

# VII. EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

## VII. Evaluación y Seguimiento

### 1. Bases para la evaluación

El presente Programa cuenta con los elementos necesarios para su evaluación: indicadores, y una comisión de seguimiento y evaluación.

Los **indicadores** constituyen los elementos clave para la evaluación del Programa, e incluyen indicadores de proceso, de estructura y de resultado. La obtención de los datos necesarios para su cálculo requerirá el uso de diferentes sistemas de información y diversas fuentes. El cálculo de sus indicadores permitirá obtener una visión de consecución de los objetivos, tanto del Programa en su conjunto, como de cada una de las áreas que abarca, representadas a través de los objetivos específicos que lo componen. Para una mayor claridad, los indicadores se muestran contextualizados en las actividades correspondientes a cada uno de los objetivos.

La **Comisión de seguimiento y evaluación** estará constituida por profesionales de la Coordinación del Programa, tanto del Servicio de Salud Mental de la Dirección General de Programas Asistenciales, como del Servicio de Promoción de la Salud de la Dirección General de Salud Pública.

### 2. Seguimiento y evaluación global

Para la adecuada evaluación de este Programa, se estiman necesarias una evaluación de seguimiento, una evaluación global, y la elaboración de informes de evaluación.

- La **evaluación de seguimiento** se realizará a los tres años del inicio de este, lo que se corresponde con la mitad del periodo temporal recomendado en este programa para el desarrollo de las acciones. En esta se evaluarán los indicadores encuadrados en cada acción.
- La **evaluación global** se realizará en dos momentos, dependiendo de la naturaleza de los indicadores evaluados.
  1. Los indicadores de proceso y estructura, encuadrados en las acciones, se evaluarán a los seis años del inicio del Programa.
  2. Los indicadores de resultado se evaluarán transcurridos otros seis años, mediante la metodología que se describe más adelante. Dependiendo de la demora en los datos relativos al suicidio, esta evaluación podrá retrasarse entre uno y dos años, hasta que esté disponible la tasa de suicidio correspondiente al sexto año.
- Los **informes de evaluación** serán elaborados por la Comisión de seguimiento y evaluación. Se realizará un informe por cada evaluación: i) evaluación de seguimiento, ii) evaluación global sobre indicadores de proceso y estructura, iii) evaluación global sobre indicadores de resultado. Estos informes se remitirán a la Dirección General de Programas Asistenciales, Dirección General de Salud Pública y Jefaturas de Servicio de Salud Mental hospitalarias, sin perjuicio de que se pueda ampliar la remisión a otras instancias, si se estima conveniente. En cualquier caso, estos informes tendrán un carácter transparente.

### 3. Indicadores

#### 3.1. Tipos de indicadores

El presente programa incluye indicadores de proceso, estructura y resultado. Los indicadores de proceso son los más numerosos, al estar asociados a la mayoría de las acciones de este Programa. Los diferentes indicadores están incluidos en cada una de las acciones.

Cabe aclarar que algunas acciones, una vez desarrolladas, implican el establecimiento de indicadores propios para la evaluación detallada de la acción (p. ej.: Programa de prevención de la conducta suicida en las instituciones educativas). Estos indicadores no se incluyen en la evaluación de este Programa, sino en la evaluación específica de tal acción, tras su desarrollo.

Por su parte, diversos indicadores pueden considerarse indicadores de resultados intermedios, al evaluar acciones que tienen una relación directa con la prevención del suicidio, y pueden ser más útiles para evaluar la efectividad de un programa a corto plazo (WHO, 2018). Ejemplos de resultados intermedios incluyen la restricción del acceso a medios letales, la mejora en la calidad de las noticias relacionadas con el suicidio, la mejora en la actitud y en la práctica clínica de los profesionales sanitarios, el incremento en el número de personas que acceden a los servicios sanitarios y de apoyo, y una mejora en el conocimiento sobre el suicidio y en la conciencia sobre el problema (WHO, 2018).

### 3.2. Indicadores de resultado

Se consideran indicadores de resultado todos aquellos incluidos en el concepto de la conducta suicida; esto es, el suicidio, los intentos de suicidio, las autolesiones y gestos suicidas, y la ideación suicida. La relevancia de estos indicadores de resultado tiene una gradación decreciente en la relación descrita.

Los datos concernientes al suicidio se obtienen a partir del Instituto Nacional de Estadística (INE), si bien tienen una demora de entre año y medio y dos años.

Los datos relativos a los intentos de suicidio, autolesiones y gestos suicidas se obtienen a partir del registro en RECAP – HCE. Sin embargo, en la actualidad su fiabilidad no permite su utilización, y en este Programa se ha establecido la necesidad de desarrollar acciones dirigidas a la mejora de su cumplimentación.

Por último, los datos relativos a la ideación suicida provienen de las sucesivas Encuestas de Salud de Canarias, realizadas cada cinco años. Dado que las acciones preventivas no pueden cambiar el posible antecedente de ideación suicida a lo largo de la vida, el indicador debería ser la ideación suicida en el último año.

## 4. Evaluación de resultados

### 4.1. Bases

El objetivo general básico de este Programa es la reducción en las tasas de suicidio en Canarias. Sin embargo, se ha señalado que el objetivo de la reducción de las tasas de suicidio es un objetivo a largo plazo (OMS, 2014). Por ello resulta recomendable complementar la evaluación de los resultados con una evaluación más a corto plazo, a través la consecución de resultados intermedios, y a través de indicadores de proceso y estructura (OMS, 2014; WHO, 2018). Además, la OMS no recomienda que la tasa de suicidio sea el único indicador primario para medir la efectividad de un programa de prevención del suicidio. Se podría considerar como un objetivo final en el caso de que muchos de los factores de riesgo se hayan reducido, o que los factores protectores se hayan potenciado. Dado que el suicidio es un hecho infrecuente desde el punto de vista estadístico, se necesitan otras medidas para evaluar la efectividad de los programas de prevención, especialmente en comunidades con poblaciones relativamente pequeñas (WHO, 2010; Stone et al., 2017; WHO, 2018).

### 4.2. Periodos temporales de referencia y aspectos metodológicos

Partiendo de la consideración de la reducción de la conducta suicida como objetivo a largo plazo (OMS, 2014), para la evaluación de la efectividad de este programa en lo relativo a los indicadores de resultado,

## VII. Evaluación y Seguimiento

se recomienda el establecimiento de tres periodos temporales de referencia:

- Periodo I: seis años anteriores al inicio del Programa.
- Periodo II: seis años correspondientes al desarrollo de las acciones del Programa
- Periodo III: seis años posteriores al final del periodo II.

La fórmula recomendada sería la comparativa de la tasa media en Canarias de cada tipo de conducta suicida en los diferentes periodos. En el caso del suicidio, esta tasa puede obtenerse con facilidad, si bien con demora. En lo concerniente a los intentos de suicidio, autolesiones y gestos suicidas, no podrá tomarse como referencia el periodo I, ya que actualmente los datos carecen de la fiabilidad necesaria. En este caso se recomienda la evaluación de la serie temporal anual a partir de que se considere que existe fiabilidad de tales datos, con carácter estable durante un tiempo razonable. Por último, los datos de ideación suicida en la población no se dispondrán de forma anual, sino cada cinco años. Estos datos podrán asignarse a cada uno de los tres periodos reseñados.

### 4.3. Interpretación de los resultados

El desarrollo del presente Programa de prevención se sitúa en un contexto histórico particular, por cuanto coincide con la pandemia por SARS-CoV-2 y sus repercusiones negativas en todos los ámbitos de la sociedad. Si bien aún no es posible determinar ni el efecto sobre la conducta suicida ni su magnitud, existen hallazgos científicos relacionados con pandemias previas. Las consecuencias en la salud mental, incluyendo la conducta suicida, probablemente estén presentes durante un periodo prolongado tras la pandemia (Sher, 2020). Durante los desastres naturales, las guerras o las epidemias, las tasas de suicidio pueden decrecer transitoriamente. Sin embargo, una vez que la crisis inmediata ha pasado, las tasas de suicidio aumentan (Wasserman et al., 2020).

Por lo tanto, en la interpretación de los resultados debe ponderarse el impacto negativo de la pandemia por SARS-CoV-2 en la población de Canarias. Si bien la evaluación de la existencia o no de tal impacto y su magnitud resultan difíciles de estimar, determinados datos pueden orientar sobre este:

1. Los hallazgos científicos relativos al impacto de la pandemia en la salud mental en general, y en la conducta suicida en particular.
2. La tendencia en el número de suicidios para el conjunto de España, desde un periodo de años prepandemia hasta el periodo postpandemia.
3. El impacto negativo socioeconómico en Canarias, a través de diversos indicadores objetivos (expuestos en la sección del Análisis epidemiológico y posibles factores causales), mediante la comparación de los periodos de años pre- y postpandemia.
4. El probable impacto negativo en la incidencia y prevalencia asistida de trastornos mentales (Atención Primaria y Salud Mental), mediante la comparación de los periodos de años pre- y postpandemia.

Por último, en la interpretación de los resultados también debe ponderarse otro aspecto fundamental: la continuidad en las acciones desarrolladas. La prevención del suicidio no puede considerarse como un proceso estático, sino como un proceso continuo y que evoluciona a lo largo del tiempo (Yip, 2011). Por lo tanto, la continuidad en las acciones incluidas en este Programa es fundamental, sin perjuicio de las modificaciones, adiciones o supresiones que se consideren adecuadas en un futuro, con base al conocimiento científico y el consenso de expertos.

### Bibliografía

- OMS. Organización Mundial de la Salud (2014). Prevención del suicidio. Un imperativo global. Disponible en: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/136083/1/9789275318508\\_spa.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/136083/1/9789275318508_spa.pdf?ua=1)
- Sher, L. (2020). The impact of the COVID-19 pandemic on suicide rates. *QJM: An International Journal of Medicine*, 113(10).
- Stone, D. M., Holland, K. M., Bartholow, B. N., Crosby, A. E., Davis, S. P., and Wilkins, N. (2017). *Preventing suicide: A technical package of policies, programs, and practice*.
- Wasserman, D., Losue, M., Wuestefeld, A. and Carli, V. (2020). Adaptation of evidence-based suicide prevention strategies during and after the COVID-19 pandemic. *World Psychiatry*, 19(3), pp.294–306.
- WHO. World Health Organization (2010). *Towards Evidence-based Suicide Prevention Programmes*.
- WHO. World Health Organization (2018). *National suicide prevention strategies: progress, examples and indicators*. Geneva. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- WHO. World Health Organization. (2018). *Preventing suicide: a community engagement toolkit*.
- Yip, P.S.F. (2011). Towards Evidence-Based Suicide Prevention Programs. *Crisis*, 32(3), pp.117–120.