia al cribado del riesgo: algunas autonomías emplean escalas validadas (C-SSRS, SAD PERSONS), pero otras omiten herramientas estandarizadas, lo cual dificulta la comparabilidad de los datos¹⁴. El tercero hace hincapié en los recursos extrahospitalarios, ya que

donde existen equipos móviles de atención a la crisis, la respuesta es más rápida y coordinada. El cuarto hace referencia a la continuidad asistencial, ya que solo algunas regiones contemplan el seguimiento proactivo al alta de urgencias, pese a que el periodo inicial tras el intento de suicidio es el de mayor riesgo de repetición¹³. Finalmente, existen diferencias en la definición de los tiempos de actuación ya que, en los protocolos más desarrollados, la derivación a salud mental se produce en menos de 72 horas, mientras que en otros no se especifican los plazos.

La comparación con estrategias internacionales muestra que los sistemas descentralizados, como el español, enfrentan dificultades similares para homogeneizar la atención⁹. En países con marcos nacionales integrados—como Reino Unido o Australia—la existencia de protocolos

unificados se asocia con mayor coordinación interinstitucional y reducción de reintentos⁸. La evidencia apoya también el uso combinado de escalas estandarizadas y el juicio clínico para mejorar la detección del riesgo¹⁴, así como la formación específica del personal de urgencias, especialmente de enfermería, por su posición clave en el triaje⁷.

Estos hallazgos apuntan a la necesidad de desarrollar un protocolo estatal de referencia que establezca criterios comunes de cribado, actuación, tiempos y continuidad asistencial. Tal marco, alineado con las recomendaciones internacionales, favorecería la equidad territorial y permitiría la evaluación comparativa de resultados. Debería incluir la implantación sistemática de herramientas de cribado validadas y mecanismos de seguimiento intensivo postalta, fortalecimiento del papel de la enfermería y el desarrollo de equipos extrahospitalarios homogéneos.

En conclusión, la atención a los intentos de suicidio en los servicios de urgencias en España presenta una notable heterogeneidad autonómica que afecta a la equidad y calidad asistencial. La implantación de un protocolo estatal unificado, basado en la evidencia y consensuado con

los profesionales, es una medida necesaria para garantizar una respuesta rápida, eficaz y homogénea ante uno de los principales retos sanitarios y sociales actuales.

Bibliografía

- 1 Instituto Nacional de Estadística (INE). Defunciones según la causa de muerte, 2022. [Internet] Madrid: INE; 2023. (Consultado 29 Marzo 2025). Disponible en: <https://www.ine.es/dyngs/Prensa/pEDCM2023.htm>
- 2 World Health Organization. Suicide worldwide in 2019: global health estimates. Geneva: WHO; 2021. (Consultado 15 Marzo 2025). Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240026643>
- 3 European Health Information Gateway. Suicide mortality rate in Europe. WHO Europe; 2022. (Consultado 10 Marzo 2025). Disponible en: https://gateway.euro.who.int/en/indicators/epw_14-suicide-mortality-rate-males/#id=36855
- 4 Instituto Nacional de Estadística (INE). Suicidios en España, 2022. [Internet] Madrid: INE; 2023. (Consultado 29 Marzo 2025). Disponible en: <https://www.ine.es/dynt3/inebase/es/index.htm?padre=10365&capsel=10376>
- 5 Gallego, Francisco Javier Peralta. "Epidemiología del suicidio." XIX Congreso Virtual Internacional de Psiquiatría www.interpsiquis.com; abril. 2018. [Internet] 2021;14:224-32. (Consultado 30 Marzo 2025). Disponible en: <https://psiquiatria.com/congresos/pdf/1-1-2018-1-pon5%-5B1%5D.pdf>
- 6 Turecki G, Brent DA. Suicide and suicidal behaviour. *Lancet*. 2016;387:1227-39.
- 7 Sagué-Vilavella M, Stoppa Monserrat A. Suicidal behaviour and urgent and emergency care. *Emergencias*. 2024;36:405-7.
- 8 World Health Organization. LIVE LIFE: An implementation guide for suicide prevention. [Internet] Geneva: WHO; 2021. (Consultado 22 Marzo 2025). Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240026629>
- 9 Ministerio de Sanidad. Estrategia de Salud Mental del SNS 2025-2027. [Internet] Madrid: MSCBS; 2022. (Consultado 28 Noviembre 2025). Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/saludMental/docs/Plan_accion_para_la_prevencion_del_suicidio_2025_2027.pdf
- 10 Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*. 2021;372:n71.
- 11 Generalitat de Catalunya. Código Riesgo Suicidio (CRS). [Internet] Barcelona: CatSalut; 2023. (Consultado 22 Marzo 2025). Disponible en: <https://www.codirisc.org/intervencion-crs>
- 12 Códigos, protocolos o procesos sanitarios autonómicos ante la conducta suicida de España [Internet]. Prevención del suicidio. (Consultado 28 Noviembre 2025). Disponible en: <https://www.fsme.es/codigos-sanitarios/>
- 13 Gobierno de Navarra. Plan Foral de Prevención del Suicidio. [Internet] Pamplona: Departamento de Salud; 2023. (Consultado 26 Marzo 2025). Disponible en: https://www.navarra.es/NR/rdonlyres/1C0C8294-D0FD-405F-B7CC-85CAFFBDC9BB/291404/00P_rotocoloPrevencionSuicidio3.pdf
- 14 Posner K, Brown GK, Stanley B, Brent DA, Yershova KV, Oquendo MA, et al. The Columbia-Suicide Severity Rating Scale: initial validity and internal consistency findings from three multisite studies with adolescents and adults. *Am J Psychiatry*. 2011;168:1266-77.

Filiación de los autores: ¹Hospital Universitario Doctor Peset, Valencia, España. ²Universidad Internacional de La Rioja, Logroño, La Rioja, España. Facultad de Ciencias de la Salud, Área Biosanitaria, La Rioja, España.

Correo electrónico: angel.vicario@unir.net

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener conflictos de intereses en relación con el presente artículo.

Contribución de los autores, financiación y responsabilidades éticas: Todos los autores han confirmado su autoría, la no existencia de financiación externa y el mantenimiento de la confidencialidad y respeto de los derechos de los pacientes en el documento de responsabilidades del autor, acuerdo de publicación y cesión de derechos a EMERGENCIAS.

Artículo no encargado por el Comité Editorial y con revisión externa.

Editor responsable: Ana García Martínez.

Correspondencia: Ángel Vicario-Merino. Universidad Internacional de La Rioja. Avenida de la Paz, 137. 26006 Logroño, La Rioja, España.

DOI: 10.55633/s3me/047.2026