

II. MINUTA ANTECEDENTES GENERALES SOBRE EL SUICIDIO EN CHILE

II.1 INTRODUCCIÓN

El suicidio es definido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como “todo acto por el que un individuo se causa a sí mismo una lesión, o un daño, con un grado variable en la intención de morir, cualquiera sea el grado de intención letal o de conocimiento del verdadero móvil”¹.

En 1999, la OMS creó el Programa de Prevención del Suicidio (SUPRE, por su sigla en inglés), reconociendo en estos actos un problema de salud pública que requería de la atención mundial para su tratamiento y prevención efectiva. Esta misma organización estima que cada año mueren alrededor de 800 mil personas en todo el mundo a raíz de actos suicidas, lo que grafica en una muerte cada 40 segundos para demostrar la gravedad de esta situación.

Con la puesta en marcha del Programa SUPRE, la OMS ha intentado darle relevancia a la necesidad de que los distintos países miembros de la ONU tomen conciencia respecto de esta problemática y adopten las medidas necesarias para su conocimiento, análisis, investigación y prevención, puesto que en muchos casos se trata de un desenlace que pudo haber sido evitado a través del tratamiento adecuado y el reconocimiento de las señales observables en grupos de riesgo. En este sentido, es importante considerar que las tasas de intentos de suicidio pueden llegar a ser hasta 20 veces más altas que las de los

¹ Fuente: Norma General Administrativa Nº 27 de 2013, Programa Nacional de Prevención del Suicidio, Orientaciones para su implementación, del Ministerio de Salud, Pág. 8, disponible en https://www.uchile.cl/documentos/programa-nacional-de-prevencion-del-suicidio_140267_0_4801.pdf

suicidios que se concretan², por lo que resulta fundamental tomar conciencia de dichas señales de advertencia.

En el marco de las funciones legislativas que le corresponden, el Senador ha solicitado el análisis de antecedentes generales respecto a la ocurrencia de suicidios en Chile, con el fin de tener una base sobre la cual poder analizar posibles medidas de acción y propuestas sobre la materia, para lo cual se consideró el análisis de los datos recopilados por el Ministerio de Salud y la información concerniente al Programa de Prevención del Suicidio creado a contar del año 2013 por dicho Ministerio.

² Fuente: OMS, Programa SUPRE, información disponible en https://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/es/

II.2 DATOS RELATIVOS AL SUICIDIO

De acuerdo a la información entregada por la OMS³, la tasa de suicidios registrados en el mundo durante las últimas 4 décadas ha crecido cerca de un 60%, colocando la actual tasa de mortalidad a nivel global por suicidio en aproximadamente 16 personas por cada 100 mil habitantes. A este nivel de crecimiento, se estima que para el año 2020 las muertes por suicidio alcanzarán el 2,4% de las causas de muerte a nivel mundial.

La OMS también ha sido enfática en relevar que si bien las mayores tasas de suicidio se registran entre hombres de mayor edad, el segmento juvenil ha mostrado un aumento sostenido en el tiempo, al punto que en el grupo de entre 10 y 24 años se establece como la segunda causa de muerte en varios países y se constituyen como el mayor grupo de riesgo de cometer este acto en un tercio de los países.

Los principales factores de riesgo que señala la OMS para el desarrollo de conductas suicidas se encontrarían en la ocurrencia de trastornos mentales, principalmente asociados a la depresión y/o gatillados por el consumo de alcohol y drogas, sin perjuicio de lo cual existen factores culturales, sociales, y ambientales que también deben ser considerados en los análisis causales.

En el caso de Chile, de acuerdo a la información del Ministerio de Salud, la tasa de suicidios a nivel nacional para el año 2016 se ubicó en 10,2 casos cada 100 mil habitantes,⁴ lo que representa una disminución respecto al peak que se registró en la tasa de suicidios en los años 2008 y 2009, con 12,9 y 12,7 casos cada 100 mil habitantes, respectivamente. A nivel regional, se observa que las menores tasas de suicidio de cada año tienden a registrarse en zonas del norte del país, mientras que las tasas más altas suelen encontrarse en la zona austral.

³ ídem.

⁴ Fuente: Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS) del Ministerio de Salud de Chile, disponible en <http://www.deis.cl/series-y-graficos-de-mortalidad/>

Gráfico 1
Evolución de la tasa de suicidios a nivel país y por regiones
Periodo 2007 a 2016

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

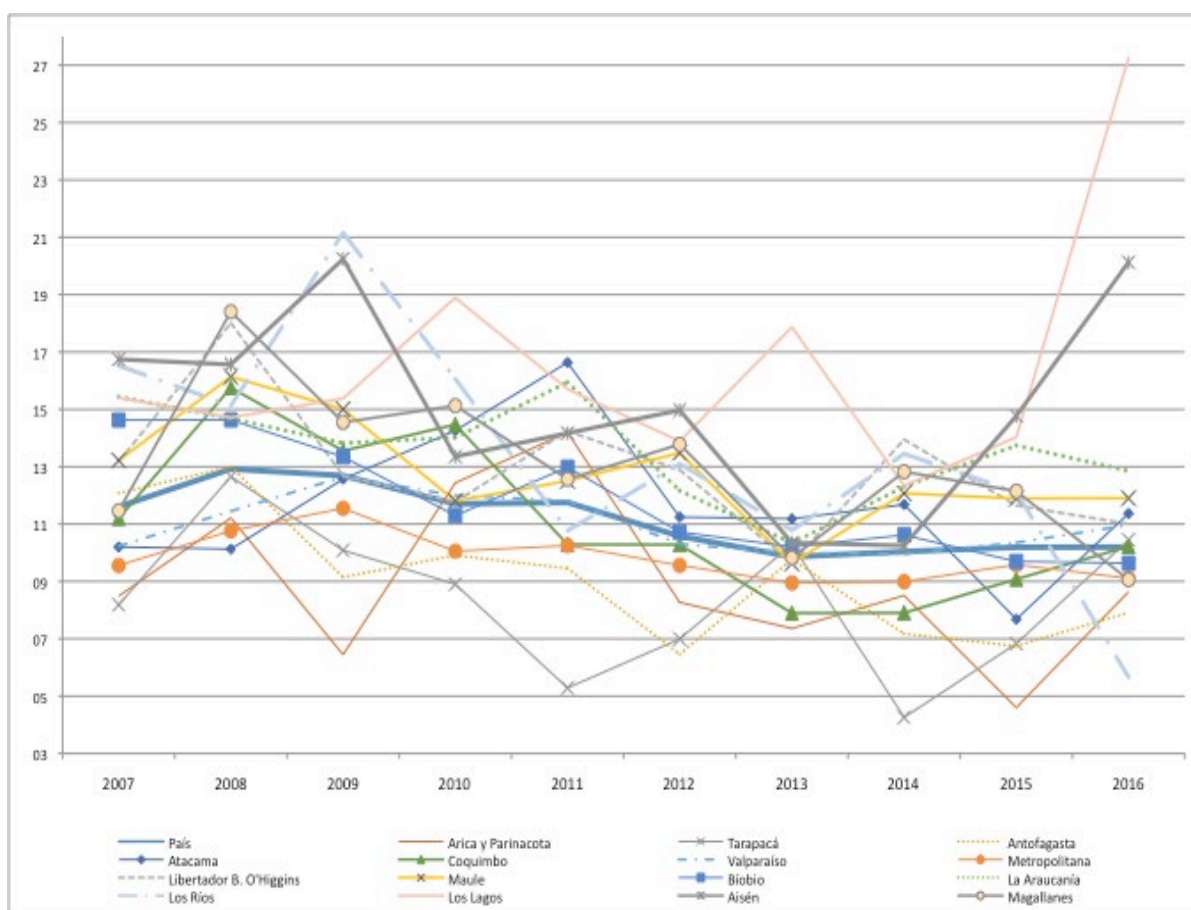


Tabla 1
Evolución de la tasa de suicidios a nivel país y por regiones
Periodo 2007 a 2016

Fuente: DEIS del Ministerio de Salud de Chile

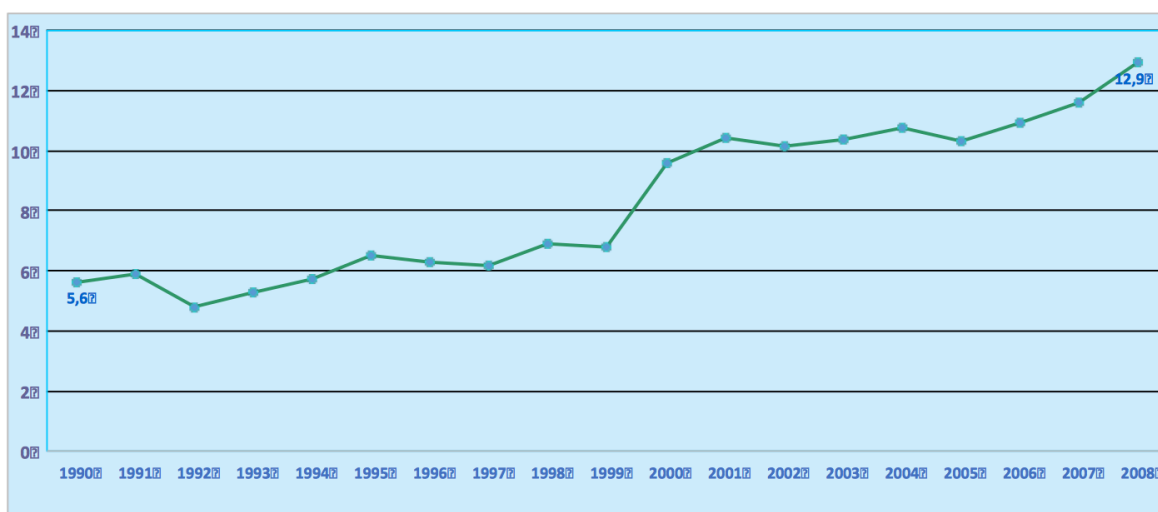
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
País	11,6	12,9	12,7	11,7	11,8	10,6	9,9	10,0	10,2	10,2
Arica y Parinacota	8,5	11,2	<u>6,4</u>	12,4	14,2	8,3	<u>7,4</u>	8,5	<u>4,6</u>	8,6
Tarapacá	<u>8,2</u>	12,7	10,1	<u>8,9</u>	<u>5,3</u>	7,0	10,3	<u>4,3</u>	6,8	10,4
Antofagasta	12,1	13,0	9,1	9,9	9,5	<u>6,5</u>	9,8	7,2	6,7	<u>7,9</u>
Atacama	10,2	<u>10,1</u>	12,6	14,3	<u>16,6</u>	11,2	11,2	11,7	7,7	11,4
Coquimbo	11,2	15,8	13,6	14,5	10,3	10,3	7,9	7,9	9,1	10,2
Valparaíso	10,2	11,4	12,6	12,0	11,8	10,3	10,0	10,0	10,4	11,0
Metropolitana	9,6	10,8	11,5	10,1	10,3	9,6	8,9	9,0	9,6	9,1
O'Higgins	13,2	18,0	12,7	11,8	14,2	12,9	9,6	<u>13,9</u>	11,6	11,0
Maule	13,2	16,1	15,0	11,8	12,5	13,5	9,6	12,1	11,9	11,9
Bíobío	14,6	14,6	13,3	11,3	13,0	10,7	10,2	10,6	9,7	9,6
La Araucanía	15,4	14,7	13,8	14,0	15,9	12,2	10,3	12,3	13,7	12,9
Los Ríos	16,5	15,1	<u>21,2</u>	16,1	10,8	13,1	10,8	13,4	12,1	5,7
Los Lagos	15,4	14,7	15,4	<u>18,9</u>	15,7	13,9	<u>17,9</u>	12,3	14,0	<u>27,3</u>
Aysén	<u>16,7</u>	16,6	20,2	13,4	14,2	<u>15,0</u>	10,3	10,2	<u>14,8</u>	20,1
Magallanes	11,5	<u>18,4</u>	14,5	15,1	12,6	13,8	9,8	12,8	12,1	9,1

De los datos contenidos en el Gráfico 1 y la Tabla 1 se puede observar con mayor claridad lo siguiente:

- a) Desde el año 2010 se constata una tendencia a la disminución de las tasa de suicidios a nivel nacional, sin perjuicio que entre los años 2013 y 2016 ésta se ha estabilizado en una tasa cercana a los 10 suicidios cada 100 mil habitantes, lo que de todas formas resulta preocupante dado que en los años 90 las tasas de suicidio registradas en el país fluctuaban entre 5,6 y 8,2 casos cada 100 mil habitantes y actualmente se han estabilizado en torno a números de dos cifras (ver gráfico 2)

Gráfico 2
Evolución de la tasa de suicidios a nivel país
Periodo 1990 a 2008

Fuente: Ministerio de Salud⁵



- b) La Región de Tarapacá suele ubicarse como la región que muestra menor tasa de suicidios cada año y/o por debajo del promedio nacional, con excepción de los años 2013 y 2016, donde registro una tasa levemente superior a la tasa nacional.

- c) Se constata una tendencia a que las regiones que muestran menores tasas de suicidios cada año corresponden a regiones ubicadas en la zona norte del país (arica y Parinacota, Tarapacá, Antofagasta, Atacama), mientras que las que muestran las tasas más altas anualmente se ubican en el sur del país (Los Ríos, Los Lagos, Aysén, Magallanes), con excepción del año 2014, en

⁵ Gráfico disponible en <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2016/4-Plan-Nacional-en-Preve-del-Suicidio-Chile.pdf> Pág. 3

que la región de O'Higgins, en la zona central, mostró la mayor tasa de suicidios.

- d) El año 2013 la región de Los Lagos casi duplicó la tasa nacional de suicidios, mientras que el año 2016 casi la triplicó. Los restantes años considerados en los datos siempre tuvo registros de suicidios por sobre la tasa nacional.
- e) La Región Metropolitana, siendo la que concentra la mayor cantidad de población a nivel país, presenta tasas de suicidio moderadas, por debajo de la tasa nacional registrada año a año.
- f) La regiones de Antofagasta y BíoBío muestran tendencias de disminución de la tasa de suicidios registradas entre los años 2007 y 2016. Las demás regiones, muestran indicadores variables de aumento y disminución que no permiten considerar la existencia de una tendencia específica.
- g) La región del Maule, específicamente, se ubica permanentemente con tasas por sobre las registradas a nivel nacional, con cifras y tendencias similares a regiones de la zona central como Valparaíso y O'Higgins.

Tomando en cuenta los datos disponibles por el DEIS del Ministerio de Salud, también es posible observar que según el sexo de la persona existe una tendencia estable a que los actos suicidas sean llevados a cabo mayoritariamente por hombres, llegando algunos años a quintuplicar la tasa registrada en el caso de mujeres.

Gráfico 3
Evolución de la tasa de suicidios por sexo a nivel nacional
Periodo 2007 a 2016

Fuente: DEIS del Ministerio de Salud de Chile

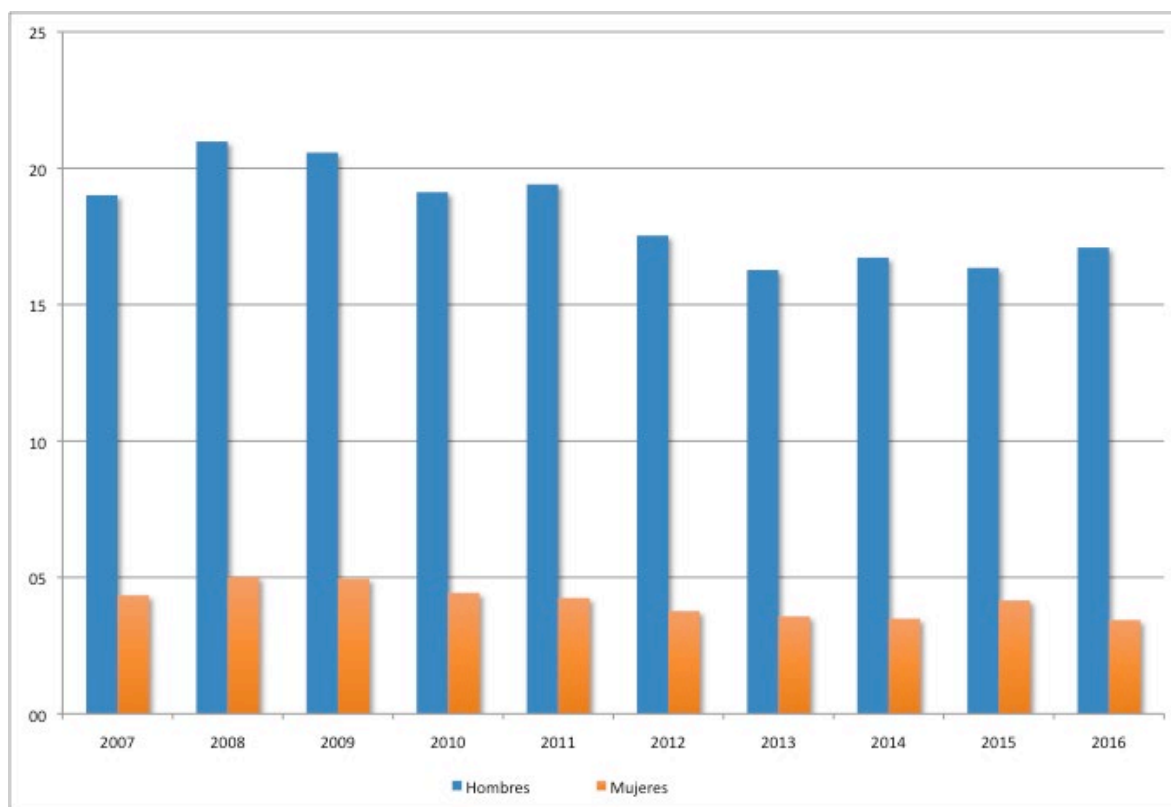


Tabla 2
Evolución de la tasa de suicidios por sexo a nivel nacional
Periodo 2007 a 2016

Fuente: DEIS del Ministerio de Salud de Chile

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Hombres	19,0	21,0	20,6	19,1	19,4	17,5	16,3	16,7	16,3	17,1
Mujeres	4,3	5,0	5,0	4,4	4,2	3,8	3,6	3,5	4,2	3,4

Un elemento que también llama la atención, observable a través del contenido de la Tabla 3, es que al analizar la evolución de las tasas de suicidios por sexo y agregando el componente de edad, los hombres tienden a una mayor tasa de suicidios al superar los 65 años de edad. En todo el periodo comprendido en los datos considerados, las mayores tasas de suicidio en hombres se encuentran en los segmentos de mayor edad.

Resulta también impactante el hecho de que en el segmento mayor a 80 años, la tasa de suicidio de hombres supera en varios años los 40 suicidios cada 100 mil habitantes, que en algunos casos implica el doble que la tasa que se registra a nivel nacional para los hombres.

En el caso de las mujeres en tanto, las mayores tasas de suicidios se encuentran en segmentos de población más joven, aunque con ciertas variaciones a través del tiempo. Así, entre los años 2007 y 2010, las mayores tasas de suicidio femenino se daban entre los 20 y los 44 años. Para el periodo 2011 a 2016 las mayores tasas se ampliaron entre los 25 y los 60 años.

En ambos grupos es posible encontrar tasas altas de suicidios en segmentos etarios distintos a los señalados; sin embargo, se trataría de situaciones más bien específicas a determinados años y es en los tramos de edad destacados donde es posible observar una mayor tendencia a través del tiempo, lo que debe ser tenido a la vista.

Tabla 3
Evolución de la tasa de suicidios por sexo y edad a nivel nacional
Periodo 2007 a 2016

Fuente: DEIS del Ministerio de Salud de Chile

	2007		2008		2009		2010		2011		2012		2013		2014		2015		2016	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
0 a 4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
5 a 9	0,2	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	0,0	0,0	0,0
10 a 14	2,5	1,3	2,0	2,3	2,2	1,6	2,5	1,5	1,8	1,9	1,2	1,1	1,9	1,3	1,9	1,5	1,3	2,2	1,3	1,5
15 a 19	15,4	8,4	18,8	6,9	16,0	6,6	16,8	5,7	15,0	4,5	11,9	4,6	10,9	5,1	12,1	4,1	11,7	4,3	9,9	3,6
20 a 24	28,0	4,9	28,3	8,8	28,7	7,6	25,3	6,7	27,0	5,1	20,9	4,1	19,5	3,5	20,6	4,3	19,5	5,0	20,3	5,8
25 a 29	28,6	6,1	30,0	6,4	31,3	6,6	23,2	6,4	24,9	5,3	23,0	5,1	21,4	4,3	21,4	4,1	21,1	4,6	22,3	3,9
30 a 34	23,5	6,5	27,4	6,9	26,6	7,3	25,8	6,2	26,5	5,4	25,7	4,4	22,0	3,3	19,6	4,6	19,9	4,7	23,0	5,8
35 a 39	25,1	6,5	24,9	5,8	26,2	5,7	26,5	6,6	24,0	6,1	26,6	3,8	23,1	5,2	20,6	4,0	19,1	5,1	21,9	4,5
40 a 44	25,6	4,9	30,1	7,2	26,0	7,1	23,3	5,3	23,8	6,0	23,8	6,5	18,8	5,6	22,9	6,1	20,3	6,2	23,1	5,1
45 a 49	25,4	6,0	26,6	5,0	28,9	6,7	24,2	7,0	23,1	6,5	20,9	5,6	22,9	3,8	23,8	4,6	19,9	5,2	19,8	4,3
50 a 54	22,6	5,2	29,7	6,2	23,1	6,7	28,4	5,9	25,8	7,7	21,5	6,9	19,5	6,5	19,8	5,7	23,6	5,2	24,3	4,1
55 a 59	26,2	3,6	26,6	6,5	26,7	6,0	23,9	3,7	27,6	6,0	25,5	5,7	18,2	4,9	21,3	3,7	20,4	6,9	20,6	3,2
60 a 64	23,3	5,0	28,9	5,1	30,2	4,7	24,7	4,6	29,7	2,7	22,5	2,9	20,8	4,1	22,6	3,2	20,7	5,2	21,2	3,4
65 a 69	30,6	3,1	31,0	4,5	28,4	3,6	21,6	2,8	25,5	2,3	19,8	3,6	23,5	2,8	19,9	2,7	20,5	3,5	22,3	2,6
70 a 74	30,6	2,9	30,4	4,3	29,0	3,8	24,8	2,3	30,7	2,6	20,9	1,3	29,9	2,0	28,1	4,3	23,2	2,6	26,5	1,4
75 a 79	25,9	2,5	38,1	3,0	42,0	4,2	34,3	2,9	30,1	1,7	40,0	1,7	23,1	3,7	27,9	2,1	39,9	6,1	29,7	3,4
80 +	38,0	2,8	33,3	3,2	34,5	2,6	48,6	2,5	42,3	5,2	38,9	3,2	41,2	3,0	41,1	1,7	43,8	3,6	40,5	3,1

Para complementar lo anterior, pero tomando en cuenta solo el rango etario del suicidio a nivel nacional, llama la atención el hecho que los años 2007 y 2008, cuando se llegó al peak del registro de suicidios en el país, las tasas más alta se presentaron en los segmentos entre 20 y 29 años. A contar del año 2009, es en el rango etario superior a los 70 años donde se registran las mayores tasas de suicidios a nivel nacional.

Por ejemplo, el año 2007 la tasa de suicidios más alta se registró en el grupo de 25 a 29 años y en segundo lugar se encontraba el segmento entre 20 a 24 años. Para el año 2010, en tanto, el grupo etario con la mayor tasa de suicidios fue el de más de 80 años y en segundo lugar el de 50 a 54 años. A contar de 2012, los grupos que registran las mas altas tasas de suicidios varían entre los 70 a 74 años, 75 a 79 años y más de 80 años (para mayor detalle ver Tabla 4)

Tabla 4
Evolución de la tasa de suicidios por edad a nivel nacional
Periodo 2007 a 2016

Fuente: DEIS del Ministerio de Salud de Chile

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
0 a 4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
5 a 9	0,2	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0
10 a 14	1,9	2,2	1,9	2,0	1,8	1,2	1,6	1,7	1,7	1,4
15 a 19	11,9	12,9	11,4	11,4	9,8	8,3	8,0	8,2	8,1	6,8
20 a 24	16,6	18,7	18,3	16,1	16,2	12,6	11,7	12,6	12,4	13,2
25 a 29	17,5	18,3	19,1	14,9	15,2	14,2	13,0	12,8	12,9	13,2
30 a 34	15,0	17,2	17,0	16,1	16,0	15,1	12,7	12,1	12,4	14,5
35 a 39	15,8	15,4	15,9	16,6	15,1	15,2	14,1	12,3	12,1	13,2
40 a 44	15,2	18,6	16,5	14,3	14,9	15,1	12,2	14,5	13,3	14,1
45 a 49	15,6	15,7	17,7	15,5	14,7	13,2	13,2	14,1	12,5	12,0
50 a 54	13,8	17,7	14,8	17,0	16,6	14,1	12,9	12,7	14,3	14,1
55 a 59	14,6	16,3	16,1	13,5	16,5	15,3	11,4	12,3	13,5	11,7
60 a 64	13,7	16,4	16,9	14,1	15,6	12,3	12,1	12,5	12,6	12,0
65 a 69	15,8	16,7	15,1	11,5	13,1	11,1	12,5	10,8	11,5	11,9
70 a 74	15,1	15,8	15,0	12,3	15,2	10,0	14,5	15,0	11,9	12,8
75 a 79	12,1	17,5	19,8	15,9	13,5	17,7	11,8	13,0	20,4	14,6
80 +	15,4	14,0	14,1	19,2	18,7	16,2	16,3	15,4	17,7	16,2

II.3 PREVENCIÓN DEL SUICIDIO COMO POLÍTICA PÚBLICA

Uno de los principales problemas que han existido para un tratamiento adecuado del suicidio es el hecho de ser considerado un tema que difícilmente es tratado en público, por las implicancias culturales, sociales y religiosas que hacen que sea una situación que se mantenga en la esfera privada, que este fuertemente ligada a prejuicios y mitos, y por el estar comúnmente asociada a trastornos de salud mental y abuso de drogas y alcohol, con los consiguientes estigmas que ello conlleva y que deben ser enfrentados esencialmente por el círculo familiar y amistades de quien comete suicidio o su tentativa.

Desde el plano internacional, la OMS ha impulsado distintas iniciativas para dar un tratamiento adecuado a este problema y lograr medidas efectivas para su prevención⁶, entre ellas:

- El año 1999 creó el Programa SUPRE para la prevención del suicidio, mediante el cual se han desarrollado una serie de recomendaciones, además de instrumentos de guía específicas para distintos actores relevantes de la vida nacional que pueden influir en la prevención del suicidio.
- El año 2008 se incluyó el suicidio como un aspecto prioritario para la disminución de las brechas en materia de salud mental de los países.
- Se incluyó el compromiso de los países miembros de reducir las tasas de suicidio en un 10% en el Plan de Acción sobre Salud Mental 2013-2020.
- El año 2014 se publicó el primer informe sobre la materia denominado “Prevención del suicidio: un imperativo global”.

⁶ Fuente: OMS <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>

Todo lo anterior con el objeto de darle énfasis a que el suicidio es un problema de salud pública y como tal debe ser incorporado en el plano de las políticas públicas de salud de cada país.

En el caso de Chile, una de las principales medidas llevadas a cabo corresponde a la instauración del Programa Nacional de Prevención del Suicidio, el que se constituyó a través de la Orientaciones para su Implementación, contenidas en la Norma General Administrativa N° 027 de 2013 del Ministerio de Salud⁷.

De acuerdo a la información entregada por el Ministerio de Salud, el Ministerio de Desarrollo Social y el contenido de la Norma Administrativa N° 027, el Programa de Prevención del Suicidio puede describirse bajo los siguientes parámetros:

- a) *Situación a enfrentar:* Las muertes por suicidio presentan tasas altas y tendencias de aumento, especialmente en el segmento mayor a los 65 años y específicamente entre los hombres, sin perjuicio de lo cuál también se ha detectado un aumento en la comisión de suicidios por parte de jóvenes y adultos jóvenes.
- b) *Objetivo del programa:* Disminuir las muertes por suicidio de acuerdo a las metas establecidas por el propio programa y los compromisos internacionales sobre la materia.
- c) *Características del Programa:* programa de aplicación regional, permanente, intersectorial, con participación de entidades públicas y

⁷ Fuente: Norma General Administrativa N° 27 de 2013, Programa Nacional de Prevención del Suicidio, Orientaciones para su implementación, del Ministerio de Salud, Pág. 8, disponible en https://www.uchile.cl/documentos/programa-nacional-de-prevencion-del-suicidio_140267_0_4801.pdf y la información disponible el Informe de Descripción de Programas Sociales del Ministerio de Desarrollo Social, en http://www.programassociales.cl/pdf/2018/PRG2018_3_59461.pdf

privadas, en coordinación con las Secretarías Regionales Ministeriales, de manera de enfrentar las características específicas de la situación que se presenta en cada zona.

- d) *Componentes generales de acción:* se consideran seis compenetes iniciales, considerando la alta efectividad que han mostrado en los análisis llevados a cabo por la OMS, los que corresponden a:
 - i. Sistema de información y vigilancia
 - ii. Planes regionales intersectoriales de prevención
 - iii. Capacitación del personal de salud
 - iv. Intervenciones preventivas en los colegios
 - v. Sistemas de ayuda en situaciones de crisis
 - vi. Trabajo con los medios de comunicación
- e) *Instalación del Programa:* se establece que el Programa tendrá una instalación gradual, estimando un plazo de 3 a 4 años para la instalación plena de todos los componentes a nivel nacional. Dada dicha gradualidad, se definen como prioritarios en la instalación inicial del programa a los habitantes de las regiones de Coquimbo, O'Higgins y Aysén, dada la ya existencia en ellas de medidas de vigilancia del suicidio y la implementación de medidas de prevención.
- f) *Metas iniciales:* se determina como primera meta que en los dos primeros años de instalación del programa se logre revertir la tendencia de aumento de las tasas de suicidios registradas a la fecha de creación del programa. A partir de l quinto año de aplicación del Programa se establece como meta la reducción estable de la tasa de suicidios en el país en ambos sexos.
- g) *Presupuesto asignado (\$miles):* 177.321 (Ley de Presupuesto 2018)

De acuerdo al Informe de Descripción de Programas Sociales del Ministerio de Desarrollo Social, realizado con relación a los resultados de cada componente a diciembre de 2017, se destaca lo siguiente:⁸

Tabla 5
RESUMEN DEL INFORME DE DESCRIPCIÓN DE PROGRAMAS SOCIALES EN MATERIA DEL
PROGRAMA DE PREVENCIÓN DEL SUICIDIO DEL MINISTERIO DE SALUD
Periodo 2017

Fuente: Ministerio de Desarrollo Social

SISTEMA DE INFORMACIÓN Y VIGILANCIA	<p>Concepto: Implementación en las regiones de Coquimbo, OHiggins, y Aysén, de un sistema de vigilancia de la conducta suicida.</p> <p>Acciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Para los casos consumados: recopilación de los certificados de defunción y los informes del Servicio Médico Legal para los suicidios consumados - Para los casos de tentativas: recopilación de las consultas en los servicios de urgencia (Postas, SAMU, SAPU, etc.) - Contratación de un profesional en el nivel central para análisis epidemiológico de los datos ingresados al sistema de vigilancia - Contratación de apoyo técnico para ingresar y mantener al día la información <p>Resultado 2017: Las SEREMI de Salud de las regiones señaladas cuentan con Sistema de vigilancia en funcionamiento</p> <p>Presupuesto ejecutado al 4° trimestre 2017(\$miles) : 101.539</p>
--	---

⁸ Tabla editada con base a la información contenida en el informe referido, Pág. 9-11, disponible en http://www.programassociales.cl/pdf/2018/PRG2018_3_59461.pdf

<p>PLANES REGIONALES INTERSECTORIALES DE PREVENCIÓN</p>	<p>Concepto: Implementación en las regiones de Coquimbo, OHiggins, y Aysén, de:</p> <p>Acciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Mesa intersectorial que define estrategias y acciones para afrontar riesgos que afecten a la población y desarrolle jornadas para informar, sensibilizar y coordinar con actores locales (Intendencia, municipios, SENAME, SENDA, etc.) y elaborar material de difusión. - Profesional Encargado Regional para: <ul style="list-style-type: none"> i. Realizar autopsias psicológicas y estudio de casos en los suicidios y tentativas ii. Coordinar con la red atención y seguimiento a las personas que han hecho intento de suicidio y familias, y las familias de las personas con suicidio consumado. iii. Capacitar funcionarios de salud en detección precoz y primera respuesta a personas con riesgo de suicidio. iv. Coordinar y ejecutar acciones de prevención del suicidio con el intra e intersector. v. Monitorear cobertura de atención a personas con trastornos mentales. <p>Resultado 2017: Las SEREMI de Salud de las regiones señaladas cuentan con el Plan Regional Intersectorial de Prevención en ejecución</p> <p>Presupuesto ejecutado al 4° trimestre 2017(\$miles) : 3.849</p>
<p>INTERVENCIONES PREVENTIVAS EN LOS COLEGIOS</p>	<p>Concepto: Ejecución en las regiones de Coquimbo, OHiggins, y Aysén, con base a la metodología propuesta por la OMS, de programas de prevención en coordinación con el sector de educación, dirigidos a los distintos actores de la comunidad educativa (Alumnos, Docentes, Paradoctentes, padres y apoderados, priorizando establecimientos públicos y particulares subvencionados. Estos programas incluyen:</p> <p>Acciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Reuniones de coordinación con el sector educación. - Capacitaciones a docentes de establecimientos educacionales

	<p>sobre fortalecimiento de factores protectores de la salud mental y detección de factores de riesgo de suicidio en los alumnos.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Material educativo y de difusión. - Formación de facilitadores comunitarios (gatekeepers) en detección de factores de riesgo para conducta suicida. <p>Resultado 2017: 9 establecimientos educacionales con programa de prevención del suicidio en ejecución.</p> <p>Presupuesto ejecutado al 4° trimestre 2017(\$miles): 3.373</p>
CAPACITACIÓN DEL PERSONAL DE SALUD	<p>Concepto: Fortalecimiento de las competencias de los equipos clínicos formados por funcionarios de Atención Primaria y de Servicios de Urgencia de la Red Pública de Salud, para abordar la conducta suicida a través de formación y capacitación.</p> <p>Acciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Contratación de servicios de relatoría por expertos. - Contratación de servicios de salones y catering para las jornadas de capacitación. - Capacitación a profesionales de los establecimientos de atención primaria y servicios de atención de urgencia pertenecientes a las regiones priorizadas. <p>Resultado 2017: 796 Profesionales capacitados en detección y manejo del riesgo suicida</p> <p>Presupuesto ejecutado al 4° trimestre 2017(\$miles) : 3.301</p>
TRABAJO CON LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN	<p>Concepto: Apoyo técnico para una correcta cobertura mediática. Refuerzo del rol de los medios de comunicación en la prevención del suicidio, mediante el diseño, elaboración, implementación y seguimiento de un plan de capacitación a los medios de comunicación (radios, televisión, periódicos, etc.).</p> <p>Acciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Contratación de servicios de relatoría por expertos.

	<ul style="list-style-type: none"> - Contratación de servicios de salones y catering para las jornadas de capacitación. - Elaboración de material educativo y de difusión. <p>Resultado 2017: 6 Medios de comunicación capacitados</p> <p>Presupuesto ejecutado al 4° trimestre 2017(\$miles) : 1.133</p>
SISTEMAS DE AYUDA EN SITUACIONES DE CRISIS	<p>Concepto: Desarrollo de un sistema de ayuda en situaciones de crisis en las regiones de Coquimbo, O'Higgins y Aysén, que incluya al menos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Implementación de una línea telefónica de ayuda o un sitio web de ayuda en Internet, gestionado por el encargado regional del programa. - Implementación de un programa de intervención en crisis en cada servicio de salud, preferentemente en el servicio de hospitalización psiquiátrica del hospital base y/o en los servicios ambulatorios de psiquiatría. <p>Resultado 2017: Las SEREMI de Salud de las regiones señaladas cuentan con un sistema de ayuda crisis implementado.</p> <p>Presupuesto ejecutado al 4° trimestre 2017(\$miles) : 2.930</p>

II.4 CONSIDERACIONES FINALES

Existe consenso respecto a la necesidad de abordar el suicidio como una materia de alta prioridad en salud pública, lo que implica avanzar en la visibilización pública, política, social y cultural de esta situación, en el sentido de tratar el tema de manera más abierta, pero también con el conocimiento y cuidado que se requiere para producir verdaderos efectos preventivos y disuasivos.

A través del Programa Nacional de Prevención del Suicidio del Ministerio de Salud se constituye una herramienta que considera los principales aspectos recomendados por investigaciones a nivel nacional e internacional, partiendo por las medidas que la Organización de la Salud propone para desarrollar políticas públicas que hagan frente al suicidio desde las políticas públicas y con una base necesariamente intersectorial.

Sin perjuicio de ello, es necesario analizar formas de lograr mayores avances en la materia, pues las tasas de suicidio no han presentado una inflexión evidente frente al alza de casos presentada a inicios de este milenio y de acuerdo a la información disponible el Programa aun requiere ser aplicado plenamente en todo el país pues se mantiene la priorización en solo tres regiones (Coquimbo, O'Higgins y Aysén).

En este sentido, se requieren mayores avances en los sistemas de información y vigilancia de las tendencias suicidas y sus tentativas, así como un desarrollo más amplio de las capacitaciones dirigidas a actores relevantes como son el personal de salud, el personal de establecimientos educativos y los medios de comunicación. Ambas son medidas que pueden ser más fácilmente replicadas de acuerdo a la experiencia ya recogida en las regiones priorizadas y que no demandan necesariamente grandes inversiones en infraestructura o gastos de desarrollo, pues se puede avanzar con base a lo que ya existe.

En definitiva, desde el análisis general de la materia se puede establecer la necesidad de revisar espacios de acción desde lo legislativo, de modo tal de colaborar con el fortalecimiento de la política pública de prevención del delito frente a las responsabilidades, aportes y acciones que pueden hacer distintos actores al trabajo intersectorial sobre esta temática de la salud pública.