



Recomendaciones para la Actualización del Programa Nacional de Prevención del Suicidio

INTEGRANDO PARTICIPACIÓN TERRITORIAL Y EVIDENCIA

POLICY
BRIEF

ABRIL
2024

Álvaro Jiménez Molina

Facultad de Psicología y Humanidades, Universidad San Sebastián.
Núcleo Milenio Imhay. Instituto Milenio MIDAP.

Fabián Duarte Vásquez

Facultad de Economía y Negocios, Universidad de Chile.

Belén Vargas Gallegos

Departamento de Salud Mental, MINSAL. Núcleo Milenio Imhay.

Alejandro Riquelme Bórquez

Departamento de Salud Mental, MINSAL.

Vania Martínez Nahuel

Departamento de Salud Mental, MINSAL. Facultad de Medicina,
Universidad de Chile. Núcleo Milenio Imhay. Instituto Milenio MIDAP.



ÍNDICE



Resumen.....	5
Introducción.....	7
Componentes del Programa Nacional de Prevención del Suicidio 2013 (PNPS)	8
Proceso de Actualización del Programa Nacional de Prevención del Suicidio	10
Un Proceso Participativo.....	12
Fortalezas y Oportunidades del PNPS de acuerdo con Diagnósticos Participativos Regionales.....	15
Debilidades y Amenazas del PNPS de acuerdo con Diagnósticos Participativos Regionales.....	17
Recomendaciones para la Actualización del PNPS.....	19
Recomendación 1 Reforzar la colaboración intersectorial y adecuar la gobernanza del programa.....	20
Recomendación 2 Mejorar la capacidad de recolección, monitoreo y acceso de los datos.....	22
Recomendación 3 Fortalecer las acciones de prevención en entornos comunitarios.....	24
Recomendación 4 Reducir el acceso a medios letales y monitorear puntos críticos con mayor incidencia de suicidios.....	26

Recomendación 5 Fortalecer la cobertura mediática responsable.....	28
Recomendación 6 Implementar campañas de sensibilización en medios de comunicación y redes sociales.....	30
Recomendación 7 Fortalecer el sistema de ayuda remota en crisis.....	32
Recomendación 8 Mejorar el sistema de continuidad de cuidados para personas en riesgo de suicidio.....	34
Recomendación 9 Fortalecer las estrategias y acciones de postvención.....	36
Recomendación 10 Ajustar contenidos y focalizar acciones a contextos y grupos específicos.....	38
Recomendación 11 Aumentar el presupuesto destinado al PNPS.....	40
Recomendación 12 Fortalecer la colaboración del PNPS con actividades de investigación en suicidalidad	42

Resumen

Propósito: Este Policy Brief ofrece una síntesis de las conclusiones obtenidas del proceso participativo territorial de evaluación del Programa Nacional de Prevención del Suicidio (PNPS) y extrae lecciones que pueden enriquecer su implementación. Al integrar esta información con la evidencia disponible, propone un conjunto de recomendaciones para actualizar los componentes y contenidos del PNPS.

Integrando participación territorial y evidencia: Más de 550 personas participaron en el proceso territorial de evaluación del PNPS.

Fortalezas

- Continuidad y coherencia del Programa Nacional de Prevención del Suicidio a nivel nacional.
- Sólida vigilancia epidemiológica de la mortalidad por suicidio.
- Mesas intersectoriales de prevención del suicidio en cada región.
- Prevención del suicidio en entornos escolares.
- Sistemas de ayuda remota para respuesta a crisis suicidas.

Oportunidades

- Sensibilización comunitaria en salud mental.
- Colaboración con organizaciones de la sociedad civil e instituciones académicas.
- Uso estratégico de tecnologías digitales.

Debilidades

- Presupuesto y recursos humanos insuficientes.
- Heterogeneidad de la implementación regional del PNPS.
- Escasa capacitación continua.
- Bajo conocimiento y visibilidad del Programa Nacional de Prevención del Suicidio.
- Ausencia de foco en grupos específicos (hombres, población LGBT+, personas mayores, entre otros).
- Baja participación del sector privado y sociedad civil.

Amenazas

- Carencia de recursos humanos especializados.
- Estigma y dificultades en colaboración intersectorial.
- Deterioro de salud mental por pandemia y contexto social.

Recomendaciones

1. **REFORZAR LA COLABORACIÓN INTERSECTORIAL Y ADECUAR LA GOBERNANZA DEL PROGRAMA NACIONAL DE PREVENCIÓN DEL SUICIDIO.**
2. **MEJORAR LA CAPACIDAD DE RECOLECCIÓN, MONITOREO Y ACCESO DE LOS DATOS.**
3. **FORTALECER LAS ACCIONES DE PREVENCIÓN EN ENTORNOS COMUNITARIOS.**
4. **REDUCIR EL ACCESO A MEDIOS LETALES Y MONITOREAR PUNTOS CRÍTICOS CON MAYOR INCIDENCIA DE SUICIDIOS.**
5. **FORTALECER LA COBERTURA MEDIÁTICA RESPONSABLE.**
6. **IMPLEMENTAR CAMPAÑAS DE SENSIBILIZACIÓN EN MEDIOS DE COMUNICACIÓN Y REDES SOCIALES.**
7. **FORTALECER EL SISTEMA DE AYUDA REMOTA EN CRISIS.**
8. **MEJORAR EL SISTEMA DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS PARA PERSONAS EN RIESGO DE SUICIDIO.**
9. **FORTALECER LAS ESTRATEGIAS Y ACCIONES DE POSTVENCIÓN.**
10. **AJUSTAR CONTENIDOS Y FOCALIZAR ACCIONES A CONTEXTOS Y GRUPOS ESPECÍFICOS.**
11. **AUMENTAR EL PRESUPUESTO DESTINADO AL PROGRAMA NACIONAL DE PREVENCIÓN DEL SUICIDIO.**
12. **FORTALECER LA COLABORACIÓN DEL PROGRAMA NACIONAL DE PREVENCIÓN DEL SUICIDIO CON ACTIVIDADES DE INVESTIGACIÓN EN SUICIDALIDAD.**



Introducción

El suicidio representa una de las principales causas de muerte prematura, planteando un desafío significativo para la salud pública a nivel mundial. Durante las últimas décadas, distintos organismos internacionales y gobiernos nacionales han reconocido la necesidad de desarrollar e implementar un enfoque coordinado, estratégico y basado en evidencia para la prevención del suicidio (Platt et al., 2019; World Health Organization, 2014).

Una estrategia nacional de prevención del suicidio no solo refleja la priorización de la reducción del suicidio como problema de salud pública, sino que también proporciona una manera sistemática de desarrollar una respuesta a la conducta y riesgo suicida y un marco estructural para respaldar acciones efectivas de prevención. Dada la complejidad de la conducta suicida, las estrategias nacionales de prevención generalmente abarcan una variedad de enfoques, acciones e intervenciones, para los cuales existen diversos grados de evidencia (OMS, 2021). Estas estrategias comúnmente incorporan intervenciones universales, como la restricción del acceso a medios letales y la cobertura responsable en los medios de comunicación, así como intervenciones selectivas e indicadas, como el acceso a servicios de salud, la intervención en crisis y el seguimiento posterior a intentos de suicidio (Schlichthorst et al., 2023).

En las últimas dos décadas, Chile ha experimentado cambios significativos en las tasas de mortalidad por suicidio. Entre los años 2000 y 2010, se registró un notable aumento en estas tasas, alcanzando 12,6 muertes por cada 100.000 habitantes (MINSAL, 2022). Este aumento fue especialmente notorio en el caso de los y las adolescentes. Sin embargo, durante la década siguiente (2010-2019), se observó una reducción

sostenida en las tasas de suicidio, alcanzando un punto mínimo de 10,6 muertes por cada 100.000 habitantes hacia el final de dicho período. La mayor reducción se observó en el grupo de 10 a 19 años, especialmente entre los adolescentes varones de 15 a 19 años. Por otro lado, las tasas más elevadas se observaron en personas mayores de 70 años, siendo el grupo de hombres de 80 años o más el de mayor incidencia, con una tasa de 39,5 por cada 100.000 habitantes (MINSAL, 2022). Durante los primeros años de la pandemia por COVID-19 (2020-2021), se registró una disminución significativa en las tasas de suicidio, especialmente en las áreas que implementaron medidas de cuarentena, llegando a alcanzar los niveles más bajos registrados en las últimas dos décadas (Duarte & Jiménez-Molina, 2022a).

La situación a fines de la década del 2000 condujo al Ministerio de Salud (MINSAL), a través del Departamento de Salud Mental, a iniciar en el año 2007 la concepción de un Programa Nacional de Prevención del Suicidio (PNPS), fundamentada en principios como la adaptación al contexto regional, la intersectorialidad, la sostenibilidad a lo largo del tiempo y la participación tanto del sector público como privado de la salud (Rojas, 2016). Además, se definió como objetivo sanitario para la década 2011-2020 una reducción del 15% en la mortalidad por suicidio proyectada en adolescentes (MINSAL, 2011). Como parte de este proceso, en el año 2013 se estableció formalmente el PNPS (MINSAL, 2013). Inicialmente concebido con seis componentes, el PNPS ha dirigido diversas acciones de prevención, vigilancia, capacitación y sensibilización en todo el país (ver Tabla).

Componentes del Programa Nacional de Prevención del Suicidio 2013

Componente	Descripción
Sistema de estudio de casos	Creación de un sistema de vigilancia epidemiológica del suicidio y realización de autopsias psicológicas para definir perfiles de riesgo locales y orientar programas preventivos selectivos.
Plan Regional Intersectorial de Prevención del Suicidio	Creación de una mesa intersectorial que involucre a sectores clave como salud, educación, carabineros, bomberos, organizaciones civiles, entre otros, con el objetivo de desarrollar un plan regional de prevención del suicidio.
Fortalecimiento de competencias de profesionales de la salud	Capacitación de funcionarios de la red de salud en prevención del suicidio y manejo de crisis, con especial énfasis en los equipos de atención primaria, equipos especializados en salud mental y servicios de urgencia.
Incorporación de programas preventivos en los establecimientos educacionales	Desarrollo de planes preventivos en las comunidades escolares para focalizar los esfuerzos en la población infanto-juvenil.
Sistema de ayuda en situaciones de crisis	Implementación de un sistema de ayuda y de seguimiento diseñado para ofrecer apoyo a personas en crisis suicida y facilitar su acceso a la atención en salud.
Apoyo para una correcta cobertura mediática y refuerzo de medios de comunicación en la prevención del suicidio	Colaboración con periodistas y medios de comunicación para desarrollar guías para una cobertura mediática apropiada del suicidio. Esta iniciativa busca prevenir el fenómeno de imitación de conductas suicidas y fomentar la búsqueda de ayuda entre las personas en riesgo.

A partir del año 2015, se designó un presupuesto específico para la ejecución del PNPS como Programa Social, lo cual aseguró financiamiento a las acciones implementadas por las Secretarías Regionales Ministeriales (SEREMI) de Salud. En el año 2020, el Programa Social experimentó ajustes, siguiendo un diseño centrado en la entrega de herramientas que permitieran a actores/actrices clave desplegar acciones de prevención del suicidio en diversos entornos y contextos. Estas acciones incluyeron la capacitación de facilitadores/as comunitarios/as, equipos educativos y personal de salud. En paralelo, entre los años 2016 y 2023, el PNPS ha experimentado avances significativos en la ampliación y mejora de sus componentes. Entre los hitos más destacados se encuentran la conformación de las Mesas Regionales Intersectoriales para la Prevención del Suicidio en las 16 regiones del país, así como la colaboración intersectorial con el sector educativo, evidenciada a través de la “Guía de Recomendaciones para la Prevención de la Conducta Suicida en Establecimientos Educativos” (MINSAL, 2019). Además, en el año 2016 se implementó el componente de ayuda en crisis en el Fono Salud Responde, y en el año 2023 se estableció la línea telefónica de prevención del suicidio *4141.

En los años 2023 y 2024, con el propósito de mejorar la identificación del riesgo de suicidio y facilitar el acceso de las personas a los servicios de salud, se propuso un nuevo diseño para el Programa Social que incluyó medidas como contar con asesorías técnicas para reducir el acceso a medios letales y para abordar los puntos críticos (hotspots) con alta incidencia de suicidios, junto con asesorías a las líneas de ayuda en crisis (MINSAL, 2023a).

En lugar de realizar una evaluación del proceso de implementación de sus estrategias de prevención del suicidio, muchos países confían en la medición de las tendencias en las tasas de suicidio después de la implementación de una estrategia. Sin embargo, la

evidencia actual sobre el impacto de los programas de prevención en estas tasas es limitada y mixta, con hallazgos divergentes en la literatura (Lewitzka et al., 2019; Schlichthorst et al., 2023; Zalsman et al., 2016). Además, se han identificado importantes brechas en la implementación de programas nacionales de prevención del suicidio a nivel mundial, siendo la coordinación insuficiente, la falta de recursos y de apoyo político, obstáculos comunes para garantizar su éxito (Sinyor et al., 2024).

Uno de los desafíos fundamentales que enfrentan muchos programas de prevención del suicidio es la falta de anticipación de posibles barreras para su implementación y la subestimación de los beneficios potenciales de los factores facilitadores. Algunas de estas barreras incluyen dificultades en la gestión y logística dada la complejidad de los programas, limitaciones de recursos financieros y humanos, el estigma asociado al suicidio, la necesidad de liderazgo y coordinación efectivos, y la escasez o mala calidad de los datos (Kasal et al., 2023; OMS, 2021). En contraste, la adaptabilidad de los componentes a diferentes contextos es un facilitador importante en la implementación de estos programas (Kasal et al., 2023).

En países que han establecido programas nacionales de prevención del suicidio, como Chile, se sugiere consolidar los aprendizajes acumulados a lo largo de los años mediante una evaluación de proceso (OMS, 2021). A diferencia de las evaluaciones de impacto, la evaluación de proceso se basa en percepciones, opiniones y preferencias individuales sobre el programa, considerando las perspectivas de diversos/as actores/actrices. Esto resulta esencial para identificar brechas y optimizar estrategias, para la armonización de los insumos y las metas, garantizando así una mayor eficiencia en la planificación y consecución de los objetivos estratégicos, así como la sostenibilidad del programa.

Proceso de Actualización del Programa Nacional de Prevención del Suicidio

El Ministerio de Salud, a través del Departamento de Salud Mental de la Subsecretaría de Salud Pública, ha desarrollado un plan para actualizar el PNPS mediante un proceso sistemático y participativo que incluye diversas etapas a nivel nacional. Este proceso incluyó actividades como el análisis de indicadores de implementación reportados por el nivel central y las SEREMI de Salud durante el periodo 2014-2021, así como la revisión de evidencia internacional sobre la implementación de políticas de prevención del suicidio¹.

Esta información se complementó con tres revisiones sistemáticas realizadas previamente, las cuales estuvieron enfocadas en la prevención del suicidio en contextos educacionales, la prevención comunitaria basada en gatekeepers y los grupos de ayuda mutua para personas con experiencia vivida de suicidio (Inostroza et al., 2022; Irarrázaval et al., 2016; Otzen et al., 2022).

Con el propósito de ofrecer un respaldo metodológico para la sistematización, análisis e integración de la información generada durante el proceso de actualización del PNPS, se llevó a cabo una consultoría técnica que da origen a este Policy Brief².



1 El siguiente [enlace](#) proporciona acceso al informe de revisión de evidencia realizada en colaboración con la Unidad de Políticas de Salud Informadas por Evidencia del Departamento de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (ETESA) de MINSAL.

2 Licitación Pública ID 757-83-LE23.

Un programa coherente y basado en evidencia

En una primera fase del proceso de actualización, se llevó a cabo la sistematización de la información generada durante la ejecución del PNPS en el período 2014-2021. Esta sistematización consideró aspectos como los objetivos, las relaciones entre los componentes del PNPS, los recursos utilizados, las actividades realizadas y las metas alcanzadas. Este conjunto de datos fue integrado en un modelo de marco lógico, una metodología que proporciona una estructura para identificar los problemas y los factores que influyen en los resultados de un programa social. Para ello se empleó una adaptación del *Suicide Prevention Program Evaluation TOOLKIT* (Acosta et al., 2013).

El Modelo Lógico del PNPS revela la complejidad de un programa que engloba una diversidad de componentes, actores/actrices y procesos. A pesar de ciertas limitaciones para evaluar el desempeño en algunos indicadores de implementación debido a vacíos de información, el modelo lógico permite visualizar una coherencia entre el diseño del programa y sus componentes esenciales, existiendo una alineación entre sus actividades y los resultados esperados. Destaca la cobertura territorial, la existencia de recomendaciones y orientaciones técnicas, así como los avances en la formación de actores/actrices clave en los sistemas de salud y educación. Al comparar el PNPS de Chile con la literatura y las estrategias internacionales, se observa que sus principios rectores están en consonancia con la evidencia y las recomendaciones disponibles (MINSAL, 2023b; OMS, 2021).

Sin embargo, se puede inferir del Modelo Lógico que el PNPS enfrenta desafíos en cuanto a los recursos humanos y económicos necesarios para implementar completamente sus componentes y lograr los resultados deseados. Por ejemplo, si bien los datos disponibles muestran un aumento progresivo de personas pesquisadas con riesgo de suicidio accediendo a servicios de salud mental, al compararlos con la población estimada que requeriría ser ingresada por esta causa, se evidencia que un número importante de personas no está recibiendo la atención que requiere. Asimismo, los niveles de implementación y financiamiento del PNPS muestran notables variaciones entre las distintas regiones. Si bien desde sus inicios el PNPS definió seis componentes para ser implementados de manera progresiva, no ha sido posible instalar la totalidad de ellos en las acciones regulares de las SEREMI, en gran parte debido a la dotación de recursos humanos insuficiente para su ejecución.

A nivel nacional, solo las tres regiones priorizadas por el PNPS (Coquimbo, O'Higgins y Aysén) han logrado implementar todos sus componentes y cuentan con recursos humanos en las SEREMI de Salud para la ejecución de las acciones, mientras que el resto de las regiones han enfrentado dificultades para mantener de forma constante la implementación de más de la mitad de los componentes del PNPS. Por otro lado, la falta de un sistema específico para el reporte de la ejecución del PNPS, así como de las modificaciones realizadas a su presupuesto, componentes y acciones a lo largo del tiempo, dificulta el proceso de sistematización necesario para la evaluación.

En síntesis, tras una década de experiencia, actualmente Chile cuenta con un PNPS coherente cuya actualización no solo es razonable, sino también necesaria.

Un Proceso Participativo

En junio de 2023 se llevaron a cabo Diálogos Participativos Regionales en todas las regiones del país, en los que participaron miembros de las Mesas Regionales Intersectoriales de Prevención del Suicidio, académicos/as y representantes de organizaciones civiles (n=408). El propósito de estos diálogos fue evaluar la percepción del PNPS en cada región, así como identificar elementos críticos para su implementación específicos a cada región. Durante este proceso participativo, las Mesas Regionales Intersectoriales de Prevención del Suicidio jugaron un papel fundamental al reunir a diversos actores/actrices territoriales, tanto a nivel del Estado, como de Servicios de Salud, SEREMI de Educación y Desarrollo Social, Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA), Servicio Nacional de Menores (SENAME), Mejor Niñez, Instituto Nacional de la Juventud (INJUV), Servicio Médico Legal, Carabineros, Gobernaciones Regionales, representantes municipales, establecimientos de educación superior, organizaciones de la sociedad civil, y fundaciones dedicadas a la prevención del suicidio y la salud mental, entre otros¹.

Asimismo, se llevaron a cabo Diálogos de Política Informados por la Evidencia con expertos, expertas y actores/actrices clave en prevención del suicidio². Estos encuentros tuvieron lugar en nueve mesas de discusión desarrolladas durante el mes de agosto de 2023. El propósito de estos diálogos fue recopilar opiniones y preferencias de actores/actrices sobre las opciones de políticas y las consideraciones de implementación de cada una de las estrategias de prevención destacadas.

En conjunto, este proceso reunió a más de 550 participantes, entre representantes del sector público y privado, medios de comunicación, expertos y expertas, sociedades científicas y organizaciones comprometidas con la prevención del suicidio. Este amplio espectro de actores/actrices proporcionó una valiosa fuente de información para la evaluación del PNPS.

Para la elaboración de este documento, se llevó a cabo una sistematización y análisis de la información recopilada en las diferentes instancias participativas. Para ello se empleó una técnica de análisis de contenido simple, priorizando aquellos contenidos saturados o críticos para la evaluación y actualización del PNPS. La información cualitativa fue codificada y organizada en ejes temáticos para construir una matriz FODA que refleja las percepciones de los diversos participantes en los diálogos. Este tipo de análisis proporciona una visión de los principales factores internos y externos que pueden afectar al PNPS, facilitando la planificación y toma de decisiones para su actualización. Asimismo, se aplicó un marco conceptual para analizar barreras y facilitadores de la implementación del PNPS (Damschroder et al., 2022).

1 Este [enlace](#) proporciona acceso al listado de instituciones que participaron en los diálogos llevados a cabo en todo el país.

2 Más información en el siguiente [enlace](#).



Diálogo Región de Los Ríos



Diálogo Región de Magallanes

- Arica (44 participantes)
- Antofagasta (31 participantes)
- Atacama (33 participantes)
- Coquimbo (25 participantes)
- Valparaíso (27 participantes)
- Metropolitana (23 participantes)
- O'Higgins (28 participantes)
- Maule (18 participantes)
- Araucanía (52 participantes)
- Los Ríos (38 participantes)
- Los Lagos (12 participantes)

Aysén (47 participantes)

Magallanes (30 participantes)

(n=408)



Este Policy Brief ofrece una síntesis de las conclusiones obtenidas del proceso participativo territorial de evaluación del Programa Nacional de Prevención del Suicidio (PNPS) y extrae lecciones que pueden enriquecer su implementación. Al integrar esta información con la evidencia disponible, propone un conjunto de recomendaciones para actualizar los componentes y contenidos del PNPS.

Proceso de Actualización del PNPS



Fortalezas y Oportunidades del PNPS de acuerdo con Diagnósticos Participativos Regionales

Fortalezas

1. La existencia, coherencia y continuidad del PNPS a nivel nacional se erige como una fortaleza, respaldada por la persistencia de sus ejes de acción y la progresiva implementación de componentes en diversas regiones.
2. La vigilancia epidemiológica se identifica como un componente crucial y de alta calidad, al generar análisis y reportes estadísticos que ofrecen una visión del problema y facilitan la identificación de poblaciones en mayor riesgo.
3. La coordinación intersectorial constituye un elemento clave para el desarrollo efectivo del PNPS, destacando la creación de mesas intersectoriales en cada región y la colaboración con actores/actrices externos/as al ámbito de la salud.
4. Las recomendaciones específicas para la prevención del suicidio en el contexto escolar, la capacitación y apoyo a las instituciones educativas representan ámbitos relevantes del PNPS, especialmente para la prevención del suicidio en población adolescente.
5. Los esfuerzos crecientes por sensibilizar a la comunidad en prevención del suicidio se reconocen como un aspecto relevante.
6. Mejora continua en las respuestas a situaciones de crisis, evidenciada por la presencia de sistemas de ayuda remota y líneas telefónicas de ayuda.
7. Iniciativas en curso para mejorar el sistema de notificación de personas detectadas en riesgo de suicidio e implementación de la notificación obligatoria de intentos de suicidio.

Oportunidades

1. Existe una mayor sensibilización comunitaria respecto a la salud mental y la prevención del suicidio, generando un mayor compromiso en diversos sectores. Esto ha impulsado iniciativas que utilizan estratégicamente fechas conmemorativas para resaltar la importancia de estos temas e involucrar a la población.
2. El interés creciente de la juventud y la instalación de programas como “Hablemos de Todo” de INJUV o de plataformas de ayuda como la “Hora Segura” de la Fundación Todo Mejora, ofrece una oportunidad para ampliar la participación de nuevos actores/actrices en las mesas intersectoriales de prevención del suicidio.
3. La masificación y fortalecimiento de campañas comunicacionales, especialmente a través de tecnologías digitales y redes sociales, emerge como una herramienta para llegar a audiencias más amplias y diversas, con un énfasis particular en la población joven.
4. La colaboración con universidades y equipos de investigación disponibles es percibida como un aspecto relevante para apoyar la generación de datos precisos y conocimiento basado en evidencia.
5. La presencia de enfoques comunitarios y territoriales y la inclusión de diversas perspectivas en las mesas intersectoriales de prevención del suicidio y otras instancias de trabajo ofrecen la oportunidad de enriquecer las estrategias de prevención.
6. La colaboración con organizaciones no gubernamentales, la inclusión de gatekeepers y la formación de consejos consultivos de jóvenes son oportunidades para fortalecer la participación comunitaria.
7. El compromiso del Gobierno con la salud mental, particularmente a través de la propuesta de una Ley Integral de Salud Mental, se percibe como una oportunidad para organizar, regular y financiar acciones relacionadas con la prevención del suicidio.

Debilidades y Amenazas del PNPS de acuerdo con Diagnósticos Participativos Regionales

Debilidades

1. La ausencia de un presupuesto adecuado para la implementación efectiva del PNPS compromete su capacidad para cumplir sus objetivos.
2. La asignación insuficiente de profesionales para liderar el PNPS a nivel territorial y la carencia de dedicación exclusiva para el PNPS limitan las acciones preventivas. En gran parte de las SEREMI de Salud la ejecución de acciones del PNPS es asumida por el o la referente de salud mental, quien a su vez tiene a su cargo otras líneas programáticas.
3. La implementación de los componentes del PNPS ha mostrado una variabilidad significativa entre las distintas regiones del país, lo que se refleja en acciones preventivas que pueden variar considerablemente tanto en su cantidad como en su calidad a nivel local.
4. Se han enfrentado dificultades para llevar a cabo autopsias psicológicas como parte del sistema de vigilancia y para avanzar hacia la elaboración de Planes Regionales Intersectoriales.
5. La escasez de capacitación continua para personal de salud y actores/actrices de diversos sectores obstaculiza la adecuada gestión de crisis y el manejo de casos.
6. La carencia de un enfoque sensible al género y la escasa de atención hacia diversos grupos específicos de la población (LGBT+, personas mayores, población penitenciaria, entre otros) obstaculizan la identificación de necesidades particulares en prevención del suicidio.
7. El desconocimiento del PNPS y la carencia de campañas comunicacionales continuas impactan negativamente en la accesibilidad de la población a las acciones del PNPS.
8. Existe una limitada participación del sector privado y de organizaciones de la sociedad civil en la implementación del PNPS.
9. La falta de capacitación para los y las profesionales del PNPS, la sobrecarga laboral y la rotación constante del personal ponen en riesgo la ejecución efectiva y la calidad de la atención brindada.

Amenazas

1. Las limitaciones presupuestarias del Estado, junto con la escasez de recursos humanos especializados e infraestructura en varias regiones, representan amenazas que se manifiestan en la insuficiencia de recursos para estrategias preventivas y la fragmentación de los servicios, lo que provoca demoras en la atención dentro de la red de salud.
2. El deterioro de la salud mental agravado por la pandemia, los desafíos económicos como el desempleo, los factores sociales como la soledad y el consumo de alcohol y otras drogas, así como problemas territoriales relacionados con la alta dispersión geográfica y la población flotante asociada a migración interna amenazan el cumplimiento de los objetivos del programa.
3. La poca adherencia y colaboración intersectorial en la prevención del suicidio, así como la resistencia y la falta de protocolos específicos en establecimientos educativos para abordar el suicidio, amenaza su implementación en sectores más allá del ámbito de la salud.
4. El estigma y las percepciones negativas en torno a la salud mental y el suicidio pueden actuar como obstáculos para la adopción del PNPS por parte del personal de salud y diversos actores/actrices de la comunidad.

Recomendaciones para la Actualización del PNPS

Este documento ha organizado e integrado los aportes de los Diálogos Participativos Regionales, los Diálogos de Política Informados por la Evidencia, junto con el Resumen de Evidencia para Política de Prevención del Suicidio (MINSAL, 2023b). La integración de estas fuentes de información responde a la necesidad de generar recomendaciones que no solo se basen en la evidencia internacional, sino que también incorporen la opinión y experiencia de los actores/actrices locales, asegurando así la pertinencia y sostenibilidad de las estrategias de prevención del suicidio.

Los resultados se organizaron en torno a doce recomendaciones destinadas a fortalecer el diseño actual del PNPS, así como a incorporar nuevas dimensiones y contenidos para su actualización.



Recomendación 1 | Reforzar la colaboración intersectorial y adecuar la gobernanza del programa

La inclusión de la reducción de la mortalidad por suicidio en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible de las Naciones Unidas ha subrayado la importancia global de la prevención del suicidio más allá del ámbito de la salud (UNDP, 2015). Dado que el riesgo de suicidio está influido por determinantes sociales que interactúan con factores de riesgo individuales, es esencial adoptar un enfoque intersectorial que involucre a diversas agencias gubernamentales y no gubernamentales a nivel local y nacional, en lugar de depender exclusivamente de intervenciones del sector salud (Pirkis et al., 2023; Sinyor et al., 2024).

Actualmente, el PNPS es coordinado por un equipo del Departamento de Salud Mental de MINSAL y al menos un encargado o encargada en cada SEREMI de Salud; existe además un o una referente para la temática en cada Servicio de Salud, dedicado a la implementación y monitoreo de acciones a nivel de la red pública de salud. Para llevar a cabo la implementación de sus componentes, cada SEREMI ha establecido una Mesa Regional Intersectorial con la que desarrolla un Plan Anual de Prevención del Suicidio. A nivel ministerial, el año 2020 se establece la Comisión de Prevención del Suicidio, como instancia sectorial de carácter consultiva enfocada a colaborar en la implementación y mejora del PNPS.

La experiencia internacional sugiere que es necesario complementar las acciones dentro del sistema de salud con acciones intersectoriales que consideren los determinantes sociales, económicos y culturales de la conducta suicida, lo cual requiere un diseño de políticas de prevención sensibles a estos factores (Pirkis et al., 2023). Además, esta experiencia subraya que implementar con éxito una estrategia nacional de prevención del suicidio requiere no solo un liderazgo sólido y un financiamiento adecuado, sino también una colaboración intersectorial con una clara división de responsabilidades (Sinyor et al., 2024). En esta línea, con el fin de mejorar la coordinación intersectorial y abordar la complejidad de la prevención del suicidio, el Gobierno de Francia estableció en el año 2013 el Observatorio Nacional de Prevención del Suicidio, y el Gobierno Australiano creó en el año 2021 una Oficina Nacional de Prevención del Suicidio (Department of Health Australia, 2022). Estas entidades tienen por misión monitorear regularmente las tendencias y los factores asociados a la conducta suicida, informando y orientando las políticas y estrategias de prevención. A través del intercambio entre diversos actores, como Ministerios, ONG y centros de investigación, definen indicadores para dar seguimiento a la política de prevención del suicidio, publican informes temáticos regulares y facilitan la integración de los resultados de la investigación en las políticas públicas.

Problemas identificados

- La gobernanza del PNPS adopta principalmente un carácter sectorial, centrado en el sector de la salud.
- Otros sectores suelen percibir la prevención del suicidio como una responsabilidad exclusiva del sector de la salud.
- La participación del sector privado y de organizaciones de la sociedad civil en las iniciativas de prevención del suicidio aún es limitada.
- Se requiere una mayor coordinación y colaboración entre diversos sectores del ámbito público, los gobiernos regionales, las ONG, los centros de investigación y las personas con experiencia vivida en las estrategias de prevención del suicidio.

Recomendación para la actualización del PNPS

Avanzar hacia una estrategia nacional de prevención del suicidio que trascienda la estructura de un programa sectorial como el actual, y que permita fortalecer la colaboración entre diversos sectores (salud, educación, desarrollo social, trabajo, justicia, entre otros) y niveles del ámbito público, ONG, centros de investigación y personas con experiencia vivida, fortaleciendo los recursos para su gobernanza a nivel nacional y regional.

Acciones de mejora

1. Adecuar la gobernanza del PNPS estableciendo un organismo coordinador desde nivel central hasta regional, encargado de fomentar la participación de diferentes sectores en las iniciativas de prevención del suicidio, monitorear la implementación del PNPS y generar indicadores para evaluar la efectividad de sus componentes.
2. Fomentar la participación del sector privado, las organizaciones de la sociedad civil y las personas con experiencia vivida en la planificación y ejecución de las estrategias de prevención del suicidio.

Recomendación 2 | Mejorar la capacidad de recolección, monitoreo y acceso de los datos

Los sistemas de vigilancia de la conducta suicida abarcan estrategias diseñadas para monitorear y registrar tanto la mortalidad por suicidio como los intentos de suicidio, con el propósito de mejorar la calidad y la oportunidad de los datos a nivel nacional. Este enfoque es esencial para definir el perfil epidemiológico e identificar grupos de mayor riesgo, lo que a su vez permite la toma de decisiones informada para la implementación de acciones preventivas a nivel regional y nacional, y facilita la gestión de casos en riesgo por parte de la red asistencial.

En Chile, cada SEREMI de Salud gestiona el sistema de vigilancia regional de forma independiente, mientras que el Departamento de Estadísticas e Información de Salud de MINSAL (DEIS) proporciona datos anuales sobre las muertes por suicidio, y estadísticas mensuales de atenciones de salud vinculadas a intentos/ideación suicida a nivel regional y comunal. DEIS ha logrado avances significativos en el manejo de datos relacionados con lesiones autoinfligidas intencionalmente y suicidios, adoptando códigos internacionales estandarizados (CIE-10) que mejoran la identificación de eventos vinculados con la conducta suicida. En el año 2023, el Departamento de Epidemiología MINSAL puso en marcha un piloto de vigilancia de lesiones autoinfligidas intencionalmente. En los Diálogos Participativos Regionales y Diálogos Informados por la Evidencia se destaca la calidad del sistema de registro de datos del DEIS y la incorporación de indicadores de riesgo suicida en la última Encuesta Nacional de Salud (ENS). Asimismo, la OMS ha posicionado a Chile dentro de los países con alta calidad de información estadística sobre mortalidad por suicidio (World Health Organization, 2021).

Problemas identificados

- En la actualidad, los datos estadísticos se enfocan principalmente en las muertes por suicidio y las admisiones de urgencia y hospitalización, dejando espacio para mejorar tanto en la recopilación como la utilización de datos fuera de este ámbito.
- Un área de preocupación es el desfase significativo en la disponibilidad de datos de mortalidad por suicidio y prevalencias nacionales de ideación e intentos de suicidio (cuatro o cinco años).
- Se identifican diversas barreras para la implementación efectiva del sistema de vigilancia. Por ejemplo, las disparidades en la implementación de los sistemas de registro a nivel regional, llevadas a cabo por cada SEREMI, subrayan la necesidad de estandarizar procesos, unificar datos y reportes epidemiológicos. Se requiere especial atención en la definición uniforme de casos de intentos de suicidio y su notificación obligatoria.
- Se enfrentan dificultades relacionadas con la carga de tiempo excesiva asociada a los métodos actuales de registro en salud, así como con la carga relacionada con la elaboración de reportes periódicos.

- A pesar de que el sistema de vigilancia contempla la realización de autopsias psicológicas en casos de suicidio, este aspecto ha sido insuficientemente desarrollado debido a la limitación de tiempo y a la complejidad del proceso para los equipos de salud.
- La falta de formación adecuada en salud mental entre profesionales de la salud se traduce en dificultades para clasificar los intentos de suicidio y comportamientos autolesivos.

Recomendación para la actualización del PNPS

Fortalecer el sistema de vigilancia de la conducta suicida con el fin de mejorar la capacidad de recolección, monitoreo y análisis de datos sobre lesiones autoinfligidas intencionalmente y muertes por suicidio, identificar poblaciones en mayor riesgo y adaptar las intervenciones preventivas de manera eficaz.

Acciones de mejora

1. Unificar los criterios de evaluación del riesgo suicida y mejorar la estandarización de la información y los registros, utilizando instrumentos breves (ej. Escala para la Evaluación de la Gravedad del Riesgo Suicida de Columbia).
2. Simplificar los procesos de registro para reducir la carga administrativa sobre los equipos de la red asistencial.
3. Ampliar la recopilación de datos, incluyendo tanto los casos de muerte por suicidio como los intentos de suicidio, estableciendo un sistema de notificación obligatoria para estos últimos. Además, se insta a recopilar datos sobre conductas autolesivas y suicidas que no resulten en una presentación en servicios de urgencia u hospitalización.
4. Reducir el tiempo de liberación de datos de mortalidad por suicidio y encuestas nacionales para facilitar el desarrollo de respuestas más oportunas.
5. Ofrecer formación específica para equipos de salud con el objetivo de mejorar la precisión y la imparcialidad en el registro de datos.
6. Implementar una plataforma centralizada de información con indicadores nacionales y regionales de salud mental y conductas suicidas y un sistema amigable de visualización, que facilite la toma de decisiones basada en datos actualizados.

Recomendación 3 | Fortalecer las acciones de prevención en entornos comunitarios

Una estrategia común para fortalecer la prevención del suicidio a nivel comunitario es la capacitación de actores/actrices clave o gatekeepers (Platt et al., 2019). Estas capacitaciones, generalmente facilitadas por expertos y expertas en prevención del suicidio, pueden llevarse a cabo en espacios comunitarios, municipales o intersectoriales, así como en modalidades virtuales o teleconferencias, y sus destinatarios/as pueden ser tanto profesionales de la salud como agentes comunitarios. Sus objetivos incluyen reducir el estigma asociado al suicidio, aumentar la conciencia sobre el apoyo a quienes están en riesgo y promover actitudes favorables hacia la prevención y detección temprana del riesgo suicida (Otzen et al., 2022). Además, buscan dotar a los/las participantes de habilidades para detectar señales de alerta y reconocer factores de riesgo y protectores, así como abordar, evaluar y derivar casos de riesgo suicida hacia los servicios de salud mental, o fomentar comportamientos de búsqueda de ayuda al proporcionar información sobre dónde encontrarla (OMS, 2021). Asimismo, estas estrategias apuntan a sensibilizar sobre diferencias de género y particularidades de ciertos grupos vulnerables.

Actualmente, existen algunos programas de capacitación de gatekeepers para la prevención del suicidio que cuentan con evidencia de su eficacia, como el modelo “Preguntar, Persuadir y Referir” (QPR) o “Mental Health First Aid” (MHFA) (Hawgood et al., 2022; Otzen et al., 2022). Asimismo, existen programas que han demostrado ser efectivos en la prevención del suicidio en entornos educativos, como “Signs of Suicide” (SOS) o “Saving and Empowering Young Lives in Europe” (SEYLE) (Irrázaval et al., 2016). Algunos de los principios de estos programas han sido incorporados en las “Recomendaciones para la prevención de la conducta suicida en establecimientos educacionales” (MINSAL, 2019). Sin embargo, la implementación sistemática de estos programas debe considerar aspectos culturales y regionales, especialmente en un país como Chile, caracterizado por su diversidad cultural y geográfica. La inclusión de personas con experiencia vivida en conducta suicida puede tener efectos positivos en los programas de capacitación, similares al efecto Papageno observado en la representación mediática del suicidio (Watling et al., 2022).

Problemas identificados

- La participación de la comunidad en la prevención del suicidio es reducida.
- La capacidad intersectorial y comunitaria para detectar y asistir a personas en riesgo de suicidio es insuficiente.
- Es necesario contar con mayor recurso humano capacitado para la prevención del suicidio a nivel del intersector y la comunidad.

- Existen dificultades para implementar un enfoque intersectorial que abarque tanto al sistema educativo, el sistema de salud y otros actores necesarios para proporcionar atención oportuna y efectiva a los/las adolescentes en riesgo de suicidio.

Recomendación para la actualización del PNPS

Desarrollar o adaptar estrategias para la capacitación de actores/actrices clave y gatekeepers en distintos contextos institucionales y psicosociales, focalizando en entornos educativos y en contextos con alta incidencia de conductas suicidas.

Acciones de mejora

1. Desarrollar o adaptar programas de formación de gatekeepers dirigidos al personal que trabaja con grupos con alto riesgo psicosocial o incidencia de conductas suicidas, como los servicios de urgencia, policías, bomberos y personal de ambulancias, el personal de residencias para adolescentes y personas mayores, Gendarmería y Servicio de Justicia Juvenil.
2. Desarrollar o adaptar culturalmente programas de prevención del suicidio en entornos educativos, basados en modelos que han demostrado ser efectivos en otros contextos.
3. Establecer mecanismos de apoyo logístico y suministro de material didáctico para la realización de talleres de capacitación en prevención del suicidio en diversos entornos comunitarios.
4. Establecer mecanismos para realizar un seguimiento y/o evaluar los resultados de las actividades de capacitación y prevención en entornos comunitarios.

Recomendación 4 | Reducir el acceso a medios letales y monitorear puntos críticos con mayor incidencia de suicidios

La restricción del acceso a medios letales para el suicidio abarca intervenciones dirigidas a limitar, prohibir o regular el acceso a estos medios. Estas medidas se fundamentan en evidencia que sugiere que la transición desde la ideación suicida hasta el acto suicida suele ser rápida e impulsiva, resaltando la importancia de restringir dicho acceso (Zalsman et al., 2016). Desde una perspectiva legislativa, esto implica acciones de regulación orientadas a reducir la disponibilidad de sustancias peligrosas y la venta de armas. En cuanto a la modificación del entorno, se centra en dificultar el acceso a puntos críticos de suicidio (hotspots), como vías ferroviarias o lugares en altura, mediante medidas como la instalación de barreras. Los intentos de suicidio en estos lugares suelen ser fatales y atraen la atención mediática, lo que puede provocar comportamientos imitativos y afectar significativamente a las personas que viven, trabajan o transitan en ellos (Pirkis et al., 2015). Existe evidencia que sugiere que restringir el acceso a medios letales, así como aumentar la probabilidad de intervención por parte de otra persona, y fomentar la búsqueda de ayuda puede reducir las muertes por suicidio en estos puntos críticos (MINSAL, 2023b; Pirkis et al., 2015). El efecto preventivo más significativo parece vincularse a intervenciones estructurales (puentes, edificios y estaciones o vías de tren), así como a la restricción del acceso a elementos tóxicos (Platt et al., 2019). Aunque la instalación de barreras en altura puede ser más costosa, parece ser más efectiva (Kasal et al., 2023). En el contexto chileno, se han establecido regulaciones específicas sobre pesticidas y el acceso/uso de sustancias peligrosas, mediante la adopción de un sistema de clasificación y etiquetado que facilita el control sobre la compra y almacenamiento de dichas sustancias.

Problemas identificados

- Existe una notable diversidad en los tipos de medios letales empleados para el suicidio, así como en las variaciones en la población que recurre a ellos. Esta heterogeneidad dificulta la elaboración de estrategias preventivas debido a la versatilidad de los medios letales y la complejidad de los factores contextuales involucrados. Por ejemplo, en Chile, el ahorcamiento prevalece como el principal método de suicidio, lo que plantea desafíos para su restricción en comparación con otros métodos más fácilmente controlables, como el acceso a armas de fuego o pesticidas.
- La implementación de medidas estructurales, como barreras en puentes y edificios, enfrenta obstáculos debido a altos costos y dificultades para actualizar las normativas de construcción.
- La insuficiente regulación en la distribución y acceso a medicamentos, junto con problemas de fiscalización en la venta informal de sustancias peligrosas en ferias libres e internet, agravan la situación.
- Las prácticas de uso de sustancias peligrosas en industrias específicas, como la minería, también complican la implementación de restricciones.

Recomendación para la actualización del PNPS

Fortalecer las estrategias para disminuir el acceso a medios letales e intervenir en puntos críticos con alta incidencia de suicidios.

Acciones de mejora

1. Implementar un mapeo de medios letales y puntos críticos para el suicidio a nivel regional, así como identificar patrones de conducta suicida en grupos específicos de la población utilizando datos del Servicio Médico Legal y Estadísticas Vitales de MINSAL.
2. Evaluar y actualizar las regulaciones y normativas existentes en construcción para fortalecer la prevención del suicidio, adaptando estrategias a las características de cada región.
3. Instalar capacidades en personas e instituciones responsables de sitios con alta incidencia de conductas suicidas para reducir el riesgo de suicidio (reducir el acceso a medios letales, reconocer señales de riesgo, etc.) y facilitar la conexión con la red asistencial.
4. Promover la búsqueda de ayuda y la intervención de terceras personas en puntos críticos donde no sea factible restringir el acceso (por ejemplo, la instalación de letreros con números de ayuda).
5. Aumentar la fiscalización de los espacios digitales de venta de medicamentos para controlar su acceso y prevenir el uso indebido.
6. Concientizar a profesionales de la salud sobre la importancia de abordar conversaciones relacionadas con la seguridad en el uso y almacenamiento de medicamentos, acceso a medios potencialmente letales y el uso de alcohol y otras drogas durante la atención de salud a personas detectadas con riesgo de suicidio.

Recomendación 5 | Fortalecer la cobertura mediática responsable

La cobertura mediática sensacionalista de muertes por suicidio puede desencadenar un aumento en el número de estos casos (“efecto Werther”), sobre todo al tratar eventos relacionados con celebridades y resaltar los métodos utilizados (Martínez et al., 2023). No obstante, una cobertura mediática responsable puede tener efectos protectores y positivos en la ideación suicida, particularmente cuando se centra en mensajes de esperanza y recuperación de crisis suicidas, proporciona información sobre servicios de ayuda disponibles y fomenta la búsqueda de ayuda (“efecto Papageno”) (Niederkrötenhaler et al., 2022). Es importante garantizar un tratamiento ético y responsable de la información sobre el suicidio en los medios de comunicación como parte integral de los programas de prevención. Muchas estrategias de prevención incluyen programas de capacitación dirigidos a periodistas y comunicadores/as, así como la promoción activa de recomendaciones y prácticas responsables en la presentación de dicha información (Platt et al., 2019).

Problemas identificados

- Diversos medios desatienden las directrices de comunicación responsable establecidas por la OMS.
- La ausencia o desconocimiento de recomendaciones claras y accesibles para los medios de comunicación dificulta la implementación de prácticas más responsables.
- Las pautas de cobertura mediática sobre el suicidio pueden malinterpretarse como una amenaza a la libertad de prensa o al derecho del público a recibir información imparcial, lo que dificulta su aplicación efectiva.

Recomendación para la actualización del PNPS

Fortalecer las acciones para asegurar un abordaje ético y responsable del suicidio en los medios de comunicación.

Acciones de mejora

1. Ampliar la capacitación para comunicadores/as, periodistas y editores/as, proporcionando herramientas para una cobertura responsable del suicidio, especialmente en medios regionales y digitales.
2. Implementar directrices nacionales que equilibren la exhaustividad con la brevedad en la comunicación periodística.
3. Establecer grupos interdisciplinarios con profesionales de salud mental, expertos/as en medios y sociedad civil para desarrollar estrategias de cobertura responsable del suicidio.

4. Fomentar un cambio en el enfoque de la cobertura del suicidio, pasando de simplemente informar sobre el hecho como una noticia, a proporcionar contenido educativo que facilite un diálogo constructivo sobre el tema.

Recomendación 6 | Implementar campañas de sensibilización en medios de comunicación y redes sociales

Las campañas de sensibilización a la comunidad sobre salud mental y prevención del suicidio pueden tener un impacto positivo en la percepción de los servicios disponibles, la aceptación de la ayuda profesional y la reducción del estigma, aumentando el conocimiento sobre la prevención del suicidio y alentando a las personas en riesgo a buscar ayuda (Pirkis et al., 2019; van der Burgt et al., 2021). Las campañas de medios masivos son más efectivas cuando forman parte de una estrategia integral de prevención del suicidio que incluye múltiples componentes (Torok et al., 2017).

En la última década, se ha observado un creciente interés en enfoques de prevención basados en tecnología digital debido a su capacidad para llegar a diversos contextos y grupos demográficos, particularmente a los/las más jóvenes, mejorar la detección de conductas suicidas y ampliar el acceso a la atención en salud mental (Torok et al., 2020). Por ejemplo, las redes sociales son ampliamente utilizadas para expresar pensamientos suicidas (Robinson et al., 2023). El uso estratégico de las redes sociales puede potenciar las campañas comunicacionales, promover la búsqueda de ayuda, resaltar factores protectores y difundir estrategias preventivas, alcanzando así a una audiencia más amplia (Robinson et al., 2016).

Problemas identificados

- Carencia de estrategias comunicacionales que permitan sensibilizar sobre la importancia de la prevención del suicidio y escaso alcance de las acciones comunicacionales debido a la falta de involucramiento de diversos/as actores/actrices.
- Existen barreras para el acceso oportuno a los servicios de salud mental para personas en riesgo de suicidio asociadas con el conocimiento insuficiente sobre los servicios de ayuda disponibles.
- Las barreras asociadas a desinformación se ven reforzadas por barreras culturales como el estigma y barreras actitudinales como la reticencia de algunas personas en riesgo a buscar ayuda debido a una percepción limitada de la necesidad de asistencia.
- Ausencia de evaluaciones de las acciones comunicacionales relacionadas con la prevención del suicidio.

Recomendación para la actualización del PNPS

Implementar estrategias de sensibilización comunitaria sobre salud mental y prevención del suicidio a través de los medios de comunicación y redes sociales.

Acciones de mejora

1. Diseñar campañas multiplataforma (radio, televisión, periódicos, redes sociales) en conjunto con usuarios/as, adaptando mensajes según género y edad, para sensibilizar sobre la prevención del suicidio, reducción del estigma, identificación de señales de alerta y promoción de la búsqueda de ayuda.
2. Aprovechar el potencial de las redes sociales como un canal para la entrega de mensajes educativos sobre salud mental y prevención del suicidio, reconociendo su amplia audiencia y su capacidad para llegar a diferentes grupos demográficos.
3. Promover el involucramiento de diversos/as actores/actrices, como personajes públicos o creadores/as de contenido, en la difusión de mensajes de prevención del suicidio, ampliando así el alcance de las campañas.
4. Desarrollar evaluaciones que examinen el contenido de las campañas para evaluar su alcance e identificar qué mensajes son más efectivos.

Recomendación 7 | Fortalecer el sistema de ayuda remota en crisis

Los sistemas de ayuda en crisis constituyen canales de asistencia diseñados para brindar atención de emergencia en situaciones que involucran crisis de salud mental y riesgo suicida. Estos sistemas engloban mecanismos de asistencia remota, como líneas telefónicas y plataformas web, y su función radica en tres aspectos fundamentales: facilitar el contacto con profesionales especializados/as para proporcionar contención emocional y orientación tanto a individuos en riesgo suicida como a sus allegados/as, coordinar con la red de asistencia para garantizar la atención necesaria, y coordinar el rescate en situaciones de riesgo vital. La literatura internacional resalta la eficacia de los sistemas de ayuda en crisis en la reducción del riesgo de suicidio y su utilidad en áreas con escasez de atención presencial (Gould et al., 2007; MINSAL, 2023b). Por otra parte, los sitios web dedicados a brindar apoyo emocional, especialmente a través de comunidades en línea, pueden aliviar el aislamiento y el sufrimiento emocional al conectar a personas que comparten experiencias similares.

El funcionamiento eficaz de estas líneas, en cualquiera de sus formatos, requiere asistencia técnica para garantizar la calidad de la atención. Es necesario establecer estándares mínimos de desempeño para los/las asistentes telefónicos/as, dando prioridad a estilos de respuesta no directivos que podrían conducir a resultados terapéuticos más efectivos. La supervisión técnica es crucial para asegurar la prestación de un servicio seguro y de calidad para la población, lo cual también contribuye a reducir el riesgo de agotamiento y la rotación del personal de atención (MINSAL, 2023b).

Problemas identificados

- En los últimos años, han surgido en Chile diversas plataformas de ayuda en situaciones de crisis suicida, tanto en el sector público como en el privado. Sin embargo, algunas de estas líneas han sido discontinuadas poco tiempo después de iniciar sus operaciones.
- Se evidencia una falta de capacitación adecuada para los/as asistentes telefónicos/as y una ausencia de estándares de desempeño en este ámbito, lo que podría traducirse en alta rotación de los/as encargados/as de brindar la respuesta.
- Se observa un seguimiento insuficiente de las personas que hacen uso de líneas por crisis suicida y que son derivadas a atención de salud mental.
- Se observan problemas de coordinación y articulación entre las diferentes líneas de ayuda de organizaciones de la sociedad civil y estatales.
- Existe el riesgo de que la atención en crisis reemplace el acceso convencional a los servicios de salud, en lugar de ser un punto de entrada adicional, generando fragmentación en los cuidados.
- Las limitaciones financieras y las percepciones negativas hacia la red de salud pueden dificultar la utilización de servicios de ayuda post-atención en crisis. Existen además barreras de acceso que surgen debido a

factores geográficos, edad y pertenencia a comunidades socialmente excluidas.

- Aunque los sistemas apoyados en tecnología digital pueden ser beneficiosos para personas con habilidades en el uso de dispositivos digitales, también pueden generar complicaciones para aquellas con baja alfabetización digital.
- Es necesario mejorar la oferta, el acceso y la difusión de sistemas de ayuda remota en crisis, implementando estrategias adaptadas a diversos segmentos de la población. Asimismo, es necesario mejorar la comprensión de los efectos del uso de plataformas digitales en la prestación de atención durante crisis suicidas.

Recomendación para la actualización del PNPS

Mejorar la sostenibilidad y la coordinación entre las distintas líneas de ayuda en salud mental mediante el suministro de herramientas y asesoramiento técnico que permita identificar a personas en riesgo de suicidio, intervenir en crisis de manera efectiva y derivarlas oportunamente a los servicios de salud mental dentro de la red de salud.

Acciones de mejora

1. Establecer estándares mínimos de desempeño y ofrecer capacitación adecuada para mejorar la calidad de la atención brindada por asistentes telefónicos/as y operadores/as de plataformas en línea, especialmente en casos con alta participación de voluntarios/as.
2. Mejorar el sistema de derivación mediante la implementación de protocolos claros y la coordinación con la red de emergencias (SAMU, Carabineros, Bomberos) para garantizar una atención oportuna y efectiva.
3. Desarrollar un sistema de seguimiento de las personas derivadas por riesgo suicida entre las diferentes líneas de ayuda disponibles.
4. Fortalecer la coordinación entre las líneas de ayuda dependientes de organizaciones de la sociedad civil y la línea pública especializada en la prevención del suicidio (*4141), con el fin de asegurar una respuesta coordinada ante las crisis suicidas en Chile.
5. Elaborar campañas para la difusión del sistema de ayuda en crisis dirigidas a diversos segmentos de la población.
6. Evaluar continuamente las plataformas de ayuda en crisis, con el objetivo de identificar grupos de riesgo y ofrecer atención adaptada a las necesidades específicas de diferentes grupos de la población.

Recomendación 8 | Mejorar el sistema de continuidad de cuidados para personas en riesgo de suicidio

Los datos provenientes de países de altos ingresos indican que alrededor del 80% de las personas que fallecen por suicidio habían tenido un contacto con unidades de atención primaria en el año anterior a su muerte, cerca del 40% interactuaron con servicios de urgencia, mientras que el 30% buscó ayuda en servicios especializados de salud mental (Knipe et al., 2022; Walby et al., 2018). La literatura también subraya diversos desafíos en el manejo clínico post-hospitalización por intento de suicidio (Hawton et al., 2022).

La cadena de atención y la continuidad de cuidados de alta calidad son clave para una prevención del suicidio exitosa (Mehlum & Mork, 2016). La estrategia de continuidad de cuidados tiene como objetivo facilitar el acceso articulado y continuado a la red de atención en salud para personas en riesgo de suicidio, adaptándose a sus necesidades y al nivel de cuidado requerido. Esta estrategia abarca desde la detección oportuna del riesgo suicida, la evaluación y el manejo clínico, hasta el seguimiento post-alta. En este sentido, la continuidad de cuidados da cuenta del grado de articulación de la atención que reciben las personas a lo largo del tiempo.

Las intervenciones en esta área se dividen en dos categorías: a) intervenciones breves, como llamadas telefónicas o contacto en línea, diseñadas para facilitar el acceso oportuno a tratamiento a las personas en riesgo suicida y mejorar la adherencia al tratamiento ambulatorio, y b) acciones de seguimiento que actúan como acompañamiento para reducir el riesgo suicida a largo plazo, como visitas domiciliarias o llamadas telefónicas. Si bien la evidencia no es concluyente respecto a que las intervenciones breves y de seguimiento aumenten la adherencia a tratamiento, las intervenciones basadas en derivación y seguimiento se han asociado con una reducción significativa de la mortalidad por suicidio y del riesgo de hospitalizaciones subsecuentes por conductas suicidas (Fleischman et al., 2008; Greenfield et al., 2002).

Problemas identificados

- Aunque se establecen estándares de atención post-intento de suicidio, su aplicación es irregular y el manejo clínico varía considerablemente.
- Existe una falta de claridad en los protocolos de notificación y derivación ante intentos de suicidio. En particular, existe una ausencia de directrices claras en la derivación y seguimiento de individuos no afiliados a FONASA.
- A pesar de que es común derivar a personas con riesgo suicida a tratamiento ambulatorio desde las unidades de urgencia, esta transición no siempre se materializa debido a diversas barreras de acceso para la atención en salud mental (listas de espera, problemas de cobertura de seguro médico, etc.) o la falta de adherencia

por parte de las personas.

Recomendación para la actualización del PNPS

Mejorar el flujo de atención a personas en riesgo de suicidio, entre el contacto con servicios de salud y el acceso a tratamiento y seguimiento, mediante una mejor coordinación y articulación entre la intervención en crisis, los servicios de urgencia, hospitalarios y ambulatorios, así como con las diversas organizaciones de la sociedad civil que participan en la prevención del suicidio.

Acciones de mejora

1. Reforzar la obligatoriedad del sistema de notificación de intentos de suicidio para una identificación y acción temprana de seguimiento a las personas post-alta.
2. Adaptar los flujos de atención a grupos y ubicaciones geográficas específicas.
3. Reforzar la capacitación en detección y manejo del riesgo suicida del personal de salud, enfatizando la importancia de la respuesta de acogida en todo punto de contacto con la red de salud como un factor determinante de la intervención.
4. Evaluar el impacto de las intervenciones de seguimiento en la mortalidad por suicidio y la adherencia al tratamiento ambulatorio.

Recomendación 9 | Fortalecer las estrategias y acciones de postvención

Se estima que aproximadamente una de cada 20 personas experimentará la pérdida de un ser querido por suicidio en un año, y una de cada cinco a lo largo de su vida (Andriessen et al., 2019). Cada suicidio puede impactar entre 6 y 135 personas, algunas de las cuales pueden experimentar consecuencias profundas (Cerel et al., 2018; McDonnell et al., 2022). En Chile, donde se registra un promedio de 1.800 suicidios al año, esto implica que potencialmente entre 10.800 y 243.000 personas se verán afectadas anualmente. Además, los equipos de salud están especialmente expuestos a enfrentar casos de suicidio entre los/las usuarios/as o compañeros/as de trabajo. La pérdida por suicidio puede tener serias repercusiones en la salud física y mental de las personas, así como en el bienestar de familias y comunidades durante un tiempo prolongado (Erlangsen & Pitman, 2017). A pesar de que la mayoría de las personas en duelo por suicidio reconocen la necesidad de ayuda, enfrentan diversas barreras que limitan su acceso a la ayuda necesaria: falta de servicios especializados, incertidumbre sobre dónde buscar ayuda, estigmatización en el proceso de búsqueda de apoyo (Jiménez, 2023).

La OMS ha promovido la integración de intervenciones de postvención como parte de los programas nacionales de prevención del suicidio (OMS, 2021). Estas acciones de apoyo y asistencia se implementan después de una muerte por suicidio, con el objetivo de acompañar a las personas, familias o comunidades afectadas, facilitar el proceso de duelo y promover la recuperación posterior al suicidio (Andriessen et al., 2019; Inostroza et al., 2022). Además, la postvención busca prevenir el riesgo de conductas suicidas en otros miembros de la familia o comunidad afectada. La evidencia disponible sugiere que recibir apoyo inmediato tras un suicidio se relaciona con una mayor probabilidad de participar en intervenciones terapéuticas, mejores niveles de bienestar emocional y resultados psicosociales, como menor ideación suicida y una disminución en las ausencias laborales en los meses posteriores (Abbate et al., 2022; Andriessen et al., 2019).

Problemas identificados

- Cuando las organizaciones laborales, sanitarias o educativas se enfrentan a un suicidio, equilibrar las necesidades de la organización con las de las personas afectadas, mantener el funcionamiento institucional y proporcionar apoyo puede ser un gran desafío.
- Aunque el PNPS destaca la importancia de fortalecer las capacidades institucionales para la implementación de acciones de postvención, estas acciones se presentan principalmente como directrices generales en establecimientos educativos o recomendaciones para los medios de comunicación.
- MINSAL elaboró un breve documento con consejos para acompañar el proceso de duelo tras la muerte de un ser querido por suicidio (MINSAL, 2021). Aunque representa un avance significativo, aún no se ha traducido en directrices para implementar acciones de postvención en los servicios de salud.
- Es necesario asegurar el cumplimiento de estándares mínimos en el apoyo a personas y comunidades afectadas por un suicidio.

Recomendación para la actualización del PNPS

Fortalecer las capacidades para implementar estrategias de postvención como parte del PNPS, garantizando el acceso a información y a intervenciones oportunas y culturalmente sensibles para gestionar la crisis y abordar la complejidad del duelo por suicidio en individuos y comunidades desde una perspectiva no patologizante.

Acciones de mejora

1. Desarrollar programas de formación dirigidos a actores/actrices clave y equipos de salud con el fin de capacitarlos/as en la implementación de estrategias de postvención adaptables a distintos contextos, para abordar el impacto de una muerte por suicidio en personas, familias y comunidades.
2. Elaborar lineamientos de respuesta y apoyo destinados a equipos y establecimientos de salud, instituciones educativas y comunidades que se enfrentan a muertes por suicidio.
3. Desarrollar recomendaciones para implementar estrategias comunitarias que promuevan acciones de apoyo mutuo para sobrevivientes de muertes por suicidio.

Recomendación 10 | Ajustar contenidos y focalizar acciones a contextos y grupos específicos

La literatura internacional sugiere que ciertos grupos requieren una atención especial en las estrategias nacionales de prevención del suicidio. En Chile, los hombres presentan una tasa de mortalidad por suicidio significativamente mayor que las mujeres, con una proporción de 4:1, siendo los hombres de 30 a 49 años el grupo con más casos en la última década (MINSAL, 2022). Esta disparidad puede atribuirse a diferencias en los métodos de suicidio utilizados y al mayor abuso de sustancias, pero también a normas culturales de masculinidad que reducen la probabilidad de búsqueda de ayuda (Bennett et al., 2023). Además, las personas mayores –especialmente los hombres mayores de 70 años– muestran las tasas de suicidio más altas en el país (MINSAL, 2022), lo cual puede estar relacionado con factores de riesgo como la soledad, factores socioeconómicos y de salud (De Leo, 2022). Por otro lado, las personas pertenecientes a la comunidad LGBTQ+ enfrentan tasas de suicidio más altas en comparación con individuos heterosexuales y cisgénero (Knipe et al., 2022), lo cual parece estar asociado al “estrés de minorías” causado por la estigmatización relacionada con la identidad de género y la orientación sexual diversa (Tomicic et al., 2016). Además, en Chile, los perfiles epidemiológicos confirman un mayor riesgo de suicidio entre las poblaciones indígenas en distintas regiones del país, con un patrón recurrente de mayor riesgo entre hombres indígenas menores de 30 años que viven en áreas rurales (Silva & Vargas, en prensa). Considerando que la conducta suicida en estas comunidades puede estar influenciada por significados culturales y creencias específicas, la integración del conocimiento indígena puede tener un impacto significativo en la prevención del suicidio (Sjoblom et al., 2022).

Los/las niños, niñas y adolescentes (NNA) o bajo cuidado del Estado muestran un riesgo de suicidio 2,3 veces mayor que sus pares de la población general (Bronsard et al., 2016; MINSAL, 2023a). Además, la prevalencia de trastornos mentales y de conductas suicidas en la población penitenciaria son elevadas en comparación con personas de edad y sexo similares que viven en la comunidad (Mundt et al., 2013; Zhong et al., 2021). Entre 2000 y 2017, la tasa anual de suicidios en esta población fue de 41,2 por cada 100.000 personas, por lo que los servicios penitenciarios deben reconocer este mayor riesgo suicida y proporcionar el apoyo necesario.

Problemas identificados

- A excepción de ciertos grupos específicos, como los/las adolescentes en entornos escolares, el PNPS tiende a tratar a las personas en riesgo de suicidio de manera homogénea.
- Se enfrentan dificultades al intentar abordar de forma más efectiva a los hombres en riesgo de suicidio, dado que suelen comunicar menos acerca de sus problemas de salud mental y buscar menos apoyo.
- Los equipos de salud y gatekeepers requieren formación en competencias para implementar intervenciones

adaptadas a las necesidades específicas de diversos grupos de la población y perfiles de riesgo, incluyendo personas mayores, personas de comunidad LGBT+, comunidades indígenas, niñas, niños y adolescentes bajo custodia del Estado, así como población en el sistema penitenciario.

Recomendación para la actualización del PNPS

Establecer criterios para focalizar las acciones de prevención del suicidio en subgrupos de la población, adaptando los componentes y estrategias a las características particulares de cada grupo y perfil de riesgo.

Acciones de mejora

1. Promover la colaboración intersectorial entre áreas como salud, educación, justicia y desarrollo social, para abordar de manera coordinada las necesidades específicas de los siguientes grupos: hombres entre 30-49 años, personas mayores, personas pertenecientes a la comunidad LGBT+, pueblos indígenas, población recluida en el sistema penitenciario y niños, niñas y adolescentes bajo cuidado del Estado (Servicios Mejor Niñez y Reinserción Juvenil).
2. Desarrollar guías de recomendaciones e implementar programas de formación en competencias destinados a equipos de salud y gatekeepers para la detección e intervención adaptada a las necesidades de cada grupo poblacional mencionado.
3. Fomentar la participación de representantes indígenas en las mesas regionales de prevención del suicidio o consejos consultivos, con el fin de incorporar consideraciones interculturales en las estrategias de abordaje.

Recomendación 11 | Aumentar el presupuesto destinado al PNPS

A pesar del creciente interés social y político en la salud mental, persisten desafíos relacionados con el financiamiento y la distribución de recursos en esta área, lo que genera importantes desequilibrios entre el gasto público en salud mental y la carga de enfermedad asociada (Vigo et al., 2019). Según la OMS, el financiamiento específico para la prevención del suicidio suele ser limitado debido a diversos factores, como la falta de priorización del suicidio como un problema social y de salud pública, así como la percepción equivocada de que los suicidios no son prevenibles (OMS, 2021). Países con estrategias nacionales de prevención del suicidio consolidadas, como Australia o el Reino Unido, reconocen la necesidad de aumentar significativamente el presupuesto para este tipo de programas (Department of Health Australia, 2022; Garratt et al., 2023). Además, se ha señalado que invertir en programas de prevención del suicidio puede generar ahorros económicos significativos para los países al evitar muertes prematuras y reducir la pérdida de años de vida (Vasiliadis et al., 2015). Sin embargo, actualmente no existe evidencia robusta derivada de análisis económicos que permita guiar la inversión en acciones de prevención del suicidio (McDaid, 2016).

Sin embargo, se puede analizar la situación del PNPS utilizando la información disponible. Según la Ficha de Monitoreo y Seguimiento de la Oferta Pública del Programa Social PNPS, el presupuesto asignado al PNPS en 2023 fue de \$159.116.000 (USD 166.500) (DIPRES & Subsecretaría de Evaluación Social, 2024). Si bien este monto considera solo el presupuesto de la Subsecretaría de Salud Pública y no incluye recursos para acciones de prevención del suicidio provenientes de otros sectores, no es suficiente para llevar a cabo de manera adecuada los componentes y acciones del programa a nivel nacional. En este contexto, se estima que solo la Subsecretaría de Salud Pública necesita un presupuesto al menos siete veces mayor para financiar componentes, gastos administrativos y fortalecer la gobernanza del PNPS actual (MINSAL, 2023a). Es crucial contar con un presupuesto acorde al alto impacto social y económico que representa el suicidio para el país.

Problemas identificados

- Los recursos actuales del PNPS son insuficientes para llevar a cabo sus diversos componentes de manera efectiva en todas las regiones.
- El PNPS carece de personal especializado suficiente para ser ejecutado adecuadamente en todas las regiones.
- Los recursos actuales del PNPS no permiten la implementación de acciones necesarias para la prevención del suicidio a nivel comunitario.

Recomendación para la actualización del PNPS

Abordar las limitaciones presupuestarias y de recursos humanos del PNPS mediante un aumento significativo de su financiamiento para garantizar la implementación y sostenibilidad de sus componentes.

Acciones de mejora

1. Incrementar progresiva y significativamente el presupuesto del PNPS.
2. Optimizar el uso de los recursos ya asignados a través de la focalización en acciones de capacitación de actores/actrices estratégicos/as para la prevención del suicidio.
3. Establecer normativas y estrategias para garantizar la eficiencia en el uso de los recursos asignados.

Recomendación 12 | Fortalecer la colaboración del PNPS con actividades de investigación en suicidalidad

La existencia de estrategias nacionales de prevención ha permitido lograr avances significativos en la prevención del suicidio y la intervención con personas en riesgo. Sin embargo, la falta de evidencia robusta sobre estrategias de prevención universal y selectiva, así como de conocimiento sobre las formas más efectivas de implementar intervenciones en diversos entornos (hospitales, gobiernos locales, escuelas, etc.) sigue siendo un desafío importante (O'Connor & Portzky, 2018). Dado que el suicidio es el resultado de una compleja interacción de procesos neurobiológicos, psicológicos y sociales, es crucial que las estrategias de prevención adopten un enfoque multifactorial basado en la investigación. Para ello, es necesario avanzar más allá de los factores de riesgo tradicionales (ej. trastornos mentales), y abordar factores de riesgo multivariantes. Desde la neurobiología de la conducta suicida hasta el estudio de los determinantes sociales y el uso de técnicas de inteligencia artificial, la investigación puede enriquecer la comprensión de la conducta suicida y su prevención (Lejeune et al., 2022; O'Connor & Portzky, 2018).

La experiencia internacional indica que es fundamental potenciar la investigación para obtener evidencia que se ajuste a las características específicas del país y su población. Asimismo, una estrategia de prevención del suicidio puede proporcionar un marco para establecer una agenda de investigación sobre la conducta y los factores de riesgo suicida a nivel nacional.

Problemas identificados

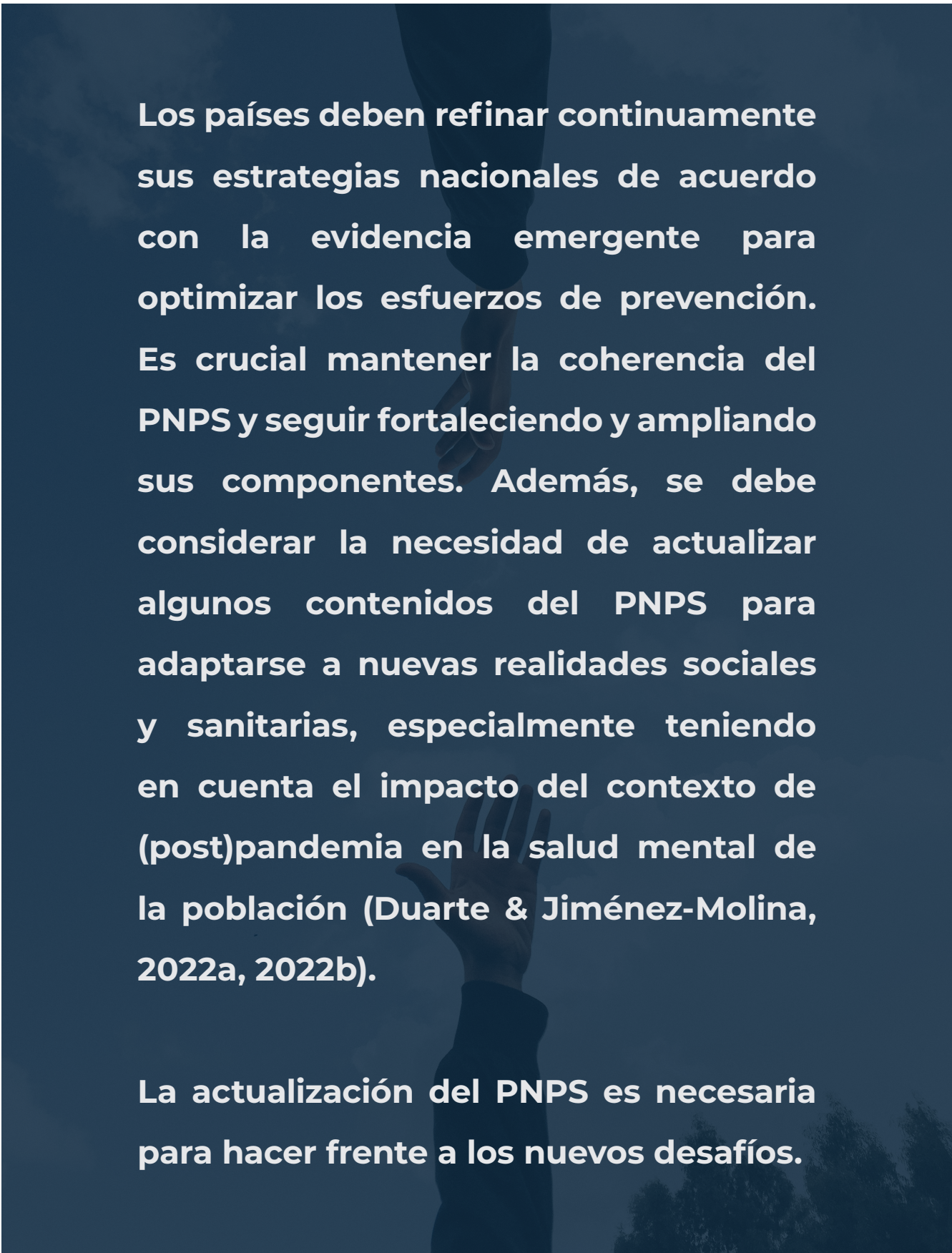
- Dado el tamaño relativamente modesto del campo de investigación del suicidio debido a su baja frecuencia estadística, y la falta de datos sistemáticos que vayan más allá de las muertes por suicidio, en Chile existen dificultades para llevar a cabo investigaciones a gran escala.
- Hay una escasez de investigación traslacional que pueda informar tanto políticas como prácticas clínicas. Los nuevos avances en la investigación del suicidio a menudo no se traducen en productos integrados al PNPS.
- Debido a la falta de criterios compartidos para la investigación en suicidalidad o el desconocimiento de los servicios de salud, se evidencia una exclusión sistemática de participantes de alto riesgo en los estudios nacionales, lo que obstaculiza la generación de conocimiento sobre este grupo específico y prioritario.

Recomendación para la actualización del PNPS

Fortalecer la colaboración del PNPS con universidades y grupos de investigación para promover estudios que enriquezcan la base de evidencia en prevención del suicidio y guíen las mejores prácticas en evaluación, intervención temprana, tratamiento y seguimiento de personas en riesgo, así como en las estrategias de postvención.

Acciones de mejora

1. Promover una colaboración estrecha entre el PNPS y grupos de investigación para mejorar la difusión de enfoques basados en la evidencia. Por ejemplo, es posible impulsar investigación traslacional para abordar brechas del programa mediante herramientas como FONIS.
2. Desarrollar protocolos y recomendaciones de buenas prácticas para asegurar la implementación segura y ética de investigaciones en suicidalidad.



Los países deben refinar continuamente sus estrategias nacionales de acuerdo con la evidencia emergente para optimizar los esfuerzos de prevención. Es crucial mantener la coherencia del PNPS y seguir fortaleciendo y ampliando sus componentes. Además, se debe considerar la necesidad de actualizar algunos contenidos del PNPS para adaptarse a nuevas realidades sociales y sanitarias, especialmente teniendo en cuenta el impacto del contexto de (post)pandemia en la salud mental de la población (Duarte & Jiménez-Molina, 2022a, 2022b).

La actualización del PNPS es necesaria para hacer frente a los nuevos desafíos.

Referencias:

- Abbate L. et al. (2022) Evaluating postvention services and the acceptability of models of postvention: a systematic review. *Omega: Journal of Death and Dying*, 0(0): 1-41.
- Acosta J, Ramchand R, Becker A, Felton A, Kofner A (2013) RAND Suicide Prevention Program Evaluation TOOLKIT. RAND Corporation. <https://www.rand.org/pubs/tools/TL111.html>.
- Andriessen K, Krysinska K, Kölves K, & Reavley N (2019) Suicide postvention service models and guidelines 2014–2019: A systematic review. *Frontiers in Psychology*, 10: 2677.
- Bennett S, Robb K, Zortea T, Dickson A, Richardson C, and O'Connor R (2023) Male suicide risk and recovery factors: A systematic review and qualitative metasynthesis of two decades of research. *Psychological Bulletin*, 149(7–8): 371–417.
- Bronsard, G., et al. (2016) The prevalence of mental disorders among children and adolescents in the child welfare system: a systematic review and meta-analysis.
- Cerel J. et al (2018) How many people are exposed to suicide? Not six. *Suicide and Life Threatening Behavior*, 49(2): 529-534.
- Damschroder L, Reardon C, Widerquist M, Lowery J (2022) The updated Consolidated Framework for Implementation Research based on user feedback. *Implementation Science*, 17: 75.
- De Leo D (2022) Late-life suicide in an aging world. *Nature Aging*, 2: 7–12.
- Department of Health - Australia (2022) Prioritising Mental Health and Suicide Prevention. <https://www.health.gov.au/sites/default/files/documents/2022/03/budget-2022-23-mental-health-suicide-prevention-pillar-2.pdf>
- DIPRES & Subsecretaría de Evaluación Social (2024) Monitoreo y seguimiento oferta pública 2023. Programa Nacional de Prevención del Suicidio. Subsecretaría de Salud Pública, MINSAL.
- Duarte F & Jiménez-Molina A (2022a) Suicide and quarantine during the COVID-19 pandemic: Do we know everything? *Social Science & Medicine*, 309: 115253.
- Duarte F & Jiménez-Molina A (2022b) A longitudinal nationwide study of psychological distress during the COVID-19 pandemic in Chile. *Frontiers in Psychiatry*, 13: 744204.
- Erlangsen A. & Pitman A. (2017) Effects of suicide bereavement on mental and physical health. In K. Andriessen et al. (Eds.), *Postvention in action: The international handbook of suicide bereavement support* (pp. 17–26). Hogrefe Publishing.
- Fleischmann A, Bertolote JM, Wasserman D, De Leo D, Bolhari J, Botega NJ, et al. (2008) Effectiveness of brief intervention and contact for suicide attempters: a randomized controlled trial in five countries. *Bull World Health Organ*, 86(9): 703–9.
- Garratt k, Carl Baker, Steven Kennedy, Lisa Rowland (2023) Suicide prevention: Policy and strategy. <https://researchbriefings.files.parliament.uk/documents/CBP-8221/CBP-8221.pdf>
- Gould M, Kalafat J, Harrismunfakh J, and Kleinman M (2007) An evaluation of crisis hotline outcomes. Part 2: Suicidal callers. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 37(3): 338-352.
- Greenfield B, Larson C, Hechtman L, Rousseau C, Platt R. (2002) A rapid-response outpatient model for reducing hospitalization rates among suicidal adolescents. *Psychiatr Serv*, 53(12): 1574–9.
- Hawgood J, Woodward A, Quinnett P, & De Leo D (2022) Gatekeeper training and minimum standards of competency: Essentials for the suicide prevention workforce. *Crisis*, 43(6): 516–522.
- Hawton K, Lascelles K, Pitman A, et al. (2022) Assessment of suicide risk in mental health practice: shifting from

- prediction to therapeutic assessment, formulation, and risk management. *Lancet Psychiatry*, 9(11): 922-928.
- Inostroza C, Bustos C, Quijada Y, Bühring (2022) Revisión sistemática y de experiencia internacional comparada sobre Grupos de Ayuda Mutua para sobrevivientes de suicidio y propuesta de guía metodológica para su implementación. Informe técnico, Departamento de Salud Mental, MINSAL.
- Irarrázaval M, Martínez V, Behn A y Martínez P (2016) Intervenciones para prevenir el suicidio adolescente en centros educacionales. Informe de resultados, Departamento de Salud Mental, MINSAL.
- Jiménez A. (2023) Duelo por suicidio y estrategias de postvención en Chile: Un estudio exploratorio para avanzar en el desarrollo de un modelo de intervención psicosocial con personas y comunidades sobrevivientes de muertes por suicidio. Reporte de investigación, Instituto Milenio MIDAP.
- Kasal A, Táborská R, Juríková L, Grabenhofer-Eggerth A, Pichler M, Gruber B, Tomášková H, Niederkrotenthaler T (2023) Facilitators and barriers to implementation of suicide prevention interventions: Scoping review. *Cambridge Prisms: Global Mental Health*, 10(e15): 1–14.
- Knipe D, Padmanathan P, Newton-Howes G et al. (2022) Suicide and self-harm. *Lancet*, 399: 1903–16.
- Lejeune A, Le Glaz A, Perron P-A, Sebti J, Baca-Garcia E, Walter M, Lemey C, Berrouiguet S (2022) Artificial intelligence and suicide prevention: A systematic review. *European Psychiatry*, 65(1): e19.
- Lewitzka U, Sauer C, Bauer M, Felber W (2019) Are national suicide prevention programs effective? A comparison of 4 verum and 4 control countries over 30 years. *BMC Psychiatry*, 19: 158.
- McDaid D (2016) Making an economic case for investing in suicide prevention. Quo Vadis? In O'Connor R & Pirkis J (eds). *The International Handbook of Suicide Prevention* (chapter 44). Wiley.
- Martínez V, Jiménez-Molina A, Gerber M (2023) Social contagion, violence, and suicide among adolescents. *Current Opinion in Psychiatry*, 36(3): 237-242.
- McDonnell S. et al. (2022) Suicide bereavement in the UK: Descriptive findings from a national survey. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 00: 1-11.
- Mehlum L and Mork E (2016) After the suicide attempt – the need for continuity and quality of care. In R. O'Connor and J. Pirkis (eds.) *International Handbook of Suicide Prevention*. Chichester: Wiley Blackwell.
- MINSAL (2011) Estrategia Nacional de Salud para el cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la Década 2011-2020. Disponible en: <https://www.minsal.cl/portal/url/item/c4034eddbbc96ca6de0400101640159b8.pdf>
- MINSAL (2013) Programa nacional de prevención del suicidio. Orientaciones para su Implementación. Santiago: MINSAL.
- MINSAL (2019) Recomendaciones para la prevención de la conducta suicida en establecimientos educacionales. Santiago: MINSAL.
- MINSAL (2021) Vivir después de la muerte. Guía de apoyo a sobrevivientes de pérdida por suicidio de un ser querido. Santiago: MINSAL.
- MINSAL (2022) Informe de mortalidad por suicidio en Chile 2010-2019. Disponible en: http://epi.minsal.cl/wp-content/uploads/2022/06/2022.06.10_Informe.de.la.decada.pdf
- MINSAL (2023a) Formulario Evaluación Ex Ante Programa Nacional de Prevención del Suicidio. Proceso de formulación presupuestaria 2024.
- MINSAL (2023b) Resumen de evidencia para la política: Implementación de estrategias de prevención del suicidio. Santiago: MINSAL.
- Mundt AP, Alvarado R, Fritsch R, Poblete C, Villagra C, Kastner S, Priebe S. (2013) Prevalence rates of mental

disorders in Chilean prisons. *PLoS One*, 8(7): e69109.

Niederkrotenthaler T, Till B, Kirchner S, Sinyor M, Braun M, Pirkis J, et al. (2022) Effects of media stories of hope and recovery on suicidal ideation and help-seeking attitudes and intentions: systematic review and meta-analysis. *Lancet Public Health*, 7: e156–68.

O'Connor R and Portzky G (2018) Looking to the future: A synthesis of new developments and challenges in suicide research and prevention. *Frontiers in Psychology*, 9: 1–14.

OMS (2021) *Vivir la vida. Guía de aplicación para la prevención del suicidio en los países*. Washington DC: OMS.

Otzen T, Manterola C, Antúnez Z, Villagran F, Palma K, Varela K, Hetz M (2022) Formación de facilitadores comunitarios para la prevención de suicidio: Revisión sistemática. Informe técnico, Departamento de Salud Mental, MINSAL.

Pirkis J, San Too L, Spittal M, Krysinska K, Robinson J, Cheung Y (2015) Interventions to reduce suicides at suicide hotspots: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Psychiatry*, 2: 994–1001.

Pirkis J, Rossetto A, Nicholas A, Ftanou M et al. (2019) Suicide prevention media campaigns: A systematic literature review. *Health Commun*, 34(4): 402-414.

Pirkis J, Gunnell D, Hawton K, Hetrick S, Niederkrotenthaler T, Sinyor M, Yip P, Robinson J (2023) A public health, whole-of-government approach to National Suicide Prevention Strategies. *Crisis*, 44: 85-92.

Platt S, Arensman E, Rezaeian M (2019) National suicide prevention strategies – progress and challenges. *Crisis*, 40(2): 75-82.

Robinson J, Cox G, Bailey E, Hetrick S, Rodrigues M, Fisher S and Herrman H (2016) Social media and suicide prevention: a systematic review. *Early Intervention in Psychiatry*, 10: 103-121.

Robinson J, La Sala L, Cooper C, Spittal M, Rice S, Lamblin M, Brown E, Nolan H, Battersby-Coulter R, Rajaram G, Thorn P, Pirkis J, May-Finlay S, Silenzio V, Skehan J, Krysinska K, Bellairs-Walsh I (2023) Testing the Impact of the #chatsafe Intervention on Young People's Ability to Communicate Safely About Suicide on Social Media: Protocol for a Randomized Controlled Trial. *JMIR Res Protoc*, 12: e44300

Rojas I (2016) Instalación del Programa Nacional de Prevención del Suicidio en Chile. En OPS – Prevención de la conducta suicida (pp. 24-26). Washington, D.C.: OPS.

Schlichthorst M, Reifels L, Spittal M, Clapperton A, Scurrah K, Kolves K, Platt S, Pirkis J, Krysinska K (2023) Evaluating the Effectiveness of Components of National Suicide Prevention Strategies: An Interrupted Time Series Analysis. *Crisis*, 44(4): 318–328.

Sinyor M, Ming Chan P, Niederkrotenthaler T, Scott V, & Platt S (2024) The development, progress, and impact of national suicide prevention strategies worldwide. *Crisis*. <https://dx.doi.org/10.1027/0227-5910/a000948>

Silva M & Vargas B (en prensa) Culturally sensitive suicide prevention programs: Addressing Indigenous Peoples in Latin America and the Caribbean. In Jiménez-Molina A. & Martínez V (eds.) *New Perspectives on Suicidal Behavior: Cultural Context, Clinical Assessment, and Intervention*. Springer-MIDAP.

Sjoblom E., Ghidei W., Leslie M., James A., Bartel R., Campbell S. & Montesanti S. (2022) Centering Indigenous knowledge in suicide prevention: A critical scoping review. *BMC Public Health*, 22(1): 2377.

Tomicic A, Gálvez C, Quiroz C, Martínez C, Fontbona J, Rodríguez J, et al. (2016) Suicidio en poblaciones lesbiana, gay, bisexual y trans: revisión sistemática de una década de investigación (2004-2014). *Revista Médica de Chile*, 44(6): 723-733.

Torok M, Calear A, Shand F, and Christensen H (2017) A systematic review of mass media campaigns for suicide

prevention: Understanding their efficacy and the mechanisms needed for successful behavioral and literacy change. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 47(6): 672-686.

Torok M, Han J, Baker S, Werner-Seidler A, Wong I, et al. (2020) Suicide prevention using self-guided digital interventions: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Lancet Digital Health*, 2: e25–36.

UNDP (2015) *The Sustainable Development Goals (SDGs)*. New York: United Nations Development Programme. <https://www.undp.org/sustainable-development-goals>

van der Burgt M, Beekman A, Hoogendoorn A, Berkelmans G, et al. (2021) The impact of a suicide prevention awareness campaign on stigma, taboo and attitudes towards professional help-seeking. *Journal of Affective Disorders*, 279: 730–736.

Vasiliadis H, Lesage A, Latimer E, Sequin M. (2015) Implementing suicide prevention programs: costs and potential life years saved in Canada. *J Ment Health Policy Econ*, 18: 147–155.

Vigo D, Kestel D, Pendakur K, Thornicroft G, Atun R (2019) Disease burden and government spending on mental, neurological, and substance use disorders, and self-harm: cross-sectional, ecological study of health system response in the Americas. *Lancet Public Health*, 4: e89–96.

Walby FA, Myhre MØ, Kildahl AT (2018) Contact with mental health services prior to suicide: a systematic review and meta-analysis. *Psychiatr Services*, 69: 751–59.

Watling D, Preece M, Hawgood J, Bloomfield S and Kolves K (2022) Developing an intervention for suicide prevention: A rapid review of lived experience involvement. *Archives of Suicide Research* 26(2), 465–480.

World Health Organization (2014) *Preventing suicide. A global imperative*. Geneva: WHO.

World Health Organization (2021) *Suicide worldwide in 2019: global health estimates*. Geneva: WHO.

Zalsman G, Hawton K, Wasserman D, van Heeringen K, Arensman E, Sarchiapone M, Carli V, et al. (2016) Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. *Lancet Psychiatry*, 3(7): 646–659.

Zhong S, Senior M, Yu R, Perry A, Hawton K, Shaw J, Fazel S. (2021) Risk factors for suicide in prisons: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Public Health*, 6(3): e164-e174.



UNIVERSIDAD
SAN SEBASTIAN
VOCACIÓN POR LA EXCELENCIA



UNIVERSIDAD
DE CHILE



MIDAP
Instituto Milenio para la Investigación
en Depresión y Personalidad