



UNIVERSIDAD DE VALPARAÍSO
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y ADMINISTRATIVAS
ESCUELA DE ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Análisis del Programa Nacional de Prevención del Suicidio en Chile durante el periodo 2013 – 2018, frente a lo establecido en el Marco de Salud Pública para la Prevención del Suicidio impulsado por la Organización Mundial de la Salud.

TESIS PARA OPTAR
AL TÍTULO DE ADMINISTRADOR PÚBLICO
Y AL GRADO DE LICENCIADO EN ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

MILKA NOVA ZUÑIGA

Profesor Guía

María Angélica Piñones Santana

Valparaíso, enero 2019

AGRADECIMIENTOS

A mis padres Yerka y Marco, quienes me han guiado durante este camino, entregando los valores y principios que poseo hoy en día. Ustedes son quienes me han enseñado lo valioso que es el sentido de la familia, de la perseverancia que se debe poner en las cosas y responsabilidad por el trabajo que uno realiza.

A mi hermano Miguel Ángel, gracias por tu especial apoyo.

A mis abuelos Ana, Emilio, Luisa y Miguel Ángel, sin duda estoy infinitamente agradecida de ustedes, son el cimiento de todo y todos.

A mis tíos, tías y primos, gracias por apoyarme en todo ámbito de cosas, son unas personas increíbles, respetables y por sobretodo cariñosas.

A mi compañero Emilio, gracias por todo el apoyo entregado, sin duda todo es más fácil con tu ayuda, paciencia y amor.

A mis amigas Francisca, Solanch, Javiera, Valentina y Natalia, muchas gracias por su amistad, son años y años donde se ha ido forjando un lazo importante con cada una de ustedes, y en donde en la mayoría de los casos, la distancia no es impedimento para cultivar la amistad que tenemos.

A mi querida profesora María Angélica Piñones, gracias por su apoyo y dedicación en todo este proceso universitario y en especial por ser mi guía en este trabajo.

A mi querido Tomi, eres maravilloso y especial, gracias por estar presente.

ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS.....	2
RESUMEN.....	5
ABSTRACT	5
INTRODUCCIÓN.....	6
CAPÍTULO I: Suicidio como problema de salud mental.....	8
1.1. Concepto de suicidio.....	8
1.2. Antecedentes globales del suicidio en el mundo.....	9
1.3. Contexto y prevalencia del suicidio en Chile.....	13
CAPITULO II. Marco de Salud Pública para la Prevención del Suicidio – Organización Mundial de la Salud.....	19
2.1. Desarrollo de una Estrategia de Prevención del Suicidio: un enfoque gradual.....	19
2.2.1 Identificación de las partes interesadas.....	19
2.2.2 La realización de un análisis de la situación	20
2.2.3 La evaluación de la necesidad y disponibilidad de recursos.....	21
2.2.4 El logro de un compromiso político.....	21
2.2.5 Abordar el estigma	22
2.2.6 El aumento de la conciencia.....	22
2.2. Componentes clave de una estrategia de prevención de suicidio nacional.....	23
2.2.1 Establecer objetivos claros	23
2.2.2 Identificar grupo de riesgo, factores de riesgo y factores protectores	23
2.2.3 Intervenciones efectivas	24
2.2.4 Mejorar el registro de casos y realización de investigaciones	25
2.2.5 Evaluación y monitoreo	26
CAPÍTULO III: Programa Nacional de Prevención del Suicidio en Chile	27
3.1 Componentes del Programa Nacional de Prevención del Suicidio	27
3.1.1 Primer componente: Instalación de un sistema de estudios de caso	28
3.1.2 Segundo componente: Implementación de un Plan Regional Intersectorial de Prevención del Suicidio	32
3.1.3 Tercer componente: Fortalecimiento de las competencias de los profesionales de la salud	34

3.1.4	Cuarto componente: Incorporación de programas preventivos en los establecimientos educacionales	35
3.1.5	Quinto componente: Desarrollo de un sistema de ayuda en situaciones de crisis .	37
3.1.6	Sexto componente: Apoyo técnico para una correcta cobertura mediática y refuerzo del papel de los medios de comunicación en la prevención del suicidio	38
CAPÍTULO IV: Marco Metodológico.....		40
4.1.	Problema de Investigación.....	40
4.2.	Justificación del Problema	40
4.3.	Objetivos	41
4.4.	Definición del enfoque metodológico de investigación.....	41
4.5.	Diseño de investigación.....	42
4.6.	Análisis e interpretación de información	42
4.7.	Categorías de análisis	43
4.8.	Resultados esperados	45
CAPÍTULO V: Análisis de los componentes del Programa Nacional de Prevención del Suicidio en Chile, respecto a lo establecido por la Organización Mundial de la Salud		47
5.1.	Registro y estudio de la prevalencia del suicidio e intentos de suicidios.....	47
5.2.	Intervenciones para el abordaje de la problemática	49
5.2.1	Intervención universal.....	49
5.2.2	Intervención Selectiva.....	50
5.2.3	Intervención indicada.....	52
5.3	Cobertura y presupuesto asociado al Programa Nacional de Prevención de Suicidio en Chile periodo 2016 -2017.....	53
CAPÍTULO VI: Desafíos y conclusiones.....		57
BIBLIOGRAFÍA.....		61

RESUMEN

Actualmente, el suicidio se ha transformado problema de salud pública a nivel mundial del cual la sociedad y principalmente los Estados deben hacerse cargo. Asimismo, las causas que se derivan de esta problemática son atribuibles a múltiples factores, pero en especial predominan las causas relacionadas a trastornos anímicos. Aun así, sí existe certeza que el suicidio es totalmente prevenible si se realiza un trabajo profesional y comunitario pertinente.

Considerando el contexto mencionado, la presente investigación consta de analizar el Programa Nacional de Prevención del Suicidio en Chile frente a lo establecido en el Marco de Salud Pública para la Prevención del Suicidio impulsado por la Organización Mundial de la Salud.

Dado lo anterior, se llega al resultado de que el Programa Nacional de Prevención del Suicidio, si bien cuenta con diversos lineamientos establecidos por la Organización Mundial de la Salud, aún requiere profundizar y abordar componentes no contemplados que resultan importantes en materia de prevención del suicidio.

Palabras claves: Suicidio; Prevención, Salud Pública; Estado; Programa.

ABSTRACT

Currently, suicide has become a public health problem worldwide, from which society and mainly States must take charge. Likewise, the trigger causes that derive from this problem are to multiple factors, but in particular causes to mood disorders predominate. Even, there certainty that suicide is preventable a professional and community work is carried out.

Considering the aforementioned context, the present investigation has objective analyzing the National Program for the Prevention of Suicide in Chile framework for the Prevention of Suicide promoted by the World Health Organization.

Given the above, the result is that the National Program for the Prevention of Suicide, although it has various guidelines established the World Health Organization, requires deepening and addressing components not considered important in terms of suicide prevention.

Keywords: Social policy; Poverty; Overcoming poverty; State of Chile; Public social expenditure

INTRODUCCIÓN

Cada año casi un millón de personas se suicida en el mundo, lo que en cifras diarias, se traduce que 3.000 personas se suicidan al día, o en otras palabras una muerte cada 40 segundos. A ello se le agrega como agravante que, dentro de los últimos 45 años, las tasas de suicidio han aumentado en un 60% a nivel mundial. Por otro lado, la OCDE da cuenta que Chile, es el segundo país miembro que más ha visto modificada su tasa de suicidio -en primer lugar se encuentra Corea-, ya que ha sufrido un aumento de casi un 90%, durante el periodo 1990 – 2011. Actualmente, el suicidio constituye la segunda causa de muerte no natural en Chile.

Otras cifras importantes, son las que otorga la Encuesta Nacional de Salud 2016-2017, la cual da cuenta que el 2,2% de la población nacional ha pensado seriamente en quitarse la vida en los últimos 12 meses y que el 3,0% de las personas entre 45 y 54 años hizo un plan para suicidarse en el último año. En cuanto el 2,5% de este grupo etario intentó suicidarse en el mismo período.

Dado el contexto anterior, el suicidio hoy en día, constituye un problema de salud público a nivel internacional, que es transversal a cualquier grupo etario, social y económico, donde es necesario reflexionar como sociedad, como futuros administradores públicos y en especial como personas, sobre qué base se está para enfrentar esta problemática. En este ámbito, se debe partir con la premisa de que los factores desencadenantes de la ideación suicida, son multifactoriales, pero de lo que sí existe certeza es que dicha problemática es prevenible y abordable, siempre y cuando exista una coordinación y colaboración de los distintos entes sociales.

Lo relevante hoy en día, es sensibilizar a la población, como también realizar una revisión de las políticas y programas nacionales que se enmarcan en disminuir y prevenir el suicidio, como así también, establecer los desafíos a nivel de Estado en esta materia.

En el marco de lo anterior, la presente investigación tiene como objetivo general analizar el Programa Nacional de Prevención del Suicidio en Chile durante el periodo 2013 – 2018, frente a lo establecido en el Marco Estratégico de Salud Pública para la Prevención del Suicidio de la Organización Mundial de la Salud.

Conforme a la estructura del estudio, el primer capítulo consta del Suicidio como problema de salud, donde en él se determina el contexto y la prevalencia del suicidio en Chile y el

mundo, durante el periodo 2000-2018. Para ello, se inicia con una conceptualización del suicidio, posteriormente se presenta los antecedentes globales del suicidio en el mundo, donde se puede distinguir el fenómeno a niveles de regiones, a nivel de edad, sexo y los factores desencadenantes del mismo. Asimismo, como segunda parte de este capítulo, se contextualiza sobre la prevalencia del Suicidio en Chile, es por ello que, se exponen datos referidos a los cambios que han sufrido las tasas de suicidios, como también se ve reflejado a nivel de las regiones del país, su prevalencia tanto en el sexo, grupos etarios como también la temporalidad del suicidio.

Posteriormente, en el capítulo dos, se hace una descripción del Marco Estratégico de Salud Pública para la Prevención del Suicidio establecido por Organización Mundial de la Salud, donde en ello se indica cuáles son las principales orientaciones y los componentes claves que debe contar todo programa a nivel internacional.

Asimismo, se realiza en el tercer capítulo, una descripción del Programa Nacional de Prevención del Suicidio en Chile que depende directamente del Ministerio de Salud, donde dentro del mismo, se presentan los seis componentes que fueron diseñados para su implementación en todas las regiones del país.

Consecutivamente, en el cuarto capítulo se expone el marco metodológico con el que cuenta la investigación, donde se establece que la misma, posee un enfoque metodológico de carácter mixto dada la naturaleza de las variables consideradas en el problema de investigación, ya que implica la obtención de antecedentes no cuantificables como también el análisis de información referidas a variables dimensionadas de manera cuantificable.

En el capítulo siguiente, se realiza un análisis de la información recabada, por medio de una comparación de los componentes que posee el Programa Nacional de Prevención del Suicidio respecto a lo establecido por los parámetros entregados por el Marco de Salud Pública para la Prevención del Suicidio de la Organización Mundial de la Salud.

Finalmente, a partir de los resultados recabados, se exponen las principales conclusiones y los desafíos que existen en materia de prevención del suicidio para el Estado chileno.

CAPÍTULO I: Suicidio como problema de salud mental

1.1. Concepto de suicidio

Se debe comprender que la conducta suicida engloba dos conceptos importantes, tales como: suicidio e intento suicidio. Es por ello que, según la conceptualización entregada por Organización Mundial de la Salud, se entenderá por suicidio como *“un acto deliberado por el que un sujeto se causa la muerte con conocimiento o expectativa de un desenlace fatal”* (Organización Mundial de la Salud, 2006, pág. 6). Por otro lado, se entenderá por intento de suicidio, como un “acto no fatal de auto destrucción, que a menudo tiene como propósito movilizar ayuda.”

Si bien la definición de suicidio parece relativamente clara etimológica y conceptualmente el término resulta polisémico. De hecho, más allá del suicidio consumado, las conductas suicidas se presentan de forma muy diversa, responden a motivaciones distintas y requieren, por ello, de vías de intervención también diferentes. Es por ello, que la persona que presente una conducta suicida, va a estar sometida a tres componentes vitales a la hora de realizar alguna acción que atente contra su vida, las cuales se dan en los siguientes niveles: nivel emocional, esto quiere decir que la persona tiene un sentimiento de sufrimiento y estrés intenso, el nivel conductual, que da cuenta que la persona posee una carencia de recursos psicológicos para hacer frente a sus problemas y el nivel cognitivo, en donde la persona posee una desesperanza sobre el futuro y donde la muerte la concibe como la única opción para enfrentar y hacer desaparecer los problemas que lo acongojan. (Echeburúa, 2015)

Las conductas suicidas pueden conceptualizarse como un proceso complejo que puede ir desde la ideación suicida, que puede ser comunicada a través de medios verbales o no verbales, a la planificación del suicidio, intento de suicidio, y en el peor de los casos, el suicidio. Las conductas suicidas están influenciadas por factores que interactúan biológicos, genéticos, psicológicos, sociales, ambientales y situacionales (Wasserman, 2001).

1.2. Antecedentes globales del suicidio en el mundo

Actualmente, el suicidio se ha transformado en un problema de salud pública a nivel mundial, datos de ello avalan que dicha problemática es alarmante y está dentro del acontecer. Según datos de la Organización Mundial de la Salud, cada año se suicidan casi un millón de personas, o en otras palabras, una muerte cada 40 segundos. A ello se le agrega como agravante que, dentro de los últimos 45 años, las tasas de suicidio han aumentado en un 60% a nivel mundial. (Organización Mundial de la Salud, 2012). El suicidio se ha convertido en un problema de salud pública en todo el mundo, siendo la cifra de muertos por esta causa superior a la suma de muertos por homicidios y guerras. (Gabriel Guajardo Soto, 2017)

1.2.1. Suicidios por regiones del mundo

El suicidio, como enfermedad transversal a un grupo social, etario, educacional, etc. Se da en todas las regiones del mundo, donde en algunos lugares, se encuentra mayor o menor prevalencia de esta problemática. Es por ello que, a continuación, se detalla el número y tasas estimadas de suicidios a nivel mundial, agrupado a nivel de los Estados Miembros de ingresos altos, medios y bajos que pertenecen a la Organización Mundial de la Salud.

Cuadro N°1: Número y tasas estimadas de suicidio por región y en el mundo (2012)

Región	% Respecto población Mundial	Nº Suicidios, (miles)	% de los Suicidios en el Mundo	Tasas de Suicidios (2012)			Razón hombre:mujer de las tasas de suicidios
				Ambos Sexos	Mujeres	Hombres	
Todo el mundo	100,0%	804	100,0%	11,4%	8%	15%	1,9
Todos los Estados Miembros de ingresos altos	17,9%	192	23,9%	12,7%	5,7%	19,9%	3,5
Todos los Estados Miembros de ingresos bajos y medianos	81,7%	607	75,5%	11,2%	8,7%	13,7%	1,6
Países de ingresos bajos y medianos de África	12,6%	61	7,6%	10%	5,8%	14,4%	2,5
Países de ingresos bajos y medianos de las Américas	8,2%	35	4,3%	6,1%	2,7%	9,8%	3,6
Países de ingresos bajos y medianos del Mediterráneo Oriental	8,0%	30	3,7%	6,4%	5,2%	7,5%	1,4

Países de ingresos bajos y medianos de Europa	3,8%	35	4,3%	12%	4,9%	20%	4,1
Países de ingresos bajos y medianos de Asia Sudoriental	25,9%	314	39,1%	17,7%	13,9%	21,6%	1,6
Países de ingresos bajos y medianos del Pacífico Occidental	23,1%	131	16,3%	7,5%	7,9%	7,2%	0,9

Fuente: Elaboración propia, en base a los datos del Informe "Prevención del Suicidio, un imperativo global" (Organización Mundial de la Salud, 2014, pág. 17)

Conforme al cuadro anterior, se puede dar cuenta del número total de suicidios durante el año 2012 por parte de los Estados Miembros de la Organización Mundial de la Salud, la cual asciende a un total de 804.000 suicidios. Ahora bien, considerando la tasa de suicidios totales en el mundo, los Estados Miembros de ingresos altos, poseen un 23,9% del total, lo que es equivalente a 192.000 suicidios durante el periodo en mención. Por otro lado, la cifra porcentual para los Estados Miembros de ingresos bajos y medios, asciende al 75,5%, lo que equivale a 607.000 suicidios durante el año 2012.

Si lo anterior se traduce a un ranking desagregados por los países que conforman los Estados Miembros de la Organización Mundial de la Salud, quedaría en el siguiente orden: En primer lugar, se encuentra en Guyana, con una tasa de 44% por cada 100.000 habitantes, en segundo lugar se encuentra Corea del Norte con un 38.5%, en tercer lugar, Corea del Sur con una tasa de 28.9%, en cuarto lugar se posiciona la India con una tasa de 21.1%, en quinto lugar, Rusia con una tasa de 19.5% y finalmente Japón con una tasa de suicidio de un 18.5%. (Organización Mundial de la Salud, 2014)

1.2.2. Suicidio por sexo

Conforme al cuadro N°1, se logra apreciar que la prevalencia del suicidio es mucho mayor en hombres que en mujeres, tanto para la población de los Estados Miembros de ingresos altos, medios y bajos pertenecientes a la Organización Mundial de la Salud. Las cifras dan cuenta que la tasa de suicidios para los hombres es de un 15%, mientras que para las mujeres es de un 8% a nivel mundial. Respecto a las regiones subdivididas por ingresos, se da cuenta que en los Estados Miembros de ingresos altos la prevalencia del suicidio para el caso de los hombres es de un 19%, en cambio para las mujeres la tasa del suicidio corresponde a un 5,7%. Para el caso de los Estados Miembros de ingresos medianos y bajos, la tasa del

suicidio para los hombres es de un 13,7%, mientras que la cifra para las mujeres disminuye en un 8,7% para dicha región.

La razón de porque el suicidio tiene mayor prevalencia en hombres más que en mujeres, se debe netamente a factores de salud mental del individuo que se gatillan por elementos de riesgo asociados a componentes sociales, culturales y económicos, por lo cual de ello va a depender que medios utilicen para consumir o no el suicidio.

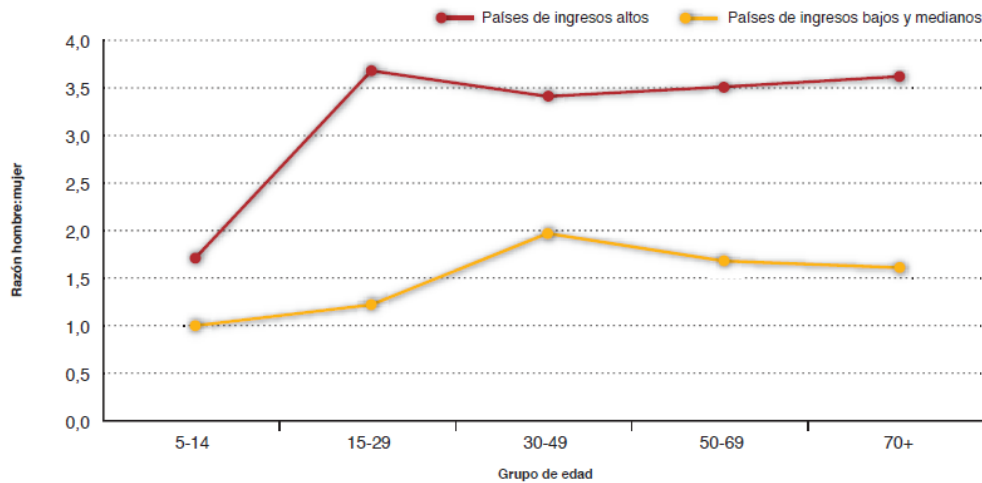
Para el caso de los hombres, ellos poseen una premeditación y lo más importante, la determinación de llevar a cabo el acto suicida. Los hombres tienen una conducta más impulsiva, tienen una menor tolerancia al sufrimiento crónico, les cuesta más buscar ayuda ante el sufrimiento y están más afectados por trastornos adictivos. Es por ello, que utilizan métodos más efectivos para llevar a cabo el acto, tales como, el ahorcamiento, precipitación, o la utilización de armas de fuegos, (Echeburúa, González-Ortega, de Corral, & Polo-López, 2011).

Para el caso de las mujeres, si bien existe una mayor tentativa de suicidios, existe una diferencia importante respecto a la determinación de cometer el acto, dado que esta es considerablemente menor respecto a los hombres, por lo cual acude a métodos más pasivos y silenciosos, como por ejemplo, la intoxicación por fármacos o cortes en zonas específicas, cosa de que de un margen de tiempo para que su entorno reaccione y más que un acto consumado, se convierta en llamado de atención. (Echeburúa, González-Ortega, de Corral, & Polo-López, 2011)

1.2.3. Suicidio por edad

El suicidio es transversal al grupo etario, pero si ésta problemática se clasifica por medio de grupos de edad, se presentan diferencias de prevalencia en los mismos según la región del mundo, lo cual se constata por medio de la siguiente gráfica.

Gráfico N°1: Razón hombre: mujer de las tasas de suicidio según edad, por grupo de edad y nivel de ingresos del Estado Miembro.



Fuente: Informe Preventing Suicide: a global imperative (Organización Mundial de la Salud, 2014)

Respecto a la edad, se puede visualizar que a nivel global, las tasas de suicidio son más bajas en los menores de 15 años, mientras que, para las personas mayores a 70 años, se mantienen tasas más elevadas. En cuanto a los Estados Miembros de Ingresos Altos, el peak de suicidios se da entre los jóvenes y adultos entre el rango etario de 15 a 29 años, como también se visualiza una tasa elevada de suicidios en los mayores de 70 años. Para el caso de los Estados Miembros de ingresos bajos y medianos, el peak de suicidios, se da en el grupo de edad entre 39 a 49 años.

1.2.4. Factores de riesgo asociados

Los factores de riesgo asociados al suicidio son bastante variados y la clasificación que se adopte de cada uno, dependerá netamente del contexto. Es por ello, que la Organización Mundial de la Salud, en su informe Preventing Suicide: a global imperative (2014), establece los factores de riesgo que se asocian a esta problemática. Ante ello, establecen una serie de áreas que van asociadas a factores de riesgo, los cuales se detallan en la figura adjunta.

Es importante considerar, que ninguna área excluye a otra, los factores podrían ubicarse en más de un área, ya que se debe recordar que esta problemática debe ser abordada desde su multicausalidad de factores que aquejan al individuo. También se debe tomar en cuenta que estos factores pueden contribuir directamente a que el individuo tenga una conducta suicida, como así también puede contribuir indirectamente, al influir en la sensibilidad individual a los trastornos mentales. (Organización Mundial de la Salud, 2014, pág. 30)

Cuadro N°2: Principales factores de riesgo asociados al suicidio

Áreas	Factores
Sistemas de Salud	Barreras para obtener acceso a la atención de salud
Sociedad	Acceso a medios utilizables para suicidarse
	Medios de comunicación
	Estigma asociado con comportamientos de búsqueda de ayuda
Comunidad	Desastres, guerras y conflictos
	Estrés por desplazamientos y aculturación
	Discriminación
	Traumas o abuso
Relaciones	Sentido de aislamiento y falta de apoyo social
	Conflictos en las relaciones, disputas o pérdidas
Individuo	Intento suicidio anterior
	Trastornos mentales
	Consumo nocivo de alcohol
	Pérdida de trabajo o financiera
	Desesperanza
	Dolor crónico
	Antecedentes familiares de suicidio
	Factores genéticos y biológicos

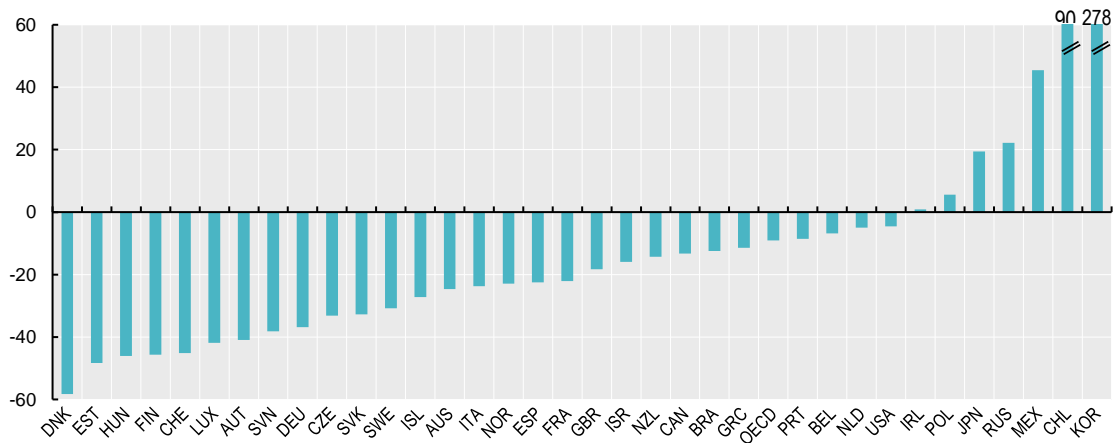
Fuente: Informe Preventing Suicide: a global imperative (Organización Mundial de la Salud, 2014)

1.3. Contexto y prevalencia del suicidio en Chile

El suicidio en Chile, ha experimentado diversas variaciones a lo largo del tiempo y en este ámbito las estadísticas avalan el progreso que ha tenido esta problemática de forma transversal en la sociedad chilena. Como se ha visto, los factores que influyen en el individuo para que lleve a cabo una conducta suicida son diversos y dinámicos. Según la Encuesta Nacional de Salud 2016-2017, constata que el 2,2% de la población del país, ha pensado seriamente en quitarse la vida en los últimos 12 meses y que el 3,0% de las personas entre 45 y 54 años hizo un plan para suicidarse en el último año. En cuanto el 2,5% de este grupo etario intentó suicidarse en el mismo período. (Ministerio de Salud, 2017)

Por otro lado, según datos de la OCDE, durante el periodo 1990-2011, la tasa de suicidio da cuenta de diversas variaciones en los países miembros, la gráfica señala que la gran mayoría ha experimentado un descenso de un 20% en promedio, mientras que Corea y Chile, han sufrido un aumento preocupante de sus tasas de suicidios. Para el caso de Chile, esta ha aumentado en un 90%, lo cual es una cifra considerablemente alta y donde cataloga al país como el segundo país miembro que más ha modificado su tasa del suicidio durante dicho periodo.

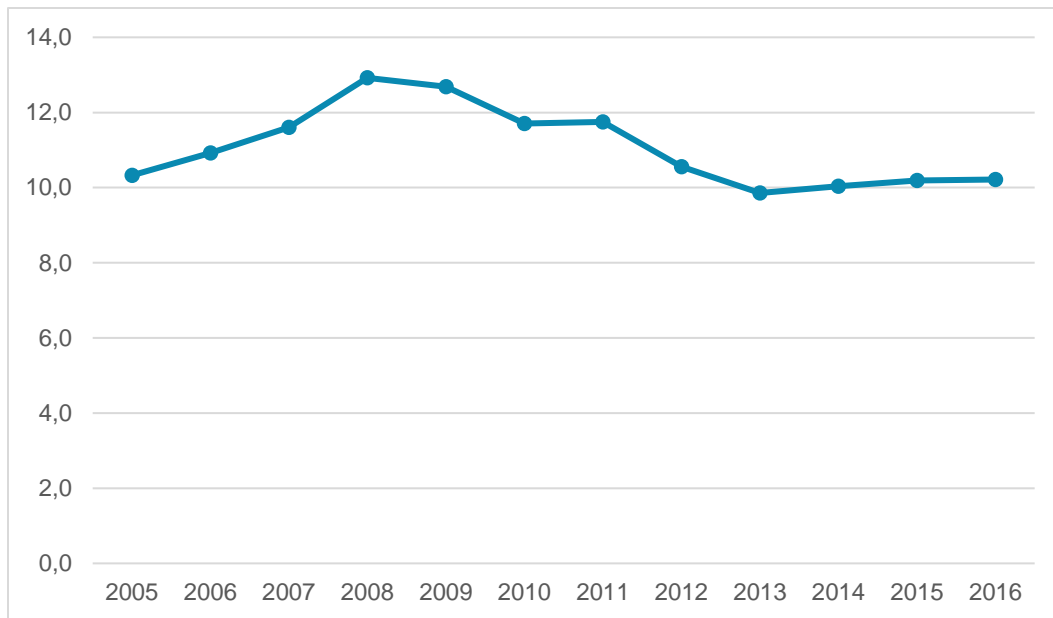
Gráfico N°2: Cambio en las tasas de suicidio países miembros de la OCDE entre 1990 – 2011



Fuente: OECD Factbook: Economic, Environmental and Social Statistics (OCDE, 2014)

Luego de visualizar el cambio que ha experimentado la tasa de suicidio en Chile, es necesario realizar una aproximación detallada de cómo esta ha variado año a año en el país.

Gráfico N°3: Defunciones y mortalidad por lesiones autoinfligidas intencionalmente. Chile 2005-2016.



Fuente: Elaboración propia en base a los datos otorgados por el Departamento de Estadísticas e Información de Salud del Ministerio de Salud (Ministerio de Salud, 2016)

Conforme a los datos entregados por el Ministerio de Salud, se puede visualizar la variación de las cifras dentro del periodo 2005 – 2016, donde en ello se logra apreciar que la tasa máxima experimentada en este periodo, alcanzo una tasa observada de un 12,9% en el año

2008, lo que se traduce a 2.166 defunciones durante ese año. Para el año 2016, la tasa observada disminuyó a un 10,2%, lo que corresponde a un total de 1.858 defunciones a causa del suicidio.

1.3.1. Suicidio por regiones del país

A lo largo del país, el número de suicidios varían de región en región, donde según el último registro otorgado por el Ministerio de Salud, se da cuenta que en el año 2016, la Región Metropolitana, lidera en esta materia con respecto al total del país con 677 defunciones, en segundo lugar se encuentra la Región del Biobío con 205 defunciones y en tercer lugar, la Región de Valparaíso con 202 defunciones por causa del suicidio. Cabe mencionar, que el resultado de las cifras, se condicen con la proporción de su población, dado que son las tres regiones con más habitantes en Chile.

Cuadro N°3: Número de Defunciones y Mortalidad por Lesiones Autoinfligidas Intencionalmente por Región de Residencia

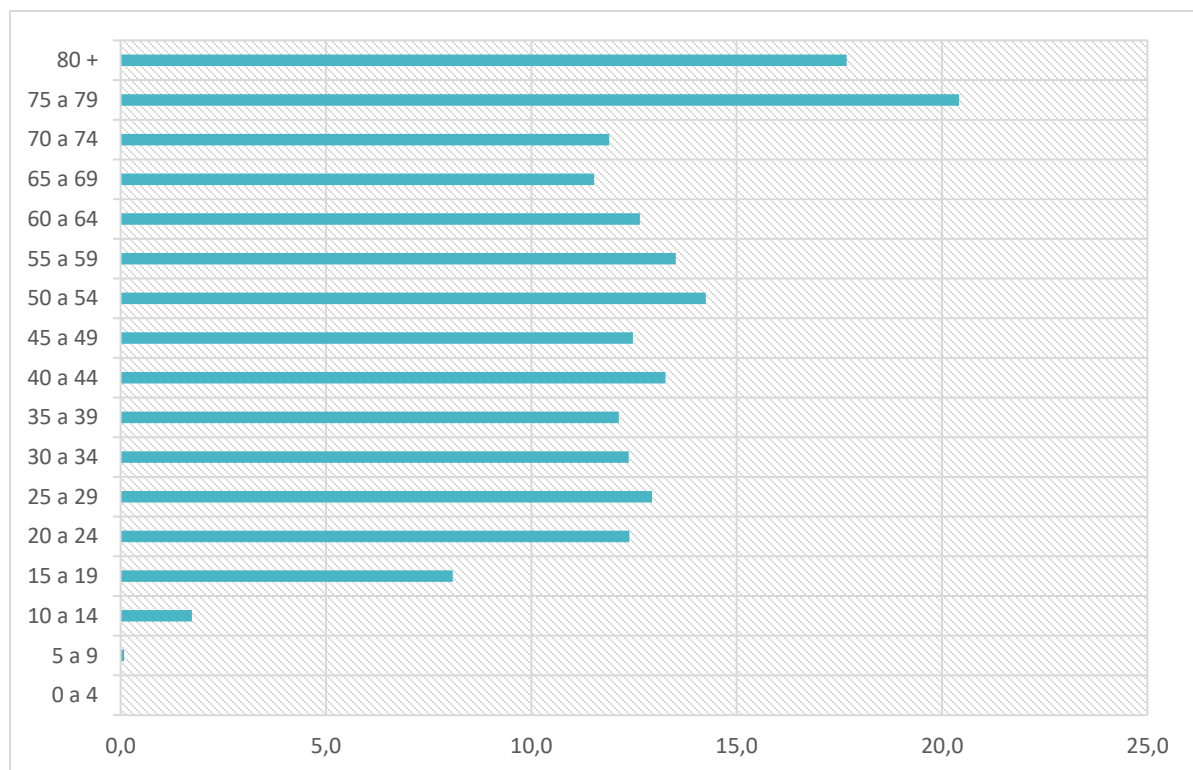
Región	Número de defunciones por suicidio			
	2013	2014	2015	2016
Arica y Parinacota	17	20	11	21
Tarapacá	33	14	23	36
Antofagasta	59	44	42	50
Atacama	34	36	24	36
Coquímbo	59	60	70	80
Valparaíso	179	180	189	202
Metropolitana	639	650	701	677
Libertador Gral. Bernardo O'Higgins	87	127	107	102
Maule	99	125	124	125
Biobío	213	223	205	205
La Araucanía	101	121	136	128
Los Ríos	43	54	49	48
Los Lagos	148	103	118	111
Aysén	11	11	16	22
Magallanes y de La Antártica Chilena	16	21	20	15

Fuente: Departamento de Estadísticas e Información de Salud del Ministerio de Salud, Chile (Ministerio de Salud, 2016)

1.3.2. Suicidio por grupo de edad

Respecto a las defunciones por grupo de edad a causa del suicidio, para el año 2015, la cifras más alarmantes se dan en la población adulto mayor, donde en primer lugar, se posiciona el grupo etario de entre los 75 a 79 años, con una tasa observada de 20,4% por cada 100.000 habitantes, en segundo lugar, se encuentra el grupo etario de 80 años en adelante, con una tasa de 17,7%, como también otro rango que destaca, es el de 50 a 54 años de edad con un tasa observada de un 14,3%, dado lo anterior, se da cuenta que las cifras están muy por encima del promedio nacional respecto a la tasa de suicidios.

Gráfico N°4: Mortalidad por lesiones autoinfligidas intencionalmente según grupo de edad. Chile, 2015.



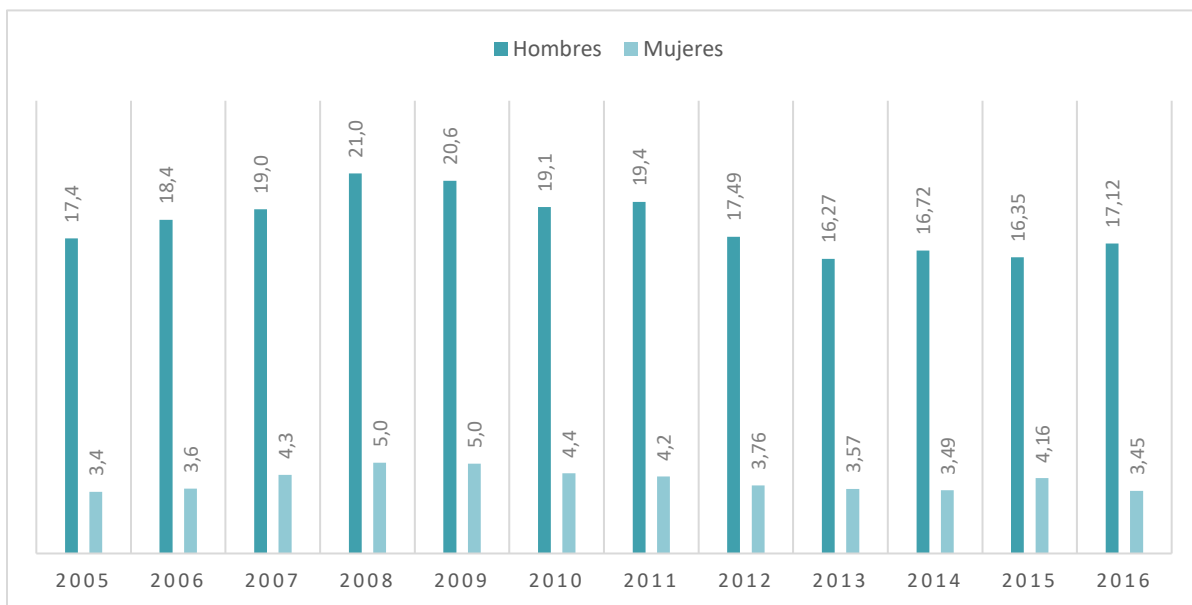
Fuente: Elaboración propia en base a los datos estadísticos otorgados por el Departamento de Estadísticas e Información de Salud del Ministerio de Salud, Chile. (Ministerio de Salud, 2016)

1.3.3. Mortalidad según sexo

Respecto a Chile, se observa una tasa de suicidio considerablemente mayor en hombres por sobre las mujeres, lo cual da cuenta, que estas cifras son concordantes con las cifras registradas en esta materia a nivel mundial.

Según se detalla en el gráfico, durante el periodo 2005-2016, la tasa máxima observada en este lapsus de tiempo para ambos sexos corresponde a la del año 2008, donde la cifra para los hombres alcanza un 21% por cada 100.000 habitantes, mientras que la cifra de las mujeres se reduce de manera importante a un 5%. Con el paso de los años, se muestra que posterior al peak del año 2008, la tendencia de la tasa ha ido disminuyendo levemente para ambos sexos, salvo que para el año 2016, está aumentó para el caso de los hombres. Para el mismo año, la tasa de los hombres corresponde a un 17,2%, mientras que para las mujeres descendió a un 3,5%, lo que da cuenta que se sigue prevaleciendo que la tasa de hombres fallecidos por esta problemática es mayor a la de las mujeres.

Gráfico N°5: Mortalidad por lesiones autoinfligidas intencionalmente según grupo sexo. Chile, 2005-2016.

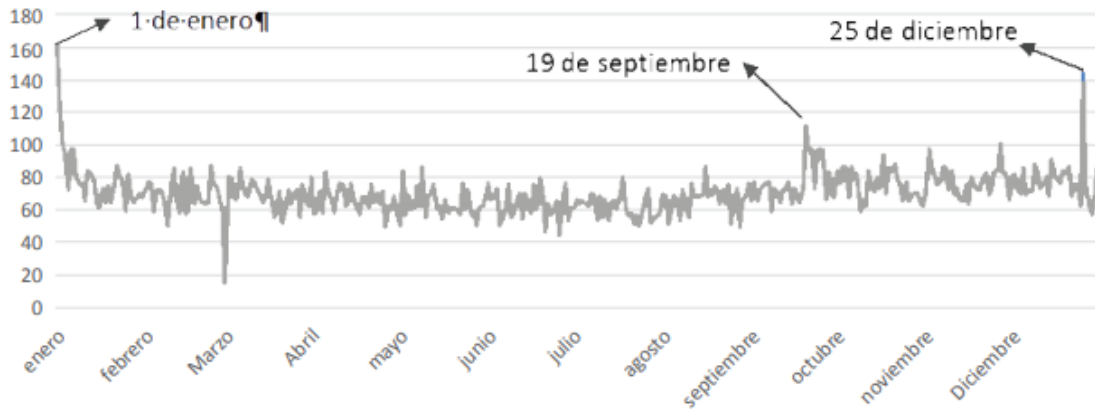


Fuente: Elaboración propia en base a los datos estadísticos otorgados por el Departamento de Estadísticas e Información de Salud del Ministerio de Salud, Chile. (Ministerio de Salud, 2016)

1.3.4. Temporalidad de los suicidios en Chile

La muerte a causa de los suicidios claramente puede darse en cualquier momento del año, pero existen ciertas tendencias a lo largo del tiempo que indican de que existe una prevalencia mayor respecto a esta problemática en algunas épocas del año.

Figura N°8: Distribución en el calendario de los suicidios en población general. Chile, 2001-2014.



Fuente: Suicidios Contemporáneos: Vínculos, desigualdades y transformaciones socioculturales – Flacso Chile (Gabriel Guajardo Soto, 2017)

Tal como muestra la gráfica, se realiza una distribución mensual del número de suicidios dentro de un periodo prolongado de tiempo, dado que se considera desde el año 2001 al 2014. La mayor frecuencia de suicidios se da en la segunda quincena de septiembre, periodo que coincide con la víspera del comienzo de la primavera en el hemisferio sur, y que también coincide con los días feriados de fiestas patrias, luego otro peak más pronunciado que se produce a fines de diciembre, justo en navidad, y por último, el peak más pronunciado de todos que se produce a comienzos del año, especialmente el primer día del año. Todas estas fechas tienen en común que corresponden a una importante festividad. (Gabriel Guajardo Soto, 2017, pág. 35)

CAPITULO II. Marco de Salud Pública para la Prevención del Suicidio – Organización Mundial de la Salud

Dado el contexto en materia de suicidio, se llega al consenso de que es una problemática que atañe a la salud pública a nivel mundial, donde se hace indispensable que los gobiernos tomen medidas a largo plazo para hacer frente a este tema. Es por ello, que la Organización Mundial de la Salud, formuló en el año 2012, el Marco de Salud Pública para la Prevención del Suicidio, el cual es un recurso para ayudar a los gobiernos a desarrollar e implementar una estrategia para la prevención del suicidio, así como para ayudar a aquellos que ya han iniciado el proceso de conceptualización de las estrategias nacionales de prevención del suicidio. Lo anterior, se basa en las pruebas construidas durante los 15 años desde la publicación de las directrices de la ONU para delinear los procesos implicados en el desarrollo de una estrategia nacional de prevención del suicidio. También identifica los elementos críticos de un marco para tomar las medidas de salud pública para prevenir el suicidio.

A continuación, se detallarán las orientaciones que indica el Marco de Salud Pública para la Prevención del Suicidio establecido por la Organización Mundial de la Salud, para ello se identifica en primer lugar el cómo se debe desarrollar una Estrategia de Prevención del Suicidio y posteriormente se muestran los componentes claves que debe poseer una Estrategia Nacional en esta materia.

2.1. Desarrollo de una Estrategia de Prevención del Suicidio: un enfoque gradual

2.2.1 Identificación de las partes interesadas

La identificación de los actores es un elemento clave para abordar esta problemática por medio de la presente estrategia. Es importante considerar que para trabajar en la prevención, es vital tener enfoque multisectorial, involucrando a profesionales de la salud, así como representantes de otros sectores. Es por ello, que la estrategia, propone una lista de los grupos de interés podría incluir representantes de:

- **Sectores del Gobierno:** Ministerio de Salud, Educación y Bienestar Social. En algunos casos, sería útil incluir también a los otros ministerios pertinentes, como el de Agricultura (donde el suicidio por auto-ingestión de pesticidas es un problema importante) o el de Transporte (por ejemplo, cuando es necesario

aplicar medidas para prevenir los suicidios en las vías del ferrocarril o saltando de puentes).

- **Sector de la Salud Pública en general:** Incluye gestores públicos de salud, como médicos, enfermeras, personal de atención de emergencia, pediatras, geriatras, administradores, estadísticos, entre otros.
- **Servicios de Salud Mental:** Administradores de servicios, psiquiatras, psicólogos, enfermeras de salud mental y trabajadores sociales, tanto de los sectores público y privado.
- **Sector Educación:** Incluye profesores, consejeros escolares, administradores, otros profesionales de la educación y los líderes estudiantiles.
- **Sector Seguridad Pública:** Incluye policía, bomberos, servicios de ambulancia, centros penitenciarios, los criminales, los tribunales y las fuerzas de defensa.
- **Nivel Parlamentario:** Que incluya a políticos y parlamentarios de los países.
- **Organizaciones:** Involucrar a organizaciones no gubernamentales (ONG), organizaciones de la familia, las organizaciones basadas en la comunidad y voluntarios.
- **Grupos vulnerables relevantes:** Depende del contexto de cada país, donde incluye, ancianos, los jóvenes, las poblaciones indígenas, los refugiados y las minorías étnicas.
- **Nivel Espiritual:** Incluir a comunidades, líderes espirituales y religiosos. (Organización Mundial de la Salud, 2012)

2.2.2 La realización de un análisis de la situación

Se debe realizar un estudio en detalle del alcance que tiene la problemática del suicidio en la población, ya sea un análisis específico en una región en particular o bien en todo el país. El análisis debe considerar una estimación de la incidencia anual de los suicidios e intentos de este en un área en específico y también debe apuntar a los factores sociodemográficos, estructurales y clínicos que son relevantes, de este modo se logra identificar a la población vulnerable en esta temática.

Por otro lado, se debe indicar los métodos más utilizados de suicidio y los posibles motivos para la misma, ante ello se debe evaluar la disponibilidad y el acceso que las personas susceptibles tienen a estos métodos.

Se debe identificar la presencia de una política para reducir el uso nocivo del alcohol, auditar la calidad de los medios de comunicación que informan sobre el suicidio, considerar la calidad de las estadísticas sobre el suicidio e intentos de suicidio, evaluar la calidad de los sistemas de vigilancia existentes, e identificar los vacíos que existen en la recogida de datos.

Adicionalmente, se debe identificar “zonas claves”, en el cual se hace referencia a los lugares físicos donde han ocurrido suicidios anteriores, donde se incluye identificar puentes, edificios, sitios eriazos u otras áreas asociadas. (Organización Mundial de la Salud, 2012)

2.2.3 La evaluación de la necesidad y disponibilidad de recursos

La disponibilidad y el acceso a los recursos humanos y financieros es fundamental para el éxito relativo de cualquier intervención de salud pública, como también lo es, la voluntad de los responsables políticos y las autoridades gubernamentales a comprometerse con las cuestiones claves para el desarrollo del programa nacional. Es por ello por lo que se debe identificar los recursos humanos y financieros necesarios para formular y aplicar una estrategia de prevención del suicidio y también considerar los recursos existentes en la actualidad para así gestionarlos de forma óptima. (Organización Mundial de la Salud, 2012)

2.2.4 El logro de un compromiso político

Es indispensable que exista un compromiso y la voluntad a nivel político que trascienda los cambios de gobierno, lo anterior implica un proceso arduo pero que contribuye en beneficios a largo plazo a la salud pública de cada país, si no existe lo anterior, la estrategia se mantiene solo en el papel. Se debe asegurar que la prevención del suicidio reciba los recursos que necesita, así como la atención de los líderes nacionales y estatales. Por otro lado, debe Algunas maneras de construir un compromiso político podrían incluir:

- La identificación de los líderes políticos que puede identificarse con todo el tema.
- Referencias sobre el suicidio como un asunto de política pública en los medios de comunicación.
- Grupos de presión consistente con los parlamentarios, así como representantes de los gobiernos a diversos niveles.

Además, el Marco de la Organización Mundial de la Salud, establece que el compromiso se puede manifestar de la siguiente forma:

- Las políticas y la legislación, lo que puede conducir a mejoras en el enfoque del sistema judicial a la situación jurídica de los actos de autolesión y suicidio.

- Apoyo a la formación del personal clave en el sector público sobre su papel en la prevención del suicidio.
- El aumento y la asignación de recursos sostenida.
- La información sobre el suicidio y la prevención del suicidio incorporado en los planes de estudio de profesionales de la salud y del sector social.
- El aumento de los esfuerzos del gobierno para hacer frente a los factores de riesgos ambientales, socioeconómicos y un mayor acceso a los servicios. (Organización Mundial de la Salud, 2012)

2.2.5 Abordar el estigma

En la mayoría de los países, el suicidio va acompañado del estigma que genera la sociedad o las mismas comunidades, lo cual provoca que sea un obstáculo considerable para los esfuerzos que realizan los países para la prevención del suicidio. Es tal el problema del estigma para la prevención, ya que puede impedir que las personas que buscan ayuda no acudan finalmente a ella, lo que se convierte en una barrera para el acceso a los servicios de prevención del suicidio incluido el asesoramiento y el apoyo de post intervención; esto es de particular importancia en los países en los actos suicidas son ilegales. Además, los altos niveles de estigma pueden afectar negativamente a la presentación de informes y registro de los comportamientos suicidas, lo que genera que finalmente no se pueda adoptar una política pública de salud adecuada. Ante ello, se debe educar a la población y generar conciencia sobre la salud mental, y es ahí donde los gobiernos y las partes interesadas deben abordar el estigma desde el principio y durante todo el proceso. (Organización Mundial de la Salud, 2012)

2.2.6 El aumento de la conciencia

El proceso de desarrollo de una estrategia de prevención del suicidio ofrece oportunidades para aumentar la conciencia acerca de la prevención del suicidio. Los medios de comunicación pueden desempeñar un papel vital en el proceso de desarrollo estratégico, manteniendo informados a los interesados sobre los progresos realizados y generar una mayor comprensión del problema, creando así el aumento de la participación. La sensibilización, junto con la promoción y la comunicación pueden influir en los responsables políticos y la opinión pública, movilizand así el compromiso político y los recursos para conducir el proceso hacia adelante. El aumento de la conciencia puede resultar en un mayor compromiso y la asignación de recursos. (Organización Mundial de la Salud, 2012)

2.2. Componentes clave de una estrategia de prevención de suicidio nacional

2.2.1 Establecer objetivos claros

Una estrategia eficaz de prevención del suicidio podría tener varios objetivos paralelos y entrelazados, todos los cuales tienen que estar claramente definidos. Algunos objetivos potenciales incluyen:

- Aumentar la conciencia sobre la magnitud del problema y la disponibilidad de las estrategias de prevención eficaces.
- Reducir la incidencia de suicidios e intentos de suicidio, lo que impide la muerte prematura por suicidio o morbilidad / discapacidad del intento de suicidio, durante toda la vida.
- Hacer frente a los factores de riesgo de suicidio e intentos de suicidio.
- Reducir el estigma asociado con comportamientos suicidas.
- Mejorar la recopilación de datos sobre la incidencia tanto de suicidio e intentos de suicidio.
- Mejorar la investigación y evaluación de las intervenciones eficaces.
- Fortalecer la respuesta de salud y el sistema social de los comportamientos suicidas.

Cabe mencionar, que la estrategia de prevención del suicidio debe especificar los recursos financieros y humanos, un calendario de ejecución, así como los objetivos a corto y mediano y largo plazo. (Organización Mundial de la Salud, 2012)

2.2.2 Identificar grupo de riesgo, factores de riesgo y factores protectores

Al identificar los factores de riesgo y protección, se puede contribuir a establecer cuál es el origen de la problemática y determinar las intervenciones necesarias para abordar el tema.

Los factores de riesgo, en este contexto, son indicativos de si un individuo, una comunidad o una población son particularmente vulnerables al suicidio. Por lo tanto, las estrategias nacionales deben identificar claramente los grupos de riesgo, mientras se centra de forma simultánea en toda la población, con el fin de mitigar el riesgo de suicidio tanto como sea posible a nivel individual. En términos generales existen categorías de factores de riesgo que interactúan entre sí, los cuales fueron mencionados en el capítulo anterior, estas categorías son: sociedad, comunidad, relaciones e individuo.

Igualmente es importante identificar los factores protectores que tiene el individuo, ya sea a nivel socio-cultural, ambiental y de relaciones interpersonales. Este tipo de factores, ayuda a reducir la vulnerabilidad que tiene el individuo ante los actos suicidas, dado que pueden ayudar a hacer frente a una situación compleja para individuo. Ante ello, es vital que una estrategia eficaz, considere identificar maneras de establecer, mantener y mejorar los factores de protección para el suicidio. Los factores protectores son los siguientes:

- Establecer conexiones de apoyo familiar y comunitario
 - Habilidad en la resolución de problemas y el manejo no violento de los conflictos
 - Creencias personales, sociales, culturales y religiosas que desalientan el suicidio y apoyan la auto conservación.
 - Restricción a los métodos de suicidios.
 - Fácil acceso a una atención de calidad para las enfermedades mentales y físicas.
- (Organización Mundial de la Salud, 2012)

2.2.3 Intervenciones efectivas

Una estrategia nacional puede proponer cuál es la intervención más adecuada. Se establece que los países que formulen su estrategia, cuenten con al menos estas categorías de intervención y que pueden utilizarse de forma combinada. Las intervenciones son: Intervención universal, la cual va dirigida a la población en general, con independencia del grado de riesgo, intervención selectiva, la cual se centra en sub-poblaciones que se sabe que tienen un riesgo elevado y pueden ser empleadas sobre la base de las características socio-demográficas, distribución geográfica, o la prevalencia de los trastornos mentales y de uso de sustancias, en función de la contribución de estos factores a la carga global de suicidio, y por último la intervención indicada, la cual está dirigida a aquellos que ya se sabe que son vulnerables al suicidio o que han intentado suicidarse.

Cuadro Nº4: Intervenciones pertinentes que establece la Organización Mundial de la Salud

Universal	Selectiva	Indicada
<ul style="list-style-type: none"> • Desarrollar políticas para reducir el consumo nocivo del alcohol como componente de prevención del suicidio. • Restricción a los medios de autolesión. • Ayudar y alentar a los medios de seguir prácticas responsables de información en materia de suicidio. 	<ul style="list-style-type: none"> • Intervenciones dirigidas a grupos vulnerables. • Capacitación de gatekeeper. • Líneas telefónicas de ayuda. 	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluación y manejo de comportamientos suicidas • Evaluación y manejo de trastornos mentales, como también los debido al consumo de sustancias. • Integrar la prestación de servicios de salud mental en la atención primaria de salud. • Capacitar a los trabajadores de salud primarias en materia de salud mental.

Fuente: Elaboración propia en base a la información otorgada por Public health action for the prevention of suicide (Organización Mundial de la Salud, 2012)

2.2.4 Mejorar el registro de casos y realización de investigaciones

En muchos países, las conductas suicidas no se denuncian o no se genera un registro. Es por ello que se propone establecer una agenda de investigación multisectorial con el fin de recopilar datos de una manera sistemática y sostenida, incluyendo múltiples fuentes, tales como el gobierno, la policía, los hospitales, las ONG y los proveedores de servicios de salud mental. Para lo anterior, se propone materializar lo siguiente:

- Mejorar la calidad de los datos de registro civil sobre el suicidio. Las actividades necesarias para establecer o mejorar el registro de las muertes por suicidio, variarán según el estado actual del sistema de registro civil del país.
- Mejorar la calidad de los datos acerca del tratamiento médico dispensado por intento de suicidio. El desarrollo de un sistema de vigilancia en los hospitales es un proceso complejo, pero se puede comenzar por elaborar un método viable de recopilación de datos en unas pocas ubicaciones representativas y posteriormente hacerlo extensivo a todo el país.

- Mejorar la calidad de las encuestas comunitarias acerca del comportamiento suicida. Se debe tener en cuenta el hecho de que la muestra debe ser representativa de la comunidad o del país. Se deben utilizar preguntas estandarizadas, y las más importantes y útiles se relacionan con los intentos de suicidio cometidos el año precedente.

2.2.5 Evaluación y monitoreo

Varios programas de prevención del suicidio para hacer frente a las poblaciones vulnerables, como los jóvenes, los ancianos, los pueblos indígenas, las fuerzas armadas, o prisioneros, se llevan a cabo en diferentes contextos. Sin embargo, la mayoría carece de una evaluación rigurosa, por lo que es difícil sacar conclusiones sobre su eficacia.

Se debe proponer un marco de seguimiento y evaluación integral para evaluar la calidad y la eficacia de las intervenciones. Determinar y registrar números de suicidios e intentos, y el seguimiento de ellos, es un componente integral en el desarrollo de una estrategia de prevención del suicidio. Si bien es difícil evaluar una estrategia nacional de prevención del suicidio en su conjunto, las evaluaciones de los componentes individuales de una estrategia nacional a intervalos razonables, ofrecen la oportunidad de examinar críticamente los resultados y el impacto de las intervenciones en base a los objetivos establecidos. Las evaluaciones también pueden indicar si es el momento de realizar cambios en el proceso de intervención o para ampliar las intervenciones.

Para lograr todo lo anterior, Idealmente, una estrategia nacional debe describir un conjunto de indicadores específicos, medibles, alcanzables, pertinentes y de duración determinada. Al menos un indicador debe estar vinculado a cada objetivo específico de la estrategia nacional. Los indicadores pueden medir la entrada, proceso, impacto y resultados de las intervenciones individuales, así como la estrategia en su conjunto. La asignación de recursos es un ejemplo de un indicador de entrada. Los indicadores de proceso pueden incluir una evaluación de la aceptabilidad de la estrategia y la participación comunitaria en las actividades de prevención del suicidio. Los indicadores de impacto se podrían utilizar para medir el cambio en las actitudes de la comunidad al suicidio y el estigma. Los indicadores de resultados podrían incluir la evaluación de cualquier cambio en la tasa de intentos de suicidio y el número de muertes. (Organización Mundial de la Salud, 2012)

CAPÍTULO III: Programa Nacional de Prevención del Suicidio en Chile

Dado el contexto y la prevalencia que tiene el suicidio en el país y las impactantes variaciones que ha tenido la tasa de suicidio, el Ministerio de Salud para el año 2013, presentó el Programa Nacional de Prevención del Suicidio, con el fin de reducir la mortalidad a causa de esta problemática.

Los objetivos que plantea el programa son los siguientes

- i. Instalar en cada Seremi de Salud y en forma paulatina, los 6 componentes que han mostrado una mayor efectividad para la prevención del riesgo suicida.
- ii. Involucrar a los distintos sectores sociales y a la comunidad en la prevención del suicidio.
- iii. Contribuir al logro de las metas de la Estrategia Nacional de Salud 2011-2020.

3.1 Componentes del Programa Nacional de Prevención del Suicidio

1. Instalación de un sistema de estudio de casos

2. Implementación de un Plan Regional Intersectorial de Prevención del Suicidio

3. Fortalecimiento de las competencias de los profesionales de la salud

4. Incorporación de programas preventivos en los establecimientos educacionales.

5. Desarrollo de un sistema de ayuda en situaciones de crisis

3.1.1 Primer componente: Instalación de un sistema de estudios de caso

Se trata de un sistema de registro localizado en cada Seremi de Salud, que incluye tanto los intentos como los suicidios consumados. La información epidemiológica que se debe registrar incluye sexo, edad, medio utilizado, lugar de ocurrencia, nivel socioeconómico, estructura familiar, nivel educacional, antecedentes de intentos previos, antecedentes de enfermedad mental, antecedentes de enfermedad física grave, entre otros. ¹ (Ministerio de Salud, 2013)

a. Registro y estudio de suicidios consumados

El encargado de llevar el registro pertinente de los suicidios consumados, será el Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS) del Ministerio de Salud, el cual tiene como propósito en este ámbito, dejar a disposición de las SEREMI, el acceso directo a la base de datos de defunciones, con actualización mensual, de modo que quedarán identificadas las defunciones correspondientes y los datos de ubicación de los deudos. Ello permitirá recoger, mediante la metodología de Autopsia Psicológica², la información necesaria para monitorear el comportamiento suicida, identificar los factores de riesgo específicos asociados, establecer los perfiles de riesgo en cada región y entregar información para la definición de estrategias locales de intervención. (Ministerio de Salud, 2013)

Una de las partes fundamentales de la elaboración de una Autopsia Psicológica es la recolección de la información, que debe ser no sólo suficiente, sino lo más veraz y confiable posible, es por ello que se debe realizar un trabajo de campo detallado y un análisis integro. Por otro lado, quien esté a cargo del proceso, debe seleccionar la información más relevante y útil para el asunto en cuestión. En general, se mencionan tres métodos principales para recolectar la información necesaria:

1 La información que se incluya en el sistema de estudios de caso, debe regirse bajo lo establecido en la Ley 19.628 sobre Protección de Datos de Carácter Personal y en la Ley 20.584 sobre Derechos y Deberes que tienen las Personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud.

2 Método que implica recoger la información disponible sobre la persona fallecida por medio de entrevistas estructuradas al círculo cercano, como también del personal sanitario que lo atendió. Además, permite recolectar información de las historias médicas y psiquiátricas disponibles, otros documentos y el examen forense. Se considera una de las herramientas más valiosas para el estudio de caso.

Cuadro N°5: Principales métodos para recolectar información

Información documentada disponible	Observación	Entrevista estructurada
<p>Todo documento que tenga relación directa o indirecta con el individuo debe ser revisado.</p>	<p>El evaluador debe trasladarse a diversos lugares y adentrarse en el contexto del individuo. Para esto debe observar y revisar detenidamente.</p>	<p>Es fundamental para la Autopsia Psicológica, ya que aporta datos importantes que no pueden ser observados a simple vista y que no se encuentran documentados</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Expediente médico, clínico, judicial, escolar, laboral - Dictamen médico forense - Informe policial de los hechos - Informe criminológico de los hechos. - Informes legales - Registro de notas, conducta, disciplina - Diarios, cartas, dibujos, fotos, ente 	<ul style="list-style-type: none"> - El escenario de los hechos y todo lo que se encuentre a su alrededor, así como posibles desencadenantes o estresantes que pudieron estar presentes. - Las pertenencias del sujeto. - El hogar y la familia del individuo. - Formas de interacción - comportamiento de los integrantes, - Círculo de amigos y la forma de interactuar entre ellos, intereses, lugares que frecuentan. - Lugar de estudio, trabajo, etc. 	<ul style="list-style-type: none"> - La familia, nuclear y extensa. - Amigos cercanos, no tan amigos y a los enemigos. - Compañeros de trabajo que se relacionaban directamente con el fallecido, identificando las personas con las cuales había o no relación de amistad o mayor confianza. - En las relaciones sentimentales, es preciso entrevistar a todo aquel que haya tenido una relación sentimental significativa, no tan significativa o casual.

Fuente: Elaboración propia en base a la información otorgada por el Programa Nacional de Prevención del Suicidio (Ministerio de Salud, 2013)

Para el caso del último método, es importante considerar, que deben ser al menos dos las fuentes que proveen la información, las que son exploradas por separado en entrevistas estructuradas que duran aproximadamente 2 horas, e idealmente deben realizarse después de los 60 días y antes de los 6 meses ocurrido el fallecimiento. Para realizar la entrevista, se debe contar con la aprobación escrita de la persona a la cual se le dirige, documento que debe archivar en la carpeta de Estudio del Caso. Lo recomendable es hacer preguntas que favorezcan respuestas abiertas, que permitan al entrevistado asociar detalles relevantes,

sin hacerse dolorosamente consciente los intereses específicos del entrevistador. (Ministerio de Salud, 2013)

Para realizar el estudio de los casos de suicidio en la Región con la metodología de Autopsia Psicológica, cada Seremi debe definir el período de tiempo dentro del año calendario, que cubrirá el estudio. El lapso de tiempo definido dependerá de los recursos disponibles, considerando que deben incluirse todos los suicidios ocurridos en ese período. Los profesionales que realicen el estudio de casos deben contar con capacitación específica en la metodología de autopsia psicológica, y pueden ser profesionales de la red asistencial, de la Dirección del Servicio de Salud respectivo o de la Seremi de Salud.(Ministerio de Salud, 2013)

b. Registro y Estudio de Casos en Intentos de Suicidio

Es importante reforzar este punto, dado que las personas que incurren en este tipo de actuar son personas completamente vulnerables y se considera para la salud pública como un grupo de alto riesgo.

Cabe mencionar, que mientras no exista un sistema central de gestión de la información o notificación y vigilancia de los intentos de suicidio, cada Seremi deberá solicitar la información de los casos a los establecimientos de la red pública y privada de la región, para lo cual se utilizará una ficha estándar. (Ministerio de Salud, 2013)

El mantener un registro de los casos de intento de suicidio tiene como objetivos, aportar información para la definición de perfiles de riesgo y garantizar la atención preventiva de las personas que han realizado un intento. De este modo, el sistema de registro que se implemente debe contar con sistemas de alarma que permitan monitorear que las personas que han realizado un intento de suicidio se encuentren efectivamente en control preventivo, ya sea en el Programa de Salud Mental del Centro de Atención Primaria, si corresponde, o con el Equipo de Salud Mental y Psiquiatría de otro nivel de atención, correspondiente a su domicilio y/o a su previsión. El cumplimiento de este objetivo requiere una estrecha coordinación con el o los Servicios de Salud de la Región, además de difusión y capacitación a los establecimientos de la red asistencial, de modo de asegurar, al menos: La información de los casos de intento de suicidio, la recolección y envío a la Seremi de la información del

caso, la derivación para atención preventiva en APS³ o Especialidad, según corresponda y el monitoreo de la atención preventiva (Ministerio de Salud, 2013)

Cuadro N°6: Actividades sugeridas para los equipos regionales en casos de intento de suicidio o suicidios consumados

<p>✓ Acceder en forma mensual a la base de datos de defunciones del DEIS y extraer los suicidios de la Región. En los casos de Intento de Suicidio, corroborar el envío desde Servicios de Salud de las Fichas de Notificación (FNIS), por medio del trabajo colaborativo.</p>
<p>✓ Capacitar a profesionales de la red asistencial, en metodología de autopsia psicológica de modo de contar con una red de profesionales capacitados para la realización de las autopsias en la comuna donde ocurre el suicidio.</p>
<p>✓ Establecer el periodo que abarcará el estudio de casos con la metodología de autopsia psicológica (por ejemplo, se realizará el estudio de autopsia psicológica en septiembre a los suicidios ocurridos en la Región entre los meses de abril, mayo y junio).</p>
<p>✓ Realizar autopsia psicológica a todos los casos de suicidio ocurridos en la Región, en el período predefinido, o al menos al 30% de éstos.</p>
<p>✓ Realizar estudio de casos en vigilancia de los intentos de suicidios informados, idealmente al 100% de los casos.</p>
<p>✓ Monitorear la incorporación de las familias de las personas que cometieron suicidio, y de aquellos que realizan un intento, a un programa terapéutico preventivo, con al menos 6 intervenciones anuales (consultas, contactos telefónicos, intervenciones psicosociales individuales, familiares o de grupo, etc.).</p>
<p>✓ Elaborar, distribuir y difundir información relativa a la implementación del Sistema de Estudio de Casos de suicidios e intentos de suicidio en cada Región.</p>
<p>✓ Analizar en forma periódica, la información obtenida en las autopsias psicológicas y en el estudio de casos en vigilancia para identificar factores de riesgo específicos asociados, establecer los perfiles de riesgo en cada región y entregar información para la definición de estrategias locales de intervención.</p>

³ APS: Atención Primaria de Salud

- ✓ Difusión de los análisis de la información recolectada en el Sistema de Estudio de Casos.

Fuente: Elaboración propia en base a la información otorgada por el Programa Nacional de Prevención del Suicidio (Ministerio de Salud, 2013, pág. 15)

Para finalizar, se establece que, para el primer componente del programa, referido al estudio de caso, es necesario considerar los siguientes indicadores:

Cuadro N°7: Indicadores sugeridos

Indicadores
Porcentaje de Seremi de Salud con Sistema de Estudio de Casos operando.
Porcentaje de Seremi de Salud que cuentan con análisis de la información obtenida en el Sistema de Estudio de Casos.
Porcentaje de Seremi de Salud que cuentan con informe de estudio de autopsia psicológica.

Fuente: Elaboración propia en base a la información otorgada por el Programa Nacional de Prevención del Suicidio (Ministerio de Salud, 2013, pág. 15)

3.1.2 Segundo componente: Implementación de un Plan Regional Intersectorial de Prevención del Suicidio

Partiendo de la base que el problema del suicidio es multicausal, donde influyen un sinnúmero de factores, es necesario implementar acciones futuras que incluyan a todos los sectores sociales.

Es por ello que, cada Seremi deberá desarrollar estrategias para sensibilizar y movilizar la mayor cantidad de sectores, con el fin de crear una mesa regional donde se diseñe, elabore, ejecute y evalúe el Plan Regional Intersectorial de Prevención del Suicidio. Para lo anterior, se debe considerar los sectores de Educación, Trabajo, Salud, Deportes y Recreación, Intendencia, Senama, Sename, Senda, Sernam, Justicia, PDI, Carabineros, Ministerio de Desarrollo Social. Para el desarrollo de su trabajo, la definición de sus líneas de acción, estrategias y actividades, la mesa intersectorial se nutrirá de la información generada por el Sistema de Estudio de Casos. (Ministerio de Salud, 2013)

Se establece que las estrategias de intervención deben incluir acciones orientadas a restringir el acceso a medios letales, fortalecer las capacidades organizativas y de autoayuda

de la comunidad, y potenciar en la conciencia pública la noción que el suicidio es prevenible, y la valorización de la búsqueda de ayuda. (Ministerio de Salud, 2013)

Cuadro N°8: Actividades sugeridas para la implementación del Plan Regional Intersectorial de Prevención del Suicidio

✓ Elaborar orientaciones y lineamientos técnicos para el desarrollo de planes regionales intersectoriales de prevención del suicidio, incorporando enfoque de género y determinantes sociales.
✓ Informar a los distintos sectores sociales sobre la realidad del suicidio en la Región y la necesidad de establecer acciones intersectoriales para su prevención.
✓ Coordinar la conformación de una mesa intersectorial para elaboración y ejecución del plan regional intersectorial de prevención del suicidio.
✓ Difundir el plan regional intersectorial de prevención del suicidio.

Fuente: Elaboración propia en base a la información otorgada por el Programa Nacional de Prevención del Suicidio (Ministerio de Salud, 2013, pág. 17)

Se establece que, para el segundo componente del programa, es necesario considerar los siguientes indicadores:

Cuadro N°9: Indicadores sugeridos

Indicadores
Porcentaje de Seremi de Salud con Plan Regional Intersectorial de Prevención del Suicidio en desarrollo.
Porcentaje de Seremi con Planes Regionales Intersectorial de Prevención del Suicidio que incorporan líneas de acción orientadas a restringir el acceso a los medios letales.
Porcentaje de Seremi con Planes Regionales Intersectorial de Prevención del Suicidio que incorporan líneas de acción orientadas a aumentar las competencias organizativas y de ayuda mutua de la comunidad.
Porcentaje de Seremi con Planes Regionales Intersectorial de Prevención del Suicidio que incorporan líneas de acción orientadas a aumentar la conciencia pública y la valorización de la búsqueda de ayuda.

Fuente: Elaboración propia en base a la información otorgada por el Programa Nacional de Prevención del Suicidio (Ministerio de Salud, 2013, pág. 17)

3.1.3 Tercer componente: Fortalecimiento de las competencias de los profesionales de la salud

Es vital que los funcionarios y personal de salud estén capacitados en la detección de personas en riesgo suicida y manejen herramientas básicas para dar una primera respuesta. Es por ello que, la Seremi de Salud debe coordinarse con el o los Servicios de Salud de su territorio a fin de favorecer el desarrollo de cursos y talleres de capacitación en la temática y que estas sean concordantes con las orientaciones que se están entregando, como también deben mantener actualizada la información de los funcionarios de salud que han recibido capacitación en prevención, detección y manejo del riesgo suicida. (Ministerio de Salud, 2013)

Asimismo, la Seremi debe difundir las normas y orientaciones técnicas existentes, y facilitar la elaboración de protocolos de derivación y de atención, como también los instrumentos de detección. Es por ello que resulta importante el trabajo con las instituciones encargadas de formar a profesionales del ámbito de la salud, para que así incluyan estas temáticas en las respectivas mallas curriculares. (Ministerio de Salud, 2013)

En una primera etapa se sugiere que los esfuerzos estén orientados a los profesionales del nivel primario de atención y de los servicios de urgencia, tanto públicos como privados, poniendo a disposición de éstos un módulo de capacitación en detección e intervención temprana del riesgo suicida y generando mecanismos que faciliten el acceso de dichos profesionales a esta capacitación. (Ministerio de Salud, 2013)

Cuadro N°10: Actividades sugeridas para el fortalecimiento de las competencias de los profesionales de la salud

✓ Elaborar y difundir un protocolo regional de prevención y manejo del riesgo suicida.
✓ Diseñar, elaborar y distribuir material técnico de apoyo (instrumentos de detección, pautas de acción, etc.)
✓ Realizar acciones de coordinación con organismos formadores de profesionales de la salud en cada región, con el fin de que incorporen la temática en las mallas curriculares.
✓ Desarrollar cursos y talleres para impartir capacitación en detección e intervención temprana del riesgo suicida, dirigidos a funcionarios de salud (pública y privada) en cada región.

- ✓ Coordinar acciones de prevención del suicidio con instituciones de salud privadas.
- ✓ Elaborar, distribuir y difundir orientaciones regionales sobre la oferta y mecanismos de acceso a capacitación de los profesionales de salud en detección e intervención temprana del riesgo suicida.
- ✓ Realizar auditorías de fichas en los casos de suicidio adolescente, en establecimientos de salud públicos y privados, coordinando la acción con SEREMI de Salud y los directores (as) de los establecimientos.

Fuente: Elaboración propia en base a la información otorgada por el Programa Nacional de Prevención del Suicidio (Ministerio de Salud, 2013, pág. 18)

Se establece que, para el tercer componente del programa, es necesario considerar los siguientes indicadores:

Cuadro N°11: Indicadores sugeridos

Indicadores
Porcentaje de profesionales de APS (pública y privada) con competencias en detección e intervención temprana del riesgo suicida.
Porcentaje de Unidades y Servicios de Urgencia, (públicos y privados) con profesionales capacitados en detección e intervención temprana del riesgo suicida.
Porcentaje de establecimientos de salud (públicos y privados), con normativa local para utilización del protocolo regional de detección e intervención temprana del riesgo suicida.

Fuente: Elaboración propia en base a la información otorgada por el Programa Nacional de Prevención del Suicidio (Ministerio de Salud, 2013, pág. 18)

3.1.4 Cuarto componente: Incorporación de programas preventivos en los establecimientos educacionales

Es importante que los programas destinados a la prevención, velen por desarrollar las condiciones óptimas para resguardar la educación y la integridad de niños y jóvenes pertenecientes a los establecimientos educacionales del país. Para llevar a cabo lo anterior, debe existir una relación concordante entre los establecimientos educacionales y con las Seremi de Educación de cada Región, ya que el diseño y la implementación debe realizarse

de forma coordinada con ambas partes. Entre los programas preventivos, se encuentran los siguientes:

- a) Programas educativos dirigidos a toda la comunidad educacional, centrado en el fortalecimiento de los factores protectores propios del medio escolar, que incluyan actividades e intervenciones que apunten a fortalecer la autoestima y el desarrollo de habilidades para la vida, adquirir herramientas para un buen manejo de crisis y una sana toma de decisión.
- b) Programas preventivos dirigidos a docentes, paradocentes, padres y apoderados que incorporen herramientas para detectar e intervenir los factores de riesgo.
- c) Programas de capacitación en identificación y manejo de niños, niñas y jóvenes en riesgo.
- d) Programas de capacitación que entreguen herramientas y protocolos para actuar ante casos de intento o de suicidio en la comunidad escolar. (Ministerio de Salud, 2013)

Figura Nº12: Actividades sugeridas para la incorporación de programas preventivos en los establecimientos educacionales

✓ Diseñar, en conjunto con la Seremi de Educación, un programa preventivo para ser implementado en los establecimientos educacionales de la Región.
✓ Planificar en conjunto con la Seremi de Educación, las etapas de implementación del programa preventivo a nivel regional.
✓ Ejecutar en conjunto con la Seremi de Educación, el programa preventivo diseñado.
✓ Evaluar en conjunto con la Seremi de Educación, el programa preventivo diseñado.

Fuente: Elaboración propia en base a la información otorgada por el Programa Nacional de Prevención del Suicidio (Ministerio de Salud, 2013, pág. 19)

Para este componente del programa, se debe considerar los siguientes indicadores:

Cuadro N°13: Indicadores sugeridos

Indicadores
Porcentaje de establecimientos de educación básica y media, municipalizada y particular subvencionada, con programa preventivo implementado.
Porcentaje de alumnos de educación básica y media de establecimientos municipalizados y particulares subvencionados que participan en programa preventivo implementado.

Fuente: Elaboración propia en base a la información otorgada por el Programa Nacional de Prevención del Suicidio (Ministerio de Salud, 2013, pág. 19)

3.1.5 Quinto componente: Desarrollo de un sistema de ayuda en situaciones de crisis

Es sumamente importante que cuando se desencadene una crisis de conductas suicidas en el individuo, se logre obtener ayuda de una red de apoyo. Es por ello que, en cada Región se debe implementar un sistema de ayuda en crisis, el cual debe incluir por lo menos las siguientes medidas: Establecer una línea telefónica de ayuda -la cual debe estar en coordinación con la plataforma salud responde-, una página de ayuda en Internet y un programa de intervención en crisis en cada servicio de salud. (Ministerio de Salud, 2013)

El Programa de intervención en crisis podrá ser implementado tanto en los servicios o unidades de salud mental y psiquiatría, como en los servicios o unidades de urgencia de los establecimientos públicos y privados que conforman la red asistencial de cada Servicio de Salud, y debe incluir el seguimiento de las personas que han realizado intentos de suicidio, así como el apoyo y seguimiento de la familia en los casos de suicidios consumados. (Ministerio de Salud, 2013)

Cuadro N°14: Actividades sugeridas para el desarrollo de un sistema de ayuda en situación

✓ Instalación de una línea de ayuda telefónica en plataforma Salud Responde.
✓ Elaboración y mantención de una página de ayuda en Internet.
✓ Elaboración, impresión, distribución y difusión de Orientaciones Técnicas para el desarrollo del Programa de Intervención en Crisis, que incluya enfoque de género y condicionantes sociales, en cada Servicio de Salud.
✓ Instalación en cada Seremi de Salud, de un programa de seguimiento y evaluación del sistema regional de ayuda en situaciones de crisis.

Fuente: Elaboración propia en base a la información otorgada por el Programa Nacional de Prevención del Suicidio (Ministerio de Salud, 2013, pág. 19)

Se establece que, para el quinto componente del programa, es necesario considerar los siguientes indicadores:

Cuadro N°15: Indicadores sugeridos

Indicadores
Porcentaje de Servicios de Salud con Programa de Intervención en crisis implementado.
Porcentaje de Seremis de Salud con programa de seguimiento y evaluación del Sistema de ayuda en situaciones de crisis implementado.

Fuente: Elaboración propia en base a la información otorgada por el Programa Nacional de Prevención del Suicidio (Ministerio de Salud, 2013, pág. 19)

3.1.6 Sexto componente: Apoyo técnico para una correcta cobertura mediática y refuerzo del papel de los medios de comunicación en la prevención del suicidio

Es importante considerar las posibles influencias que pueden tener los medios de comunicación masiva con los comportamientos, actitudes y creencias de las personas, indiscutiblemente juegan un rol activo dentro la sociedad y es por ello que se debe apostar a obtener un apoyo como ente activo para la prevención. Para ello se diseñará un plan comunicacional centrado en sensibilizar, capacitar y apoyar a los medios de comunicación para que cumplan un rol activo en la prevención del suicidio. (Ministerio de Salud, 2013)

Cuadro N°16: Actividades sugeridas de apoyo técnico para una correcta cobertura mediática de los medios de comunicación en la prevención del suicidio

✓ Elaborar un plan comunicacional que potencie un rol activo de los Medios de Comunicación en la prevención del suicidio.
✓ Realizar reuniones informativas con directivos y trabajadores de los medios de comunicación regionales, sobre el fenómeno del suicidio y el rol de los medios de comunicación.
✓ Realizar reuniones de coordinación con representantes de los medios de comunicación existentes en la Región.
✓ Realizar acciones de coordinación con instituciones de formación de profesionales de las comunicaciones.
✓ Realizar acciones de coordinación con asociaciones de profesionales de las comunicaciones.

- ✓ Desarrollar talleres de capacitación dirigidos a periodistas y editores de medios de comunicación existentes en la Región (en lo posible, en que ellos sean parte del equipo docente).
- ✓ Elaborar y distribuir recomendaciones comunicacionales para difundir información sobre el suicidio.
- ✓ Elaborar y distribuir minutas con información de utilidad para la prevención del suicidio.
- ✓ Implementar un sistema de monitoreo de los contenidos relativos al suicidio que se difunden en los medios de comunicación.

Fuente: Elaboración propia en base a la información otorgada por el Programa Nacional de Prevención del Suicidio (Ministerio de Salud, 2013, pág. 19)

Se establece que, para el sexto y último componente del programa, es necesario considerar los siguientes indicadores:

Cuadro N°17: Indicadores sugeridos

Indicadores
Porcentaje de noticias sobre suicidio publicadas en medios de comunicación regional, que siguen las pautas recomendadas.
Porcentaje de medios de comunicación que difunden información sobre prevención del suicidio.

Fuente: Elaboración propia en base a la información otorgada por el Programa Nacional de Prevención del Suicidio (Ministerio de Salud, 2013, pág. 20)

CAPÍTULO IV: Marco Metodológico

4.1. Problema de Investigación

¿El Programa Nacional de Prevención del Suicidio impulsado por el Estado de Chile durante el año 2013-2018, contempla los lineamientos del Marco de Salud Pública para la Prevención del Suicidio de la Organización Mundial de la Salud?

4.2. Justificación del Problema

Según datos de la Organización Mundial de la Salud, cada año se suicidan casi un millón de personas, lo que supone una tasa de mortalidad "global" de 16 por cada 100.000 habitantes, o en otras palabras, una muerte cada 40 segundos. A ello se le agrega como agravante que, dentro de los últimos 45 años, las tasas de suicidio han aumentado en un 60% a nivel mundial. (Organización Mundial de la Salud, 2012)

Por otro lado, la OCDE da cuenta que Chile, es el segundo país miembro que más ha visto modificada su tasa de suicidio -en primer lugar se encuentra Corea-, ya que ha sufrido un aumento de casi un 90%, durante el periodo 1990 – 2011 (OCDE, 2014). Actualmente, la tasa de suicidio alcanza un 10,7%, lo que la clasifica en la segunda causa de muerte no natural en nuestro país. La cifra anterior, da cuenta que ha disminuido levemente, luego de la tasa peak del año 2009, la cual ascendía a un 13,3%, lo que significa que, en ese entonces, fallecían entre 5 a 6 personas por día en nuestro país a causa del suicidio.

Otras cifras importantes, son las que otorga la Encuesta Nacional de Salud 2016-2017, la cual da cuenta que el 2,2% de la población nacional ha pensado seriamente en quitarse la vida en los últimos 12 meses y que el 3,0% de las personas entre 45 y 54 años hizo un plan para suicidarse en el último año. En cuanto el 2,5% de este grupo etario intentó suicidarse en el mismo período. (Ministerio de Salud, 2017)

Dado lo anterior, se logra vislumbrar que dicha problemática atañe a la salud pública a nivel mundial, donde son multidimensionales los factores que inciden en la ideación suicida. Lo que sí existe certeza, es que dicha problemática es prevenible y abordable, siempre y cuando exista un coordinación y colaboración de los distintos entes sociales. Lo relevante hoy en día, es sensibilizar a la población, como también realizar una revisión de las políticas y programas nacionales que se enmarcan en disminuir y prevenir el suicidio, como así también, establecer los desafíos a nivel de Estado en esta materia.

4.3. Objetivos

4.3.1. Objetivo General

Analizar el Programa Nacional de Prevención del Suicidio en Chile durante el periodo 2013 – 2018, frente a lo establecido en el Marco de Salud Pública para la Prevención del Suicidio de la Organización Mundial de la Salud.

4.3.2. Objetivos Específicos

- 1) Determinar el contexto y la prevalencia del suicidio en Chile y el mundo, durante el periodo 2000-2018.
- 2) Describir el Marco de Salud Pública para la Prevención del Suicidio establecido por Organización Mundial de la Salud.
- 3) Describir el Programa Nacional de Prevención de Suicidio en Chile y los componentes aplicados desde el periodo 2013 – 2018.
- 4) Identificar los componentes no considerados por el Programa Nacional de Prevención del Suicidio en Chile, respecto a lo establecido por la Organización Mundial de la Salud.
- 5) Establecer desafíos para el Estado de Chile en materia Prevención del Suicidio.

4.4. Definición del enfoque metodológico de investigación

La presente investigación tiene un enfoque de carácter mixto, dada la naturaleza de las variables consideradas en el problema de investigación, ya que implica la obtención de antecedentes no cuantificables como también el análisis de información referidas a variables dimensionadas de manera cuantificable. Es por ello, que se establece que el enfoque mixto representa un conjunto de procesos sistemáticos, empíricos y críticos de investigación e implican la recolección y análisis de datos cuantitativos y cualitativos, así como su integración y discusión conjunta, para realizar inferencias producto de toda la información recabada y lograr un mayor entendimiento del fenómeno bajo estudio. (Hernández Sampieri, Fernández Collado, & Baptista Lucio, 2010, pág. 593)

4.5. Diseño de investigación

Respecto al diseño de la investigación, posee un diseño de carácter exploratorio, ya que se realiza un análisis de fenómenos que no cuentan con un mayor estudio, *por lo cual, debemos “familiarizarnos con fenómenos desconocidos, con el fin de obtener información para realizar una investigación más completa de un contexto particular, investigar nuevos problemas, identificar conceptos o variables promisorias, establecer prioridades para investigaciones futuras, o sugerir afirmaciones y postulados”* (Hernández Sampieri, Fernández Collado, & Baptista Lucio, 2010, pág. 85).

Por otro lado, la investigación posee un diseño descriptivo, en el cual *“busca especificar propiedades, características y rasgos relevantes del tema de estudio”* (Hernández Sampieri, Fernández Collado, & Baptista Lucio, 2010, pág. 80). En el caso de la presente investigación, se plantea realizar una contextualización de la prevalencia del Suicidio en Chile y el Mundo, como también la descripción de los Programas de Prevención del Suicidio impulsados de forma paralela por el Estado de Chile y la Organización Mundial de la Salud.

Por último, posee un diseño de carácter no experimental con un enfoque longitudinal. El carácter no experimental de la investigación, quiere decir, que se observan los fenómenos en su contexto natural y posteriormente se realiza un análisis de ello, por ende, no existe la manipulación deliberada de las variables de estudio. (Hernández Sampieri, Fernández Collado, & Baptista Lucio, 2010, pág. 149). Cuando se plantea el enfoque longitudinal en los estudios no experimentales, hace alusión a *“estudios que reciben datos de diferentes momentos temporales, para así realizar inferencias acerca de la evolución que ha tenido en fenómeno en estudio, sus causas y sus efectos.”* (Hernández Sampieri, Fernández Collado, & Baptista Lucio, 2010, pág. 158)

4.6. Análisis e interpretación de información

Para efectos de la investigación, se realiza un análisis e interpretación de la información procesada cuantitativamente por medio de estadísticas y bases de datos oficiales, en el cual se obtiene especialmente información demográfica de las tendencias mundiales y nacionales sobre la prevalencia del suicidio. Las fuentes de investigación a nivel cuantitativo son principalmente los informes emanados de la Organización Mundial de la Salud, OCDE y del Departamento de Estadísticas e Información de Salud del Ministerio de Salud, tomándose como periodo de análisis información recopilada por dichas fuentes dentro del periodo 1990 al 2016.

Por otro lado, la recopilación de información se efectúa en base a revisión de literatura, la cual consiste en detectar, consultar y obtener referencias bibliográficas y otros materiales útiles para los propósitos del estudio, de los cuales se extrae y recopila información relevante y necesaria para el problema de investigación. (Hernández Sampieri, Fernández Collado, & Baptista Lucio, 2010, pág. 53). Lo anterior quiere decir, que se considera para el análisis y recolección de información, fuentes primarias o directas, tales como libros, publicaciones indexadas, informes de carácter técnicos y revisión de sitios web de instituciones gubernamentales como también no gubernamentales.

4.7. Categorías de análisis

Cuadro N° 18: Variables de análisis

Categoría	Definición conceptual	Subcategoría
Prevalencia de suicidios e intentos de suicidios	Frecuencia de casos de suicidios consumados e intentos de suicidios en una población en un momento dado. (Organización Panamericana de la Salud, 2008, pág. 21)	Número de casos existentes de enfermedad en un momento determinado
Factores de riesgo	Son indicativos de si un individuo, una comunidad o una población es particularmente vulnerable al suicidio.	Factores de riesgo asociados a nivel individual, sociocultural y contextual.
Medios de prevención	Son aquellos medios que tienen como fin ayudar a las personas a hacer frente a una situación especialmente difícil y por lo tanto minimizar el riesgo de suicidio.	Fortalecer las conexiones de apoyo familiar y comunitario para la prevención del suicidio. Acceso a una atención de calidad para las enfermedades mentales y físicas. Mecanismos de concientización a través de los medios de comunicación masiva para el abordaje de la conducta suicida.

		<p>Mecanismos para afrontar el estigma generado por las conductas suicidas.</p>
<p>Intervenciones efectivas</p>	<p>Líneas de acción específicas que se enfocan en intervenir a la población respecto a la prevención del suicidio dependiendo del contexto asociado.</p>	<p>Actores involucrados</p> <p>Intervención universal: dirigido a la población en general con la cobertura de la población en su conjunto, con independencia del grado de riesgo.</p> <p>Intervención selectiva: se centra en subpoblaciones que tienen un riesgo elevado de conductas suicidas y pueden ser empleadas sobre la base de las características socio-demográficas, distribución geográfica, o la prevalencia de los trastornos mentales y de uso de sustancias, en función de la contribución de estos factores a la carga global de suicidio.</p> <p>Intervención indicada está dirigido a aquellos que ya se sabe que son vulnerables al suicidio o que han intentado suicidarse.</p>

Investigación	Actividad que se orienta en la obtención de información sistemática y sostenida respecto al suicidio, la que se materializa por medio de fuentes multisectoriales, tales como: policía, ONG, hospitales, proveedores de servicios de salud mental	<p>Mejorar o establecer un sistema de registro de suicidio e intentos del mismo, como también los métodos utilizados, la edad, sexo y origen étnico.</p> <p>Trabajo colaborativo para la obtención de datos por medio de las fuentes multisectoriales.</p> <p>Implementación de encuestas comunitarias acerca del comportamiento suicida.</p>
Ejecución presupuestaria	Proceso de entrega mensual de los recursos presupuestarios de las instituciones, actualización del presupuesto inicial – mediante los decretos de modificación. (Dipres , 2018)	Ley de presupuestos destinada para la ejecución del programa en comparación con el presupuesto ejecutado durante los años 2016 y 2017.

4.8. Resultados esperados

Realizar un diagnóstico de la prevalencia del suicidio en Chile y el mundo, para posteriormente analizar el Programa Nacional de Prevención del Suicidio en base a los componentes que posee y en función a ello, determinar si se enmarcan en lo establecido en el Marco de Salud Pública para la Prevención del Suicidio de la Organización Mundial de la Salud. Una vez realizado el análisis respectivo, se pretende establecer los desafíos del Estado de Chile respecto a la prevención del suicidio. A modo general, se espera finalmente contar con información objetiva y fidedigna, ya que esta permite generar un aporte

investigativo a las ramas de políticas públicas y gestión que se enmarcan dentro de las asignaturas impartidas por Escuela de Administración Pública y que constituye un precedente a considerar para la posterior toma de decisiones en el quehacer profesional del Administrador Público.

CAPÍTULO V: Análisis de los componentes del Programa Nacional de Prevención del Suicidio en Chile, respecto a lo establecido por la Organización Mundial de la Salud

5.1. Registro y estudio de la prevalencia del suicidio e intentos de suicidios

La tasa de suicidios consumados en Chile, ha experimentado variaciones a lo largo de los años, en especial durante el periodo 2005 – 2016. Luego del peak del año 2008, donde la tasa experimentó un alza de un 12,9%, esta ha ido con tendencia a la baja de forma paulatina, donde su tasa más baja alcanzó un 9,9% durante el 2013, año en el cual comenzó la implementación del Programa Nacional de Prevención del Suicidio en Chile. Posterior a ello, la tasa de suicidios consumados ha ido levemente en aumento ya que para el año 2014 está alcanzó un 10%, para el 2015 y 2016 un 10,2%. Asimismo, los componentes del Programa Nacional de Prevención del Suicidio en Chile, solamente se han implementado en su totalidad en las regiones priorizadas: Coquimbo, Libertador Bernardo O'Higgins y Aysén, en cambio para las otras regiones, solamente se ha implementado entre uno a dos componentes, pero no de forma completa, lo que explica de alguna u otra forma, que la tasa a nivel nacional no predomine mayores disminuciones de la misma.

Por otro lado, la Organización Mundial de la Salud plantea que cada país debe enmarcarse en analizar la situación contextual respecto a la materia del suicidio, es por ello, que establece que debe existir un **sistema de registro centralizado** que se actualice de forma anual y que se nutra de fuentes multisectoriales, en donde establezca los números de casos de suicidios consumados e intentos de suicidios, los métodos utilizados, edad, sexo, origen étnico, como también la aplicación de encuestas comunitarias acerca del comportamiento suicida.

Para el caso de Chile, si bien el Programa Nacional de Prevención del Suicidio, en su componente número uno “Instalación de un sistema de estudios de casos”, establece un registro localizado de suicidios consumados e intentos de suicidios, aun así, requiere que se consideren aspectos recomendados por la Organización Mundial de la Salud, los cuales se detallaran a continuación:

Para el caso del **registro de suicidios consumados**, es el Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS) del Ministerio de Salud, quien lleva el registro de ello, el cual

tiene como propósito, dejar a disposición de las Seremis el acceso directo a la base de datos de defunciones con actualización mensual. En esta materia, actualmente existe dicho registro, salvo que este no se ha actualizado desde el año 2016, lo que finalmente es un tema pendiente tomado en cuenta los parámetros que establece la Organización Mundial de la Salud, donde en ello plantea que debe existir una actualización año a año de este registro. Cabe mencionar que este registro está funcionando a nivel nacional.

Para el caso del **registro y estudios de intentos de suicidios**, es importante mencionar en primer lugar que esta modalidad de registro, solo opera en tres regiones del país: Coquimbo, Libertador Bernardo O'Higgins y Aysén. Por otro lado, no existe un sistema central de gestión de la información o notificación y vigilancia de los intentos de suicidios, lo que finalmente significa que cada Seremi solicita la información de los casos a establecimientos de la red pública y privada de su región por medio de una ficha estándar, pero esta información no es sistematizada a un sistema a nivel central para que se permita recoger información de manera inmediata

En cuanto al registro y estudios de **métodos utilizados** para las lesiones autoinfligidas, el Programa Nacional de Prevención del Suicidio, no considera dentro de sus componentes, sistematizar esta información, lo cual resulta relevante al momento de generar campañas de concientización en la población y además para el conocimiento y abordaje de la problemática tanto para los profesionales del área, como también para el manejo comunitario de la misma.

Para el caso de la sistematización de información recomendada por la Organización Mundial de la Salud respecto a el registro de suicidios e intentos de suicidios en **grupos étnicos**, el Programa Nacional de Prevención del Suicidio, incorpora dentro de sus lineamientos incorporar la perspectiva de pueblos originarios, dado que el programa se ejecuta a nivel regional y considera las particularidades de la población de cada región. Además, en la formulación del mismo, se especifica cómo se presenta el fenómeno del suicidio en los pueblos originarios, quienes tienen tasas de suicidio mayores que la población que no se considera perteneciente a una etnia específica. Por otro lado, para el caso de los **inmigrantes**, el Programa Nacional no contempla esta perspectiva, dado que al momento de la elaboración del Programa no se contaba con información suficiente sobre la situación del suicidio en población inmigrante en Chile.

5.2. Intervenciones para el abordaje de la problemática

La Organización Mundial de la Salud, establece que los programas deben contar con al menos estas tres categorías de intervención: Intervención universal, la cual va dirigida a la población en general, con independencia del grado de riesgo, la intervención selectiva, la cual se centra en sub-poblaciones que se conoce que tienen un riesgo elevado y pueden ser empleadas sobre la base de las características socio-demográficas, distribución geográfica, o la prevalencia de los trastornos mentales y de uso de sustancias, en función de la contribución de estos factores a la carga global de suicidio, y por último la intervención indicada, la cual está dirigida a aquellos que ya se sabe que son vulnerables al suicidio o que han intentado suicidarse.

5.2.1 Intervención universal

En primer lugar, respecto a la intervención universal, la Organización Mundial de la Salud, establece que los países deben incluir dentro de sus componentes, desarrollar medidas que combatan el uso nocivo del alcohol. En este ámbito, ningún componente del Programa Nacional de Prevención del Suicidio no contempla este lineamiento, lo cual se hace necesario que a futuro se tome en cuenta dado que se puede considerar articular un trabajo colaborativo y elaborar una agenda estratégica con instituciones gubernamentales tales como SENDA o bien con ONG's que se centren en esta materia.

Por otro lado, la Organización Mundial de la Salud, plantea que debe existir una restricción a los medios de autolesión/suicidio, para ello el Programa Nacional de Prevención del Suicidio, considera en su segundo componente: "Plan regional intersectorial de Prevención del Suicidio" establecer una mesa de trabajo paralela en las tres regiones priorizadas, donde se definan estrategias y acciones para afrontar los riesgos de la población. Para el cuarto trimestre del 2017, se han realizado concretamente las siguientes medidas: enmallado de puentes y pasarelas, como también la inhabilitación del acceso a sitios eriazos, entre otras medidas. Respecto a este punto, se considera un tema que debe trabajarse en mayor profundidad, dado que se requiere ir más allá, dado que como se ha visto con anterioridad en este ámbito, sería necesario considerar la sistematización de información relevante sobre los medios de autolesión que más ha incurrido la población con conductas suicidas, para así hacer frente a la problemática de forma más detallada y específica la intervención en esta materia.

Por último, en cuanto a la intervención universal, la Organización Mundial de la Salud, establece que el programa debe apuntar a ayudar y alentar a los medios de comunicación a seguir prácticas de información responsable sobre el suicidio. En este ámbito, en el caso de Chile, se enmarca dentro del sexto componente del programa: “Apoyo técnico para una correcta cobertura mediática y refuerzo del papel de los medios de comunicación en la prevención del suicidio”, lo cual se materializa mediante el diseño, elaboración, implementación y seguimiento de un plan de capacitación a los medios de comunicación en estrategias adecuadas para abordar la comunicación respecto a las conductas suicidas de la población. De manera concreta, para fines del 2017, se capacitaron seis medios de comunicación en esta materia, los cuales pertenecían a las regiones priorizadas.

5.2.2 Intervención Selectiva

Respecto a la intervención selectiva, la Organización Mundial de la Salud, establece que deben existir intervenciones dirigidas a grupos vulnerables. Para el caso del Programa Nacional de Prevención del Suicidio, su cuarto componente llamado “Programas preventivos en los establecimientos educacionales”, establece la intervención dirigida de forma concreta, pero solamente focalizado en un tipo de grupo vulnerable que, en este caso, es a niños y jóvenes de los establecimientos educacionales del país. Para la ejecución de este componente, debe existir una coordinación entre las Seremis de Salud y los establecimientos educacionales, en el cual se deben realizar talleres y cursos dirigidos tanto a los alumnos/as, como a los docentes, paradocentes, padres y apoderados, con el objetivo de fortalecer los factores protectores propios del medio escolar y de entregar herramientas para detectar factores de riesgo en niños y adolescentes. Actualmente, solo nueve establecimientos educacionales de las regiones de Coquimbo, Libertador Bernardo O’Higgins y Aysén están llevando a cabo este componente y se está priorizando a alumnos de colegios municipalizados y particulares subvencionados. Dado lo anterior, se refleja una lentitud al momento de la implementación de este componente, como también es necesario implementar el programa en todo el sistema escolar, donde en ello también se priorice a los establecimientos particulares.

Cabe mencionar, que si bien el Programa Nacional contempla este lineamiento establecido por la OMS, se considera que aun así, también debe contemplarse la intervención focalizada a otros tipos de grupos vulnerables, como lo son los adultos mayores, ya que las estadísticas nacionales constatan que para el año 2015, la defunción a causa del suicidio, se encuentra centrada principalmente en este grupo, donde en primer lugar, se posiciona el grupo etario

de entre los 75 a 79 años, con una tasa observada de 20,4% por cada 100.000 habitantes, en segundo lugar, se encuentra el grupo etario de 80 años en adelante, con una tasa de 17,7%, como también otro rango que destaca, es el de 50 a 54 años de edad con un tasa observada de un 14,3%. Dado lo anterior, se da cuenta que las cifras están muy por encima del promedio nacional respecto a la tasa de suicidios y que, por tanto, es vital considerar y focalizar la ayuda y el acompañamiento preventivo a la población adulto mayor.

Por otro lado, la Organización Mundial de la Salud, plantea que de existir la capacitación de gatekeepers, los cuales son personas que interactúan con los miembros de la comunidad y que pueden ser contener situaciones de crisis suicida siempre y cuando sean capacitados para reconocer las detonantes y riesgos de la misma. Se reconocen como gatekeepers a los siguientes actores sociales: Proveedores de atención primaria de salud, proveedores de cuidados en el área de salud mental, proveedores de atención médica de emergencia, profesores y personal que trabaje a nivel escolar, líderes comunitarios, policías, oficiales militares, trabajadores de bienestar social y líderes espirituales. En el caso del Programa Nacional de Prevención del Suicidio, se contempla en el cuarto componente la creación de facilitadores comunitarios o bien llamados gatekeepers, pero solamente se enfoca en el área de establecimientos educacionales, por medio de la capacitación en detección de factores de riesgo para conducta suicida de docentes, paradocentes, alumnos de enseñanza media, padres y apoderados, donde el cual sí se aplica el parámetro de la Organización Mundial de la Salud, pero aun así, existen diversos sectores como lo es seguridad pública, laboral o a nivel comunitario que no son contemplados para la creación de gatekeepers.

Además, la Organización Mundial de la Salud, establece que debe existir una línea telefónica permanente que brinde ayuda psicológica en caso de que se desencadene una crisis. Para el caso de Chile, el Programa Nacional de Prevención del Suicidio, considera en su quinto componente “Desarrollo de un sistema de ayuda en situaciones en crisis” el hecho de establecer una línea telefónica de ayuda, que actualmente se materializa por medio del sistema Salud Responde del Ministerio de Salud, en el cual existe un protocolo de actuación en caso de llamadas por crisis suicidas, las cuales son atendidas por profesionales que brindan contención psicológica y la coordinación para el traslado a un centro asistencial. Esta línea telefónica se implementa en todas las regiones del país, y funciona durante los 365 días del año de 9 de la mañana hasta las 24 horas.

5.2.3 Intervención indicada

En cuanto a la intervención indicada propuesta por la Organización Mundial de la Salud, establece que debe existir una evaluación y manejo de los comportamientos suicidas por parte de las instituciones de salud pública de cada país. Para el caso del Programa Nacional de Prevención del Suicidio, este contempla dicho lineamiento en su primer componente: Instalación de un sistema de estudios de casos, en donde se establece que el sistema de registro que se implemente, debe contar con sistemas de alarma que permitan monitorear que las personas que han realizado un intento de suicidio, se encuentren en control preventivo, ya sea en el Programa de Salud Mental del Centro de Atención Primaria, o bien, con el equipo de Salud Mental y Psiquiatría de otro nivel de atención. Pero es necesario mencionar, que la realidad al año 2017, es totalmente distante, dado que no se ha aplicado hasta la fecha dicho sistema de alarma que permita realizar un seguimiento y posterior evaluación del manejo de las conductas suicidas, y esto se constata con que el 50% de los consultantes por intento de suicidio no recibe control o seguimiento más allá del tercer día desde su atención en el servicio de urgencia, por ende, es un lineamiento contemplado pero que no se ha materializado de manera efectiva durante los últimos años.

Asimismo, la Organización Mundial de la Salud, establece que debe existir evaluación y manejo de los trastornos mentales, como también los debidos al consumo de sustancias. En el caso del Programa Nacional de Prevención del Suicidio, no se contempla este lineamiento como propio del programa, dado que el mismo se complementa con otras intervenciones o programas establecidos por el Ministerio de Salud y que este caso se enmarca en el Programa de Salud Mental del Ministerio en mención. La forma en que opera el trabajo de complementario entre ambos programas es la siguiente: El encargado del Programa de Prevención del Suicidio de la región, deriva los casos notificados de suicidios e intentos del mismo a la red asistencial para que sean incorporados en atención de salud mental, ya sea en el Programa Integral de Salud Mental, en los COSAM (Centro de Salud Mental) o en los Servicios Clínicos de Hospitalización Psiquiátrica. Posterior a ello, el encargado de Salud Mental de la Dirección del Servicio de Salud, será informado sobre los casos derivados a la red asistencial para que monitoree su incorporación a atención en salud mental e informe al encargado regional del Programa de Prevención del Suicidio.

Además, la Organización Mundial de la Salud, establece capacitar a los trabajadores de salud primaria en materia de salud mental. El Programa Nacional de Prevención del Suicidio,

sí contempla este lineamiento dentro de su tercer componente: “Fortalecimiento de las competencias de los profesionales de la salud”, en el cual cada Seremi de Salud debe coordinarse con el o los Servicios de Salud de su territorio a fin de favorecer el desarrollo de cursos y talleres de capacitación en la temática y que estas sean concordes con las orientaciones que se están entregando. En una primera etapa se establece que los esfuerzos deben estar orientados a los profesionales del nivel primario de atención y de los servicios de urgencia, tanto públicos como privados. Por otro lado, se debe mantener actualizada la información de los funcionarios de salud que han recibido capacitación en prevención, detección y manejo del riesgo suicida. Asimismo, la Seremi debe difundir las normas y orientaciones técnicas existentes, y facilitar la elaboración de protocolos de derivación y de atención, como también los instrumentos de detección. Dado lo anterior, para el cuarto trimestre del 2017, se concretizó la capacitación en detección y manejo de riesgo suicida de 796 profesionales que pertenecen a la red de atención primaria y servicios de urgencia de la red pública de salud de las regiones priorizadas, esto quiere decir que aún hay una tarea pendiente esta materia, en especial por el hecho de extender estas capacitaciones a toda la red de salud del país, considerando las urgencias del sector privado, ya que la problemática debe ser abordada desde una mirada transversal.

5.3 Cobertura y presupuesto asociado al Programa Nacional de Prevención de Suicidio en Chile periodo 2016 -2017

Dentro de los elementos constitutivos que plantea la Organización Mundial de la Salud para llevar a cabo con un éxito relativo toda política pública, es evaluando la necesidad y la disponibilidad de recursos para sobrellevar cualquier intervención de salud pública. En el marco de lo anterior, se debe contemplar los últimos presupuestos asociados al programa, como también la cobertura a nivel de beneficiarios del mismo.

Cuadro N°19: Recursos financieros destinados al Programa Nacional de Prevención del Suicidio entre el periodo 2016 - 2017

Recursos	2016	2017
Ley de presupuestos	\$151.840.000	\$178.773.000
Presupuesto vigente	\$151.840.000	\$178.773.000

Presupuesto ejecutado	\$150.758.000	\$116.125.000
Ejecución presupuestaria: corresponde a la razón entre el presupuesto ejecutado y el presupuesto vigente.	-\$1.082.000	-\$62.648.000
	Se ejecutó un 99,29% del presupuesto.	Se ejecutó un 64,96% del presupuesto.

Fuente: Elaboración propia en base a los datos otorgados por el Banco Integrado de Programas Sociales del Ministerio de Desarrollo Social (Banco Integrado de Programas Sociales, 2017)

En cuanto al presupuesto destinado para el Programa Nacional de Prevención del Suicidio para el año 2016, fue aprobado por el Congreso Nacional según la Ley de Presupuestos, por un monto de \$151.840.000 pesos, el cual si se visualiza en el cuadro anterior se ejecutaron \$150.758.000 pesos, lo que equivale a un 99,29% del cumplimiento del presupuesto destinado para el año en mención. Para el año 2017, el presupuesto destinado para el programa fue de \$178.773.000 pesos, del cual solo se ejecutó el 64,96% de este, lo que equivale en cuanto a cifras, a la ejecución de \$116.125.000 pesos, lo que refleja que existió en ese periodo un superávit presupuestario de \$62.648.000 pesos. Lo anterior, se puede deducir que lo planificado para dicho año, no se gestionó de la forma más adecuada posible, ya que finalmente el presupuesto gubernamental es una herramienta de administración, planificación y gestión que debe ejecutarse de forma óptima para hacer frente a los objetivos previstos del programa, lo que finalmente actúa en desmedro de la población potencial y beneficiaria que accede al mismo.

Cuadro N°20: Cobertura del Programa Nacional de Prevención del Suicidio, 2016-2018.

Tipo de población	2016	2017	2018
Población potencial ⁴	247.512	247.512	247.512
Población objetivo ⁵	16.160	16.573	16.865

⁴ Población potencial: Personas que están en riesgo de cometer un suicidio: personas que han intentado suicidarse, familiares de personas que han cometido un suicidio o han intentado y las personas portadoras de alguna enfermedad mental.

⁵ Población objetivo: Personas que viven en las regiones priorizadas por el programa: Coquimbo, O'Higgins y Aysén.

Beneficiarios	16.573 (efectivos)	16.865 (efectivos)	16.865 (estimados)
Cobertura			
Cobertura efectiva: Relaciona la cobertura del programa respecto a la población objetivo definida por el programa.	102,5%	101,76%	-
Población no cubierta: Relaciona la cobertura del programa respecto a la población que presenta el problema. En otras palabras indica la brecha que existe entre quienes presentan el problema y quienes acceden al programa.	93,3%	93,1%	-

Fuente: Datos otorgados por el Banco Integrado de Programas Sociales del Ministerio de Desarrollo Social (Banco Integrado de Programas Sociales, 2017)

Respecto a la cobertura del Programa Nacional de Prevención del Suicidio, se establece que la población potencial que debería estar cubierta por el programa para los años 2016, 2017 y 2018 es de 247.512 personas. En cambio, si se toma en cuenta la población objetivo, esta es mucho menor, disminuyendo así la cifra de las personas que realmente están dentro de la cobertura del programa a 16.160 personas para el 2016, 16.573 personas para las 2017 y 16.865 personas para el 2018. Lo anterior, finalmente se debe a que se priorizó ejecutar la totalidad de los componentes del programa en las regiones de Coquimbo, Libertador Bernardo O'Higgins y Aysén. En cuanto a la cobertura efectiva del programa, la cual considera a la población objetivo y a la población beneficiada, se da cuenta que existe una cobertura que se cumple a cabalidad dado que para el año 2016 y 2017 el programa tuvo una cobertura efectiva de un 102,5% y un 101,76% respectivamente, lo que indica que el programa ha dado respuesta a todas las personas que se propuso atender. Por otro lado, se puede visualizar a la población no cubierta por el programa, la cual se refiere diferencia existente entre quienes presentan el problema (población potencial) y quienes acceden al programa (beneficiarios). Para el año 2016, la población no cubierta por el programa es de un 93,3%, en cambio para el año 2017, esta disminuyó levemente a un 93,1%.

Considerando el panorama anterior, es sumamente importante tomar atención a los indicadores en mención, ya que da cuenta que existe un número de la población potencial

que no está siendo cubierta por el programa y que requiere de los servicios de atención para hacer frente a sus problemáticas y que además, no sabemos si la población potencial está aumentado año a año o ha ido con tendencia a la baja, ya que durante los últimos tres años no ha variado.

Por otro lado, el grupo de beneficiarios, terminan siendo superiores a la población objetivo determinada por el Programa Nacional de Prevención del Suicidio, lo cual da cuenta que la tendencia sería aumentar año a año la población objetivo que se quiere atender y que además esta debería extrapolarse lo antes posible a todo al país, ya que al llevar seis años de implementación del programa, debiese al menos cubrir la mitad de las regiones del país y no solo tres, que son las priorizadas actualmente por el programa.

CAPÍTULO VI: Desafíos y conclusiones

El suicidio a nivel mundial es considerado un serio problema de salud pública, ya que es transversal a un grupo social y etario, del cual los Estados deben hacerse cargo, dado que no es solo una problemática sanitaria, pues no involucra sólo a la persona que se encuentra en riesgo de consumir el suicidio, sino también involucra consecuencias para el entorno cercano y familiar. En el caso de Chile, no es la excepción, esta investigación evidencia cifras preocupantes que permiten concluir grandes desafíos que debe enfrentar el Estado en esta materia.

En primer lugar, el Programa Nacional de Prevención del Suicidio, en su componente número uno “Instalación de un sistema de estudios de casos”, establece un registro localizado de suicidios consumados e intentos de suicidios, pero se requiere que se consideren aspectos recomendados por la Organización Mundial de la Salud. En este sentido, para el caso de los suicidios consumados, actualmente existe dicho registro, salvo que este no se ha actualizado desde el año 2016, lo que finalmente es un tema pendiente al cual se debe hacer frente por medio de una actualización periódica y así también tomando en cuenta los parámetros que establece la Organización Mundial de la Salud, donde en ello plantea que debe existir una actualización año a año de este registro.

Para el caso del registro y estudios de intentos de suicidios, se torna el siguiente desafío, contar a futuro con un sistema central de gestión de la información o notificación y vigilancia de los intentos de suicidios, ya que permite recoger información de manera inmediata y ordenada, donde además se evita recopilar la información de forma parcelada de Seremi en Seremi.

Por otro lado, es necesario que se establezca un registro y estudios de métodos utilizados para las lesiones autoinfligidas, dado que el Programa Nacional de Prevención del Suicidio, no considera dentro de sus componentes sistematizar esta información, lo cual resulta relevante al momento de generar campañas de concientización en la población y además para el conocimiento y abordaje de la problemática, tanto para los profesionales del área, como también para el manejo comunitario de la misma.

Además, se debe contemplar para un futuro, incorporar al grupo de los inmigrantes al programa, tal como lo establece la Organización Mundial de la Salud, ya que para el año 2017, según cifras del Departamento de Extranjería y Migración, la población inmigrante

residente en Chile, constituye el 6,1% de la población total, cifra no menor que es pertinente considerar, ya que la tendencia año a año ha sido que esta tasa vaya en aumento y que por tanto, sería adecuado contar con información relativa a la situación del suicidio en la población inmigrante en Chile, ya que el hecho de estar fuera de su país de origen, lejos de su entorno cercano, sin un trabajo inmediato, la soledad e incluso la discriminación, conforman un clímax emocional que puede ser detonante de un suicidio.

En cuanto a las intervenciones indicadas por la Organización Mundial de la Salud, da cuenta que es necesario desarrollar medidas que combatan el uso nocivo del alcohol y drogas, pero actualmente el programa nacional no contempla este lineamiento. Dado lo anterior, resulta necesario, poder articular un trabajo colaborativo y una agenda intersectorial con instituciones que se enmarquen dentro del área, como por ejemplo el SENDA u ONG's, o bien que se contemple ampliar el rango de edad de la Garantía Explícita de Salud N°53 "Consumo Perjudicial o Dependencia de riesgo bajo a moderado de alcohol y drogas" ya que la intervención hacia este grupo se ve limitada, dado que solo se interviene a personas que tengan hasta 20 años de edad.

En cuanto a intervenciones dirigidas a grupos vulnerables, si bien el Programa Nacional de Prevención del Suicidio, incluye este lineamiento en su cuarto componente llamado "Programas preventivos en los establecimientos educacionales", donde se focaliza la intervención en niños y jóvenes, resultaría relevante para un futuro, considerar dentro del componente, al grupo de los adultos mayores, ya que las estadísticas nacionales constatan que para el año 2015, la tasa en promedio de defunción a causa del suicidio es de un 17,5% y se encuentra centrada principalmente en este grupo, lo cual son cifras que están muy por encima del promedio nacional respecto a la tasa de suicidios y que, por tanto, es vital considerar y centralizar la ayuda y el acompañamiento preventivo a la población adulto mayor, ya que según las estimaciones de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), señala que en Chile para el año 2035, el grupo de menos de 14 años representará el 16,9% del total de población, mientras que los mayores de 65 años serán el 18,8%, lo cual refleja que en 16 años más, habrán más adultos mayores que niños. Asimismo, se puede visualizar que en la mayoría de los casos los adultos mayores, son personas sumamente solitarias, que padecen de enfermedades limitantes y donde los recursos económicos no son los suficientes para asegurar la calidad de vida que se merece este grupo y que finalmente deriva en su mayoría en trastornos de ánimo, el cual es uno de los principales factores detonantes del suicidio.

Por consiguiente, resulta importante considerar la creación de facilitadores comunitarios o gatekeepers en otros campos de acción –y no solo a nivel de establecimientos educacionales–para ello se debiesen incorporar los sectores de seguridad pública, a nivel laboral o a nivel comunitario.

Además, hay un tema pendiente en cuanto a la evaluación y manejo de comportamientos suicidas, tal como lo plantea la Organización Mundial de la Salud, dado que si bien el programa nacional contempla este lineamiento, la realidad al año 2017, es totalmente distante, ya que no se ha aplicado hasta la fecha el mecanismo de sistema de alarma, el cual tiene como fin realizar un seguimiento y posterior evaluación del manejo de las conductas suicidas, lo cual se constata con que el 50% de los consultantes por intento de suicidio no recibe control o seguimiento más allá del tercer día desde su atención en el servicio de urgencia, por ende, es un lineamiento contemplado pero que no se ha materializado de manera efectiva durante los años de este estudio.

Por otro lado, es relevante prestar atención a las cifras visualizadas respecto a la población potencial no cubierta por el Programa Nacional de Prevención del Suicidio. Para el año 2016 esta cifra fue de un 93,3%, en cambio para el año 2017 esta experimentó una leve disminución de un 93,1%. Ante ello, es sumamente importante tomar atención a los indicadores en mención, ya que este da cuenta que existe un número de la población potencial que no está siendo cubierta y que requiere de los servicios de atención para hacer frente a sus problemáticas.

En cuanto al grupo de beneficiarios, terminan siendo superiores a la población objetivo determinada por el Programa Nacional de Prevención del Suicidio, lo cual da cuenta que la tendencia sería aumentar año a año la población objetivo que se quiere atender y que además esta debería extrapolarse lo antes posible a todo al país.

A modo general, se puede concluir que el Programa Nacional de Prevención del Suicidio, si bien contempla varios lineamientos establecidos por el Marco de Salud Pública impulsado por la Organización Mundial de la Salud, se requiere que se profundice en cuanto a los desafíos previamente establecidos y que por sobre todo, dentro de corto plazo, se materialicen los seis componentes en todas las regiones del país, ya que es difícil visualizar resultados en cuanto a la disminución de la prevalencia del suicidio si dentro de estos seis años solamente se ha implementado en tres regiones del país.

Para finalizar, es importante destacar que en esta materia, resulta totalmente coherente el presente estudio, dado que dentro del perfil de egreso que tiene un titulado de Administración Pública de la Universidad de Valparaíso, es que se encuentra totalmente habilitado para comprender y gestionar procesos dentro de instituciones de carácter públicas, tal como se realizó por medio del análisis del programa perteneciente al Ministerio de Salud. Es por ello que, lo evidenciado con anterioridad, se funda por medio de la formación integral otorgada dentro de los cinco años de pregrado, donde se desarrollan herramientas y conocimientos practico-teóricos enmarcadas en el ámbito de la planificación, organización, dirección y control de la Administración Pública.

BIBLIOGRAFÍA

- Banco Integrado de Programas Sociales. (Diciembre de 2017). *Banco Integrado de Programas Sociales*. Recuperado el 31 de Diciembre de 2018, de Ministerio de Desarrollo Social: <http://www.programassociales.cl/programas/59461/2018/3>
- Centro de Políticas Públicas UC. (2017). *Aumento sostenido del Suicidio en Chile*. (O. Echávarri, M. Maino, R. Fischman, S. Morales, & J. Barros, Edits.) Recuperado el 29 de Diciembre de 2018, de <https://politicaspublicas.uc.cl/wp-content/uploads/2017/07/N%C2%79-Aumento-sostenido-del-suicidio-en-Chile.pdf>
- Dipres . (2018). *Ciclo presupuestario*. Recuperado el 17 de Diciembre de 2018, de <http://www.dipres.gob.cl/598/w3-article-3699.html> presupuestaria- y registro del gasto efectivo y devengado.
- Echeburúa, E. (Junio de 2015). *Sociedad Chilena de Psicología Clínica*. Recuperado el 6 de Noviembre de 2018, de <https://scielo.conicyt.cl/pdf/terpsicol/v33n2/art06.pdf>
- Echeburúa, E., González-Ortega, I., de Corral, P., & Polo-López, R. (Junio de 2011). *Journal of Gambling Studies*. Recuperado el 7 de Noviembre de 2018, de Clinical Gender Differences Among Adult Pathological Gamblers Seeking Treatment: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10899-010-9205-1>
- Gabriel Guajardo Soto. (2017). *Suicidios contemporáneos: vínculos, desigualdades y transformaciones socioculturales. Ensayos sobre violencia, cultura y sentido*. Santiago de Chile, Chile: Flacso Chile. Recuperado el 10 de Noviembre de 2018, de <http://www.repschile.org/wp-content/uploads/2018/04/libro-suicidios-contemporaneos-flacso-chile.pdf>
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2010). *Metodología de la Investigación* (Quinta ed.). México, México: Mc Graw Hill. Recuperado el 15 de Octubre de 2018
- Ministerio de Salud. (2013). *Programa Nacional de Prevención del Suicidio, orientaciones para su implementación*. Subsecretaría de Salud Pública, Departamento de Salud Mental, División de Prevención y Control de Enfermedades, Santiago de Chile. Recuperado el 12 de Noviembre de 2018, de https://www.minsal.cl/sites/default/files/Programa_Nacional_Prevencion.pdf
- Ministerio de Salud. (2016). *Departamento de Estadísticas e Información de Salud*. Recuperado el 9 de Noviembre de 2018, de Series y gráficos de mortalidad: <http://www.deis.cl/series-y-graficos-de-mortalidad/>
- Ministerio de Salud. (2016). *Departamento de Estadísticas e Información de Salud del Ministerio de Salud, Chile*. Recuperado el 10 de Noviembre de 2018, de Defunciones y mortalidad por grupo de edad y región: <http://www.deis.cl/defunciones-y-mortalidad-general-y-por-grupos-de-edad/>
- Ministerio de Salud. (2017). *Encuesta Nacional de Salud*. Departamento de Epidemiología. Recuperado el 15 de Octubre de 2018, de

https://www.cooperativa.cl/noticias/site/artic/20180131/asocfile/20180131233128/2_resultados_ens_minsal_31_01_2018.pdf

- OCDE. (2014). *OCDE Factbook*. Recuperado el 13 de Octubre de 2018, de Change in suicide rates - Cambio en las tasas de suicidio: https://read.oecd-ilibrary.org/economics/oecd-factbook-2014/change-in-suicide-rates_factbook-2014-graph228-en#page1
- OCDE. (2014). *OECD Factbook: Economic, Environmental and Social Statistics*. Recuperado el 8 de Noviembre de 2018, de Health Status: Suicides: https://read.oecd-ilibrary.org/economics/oecd-factbook-2014_factbook-2014-en#page241
- Organización Mundial de la Salud. (2006). *Prevención del suicidio, un instrumento en el trabajo*. Recuperado el 3 de Noviembre de 2018, de https://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/resource_work_spanish.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (Agosto de 2012). *Organización Mundial de la Salud*. Recuperado el 13 de Octubre de 2018, de Prevención del Suicidio: http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/es/
- Organización Mundial de la Salud. (2012). *Public health action for the prevention of suicide*. Ginebra: World Health Organization. Recuperado el 12 de Noviembre de 2018, de http://www.who.int/mental_health/publications/prevention_suicide_2012/en/
- Organización Mundial de la Salud. (2014). *Preventing Suicide: a global imperative*. Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias, Washington, DC. Recuperado el 3 de Noviembre de 2018, de http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/es/
- Organización Panamericana de la Salud. (2008). *Medición de la salud y la enfermedad*. Obtenido de https://publications.paho.org/spanish/PC+629+Cap_2.pdf