



ESTRATEGIA NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN DEL SUICIDIO 2025-2034

Ministerio de Salud

DOCUMENTO CONSULTA PÚBLICA

Responsables Técnicos	
Dra. María Soledad Martínez Gutiérrez	Jefa División de Prevención y Control de Enfermedades Subsecretaría de Salud Pública
Javiera Erazo Leiva	Jefa Departamento de Salud Mental División de Prevención y Control de Enfermedades Subsecretaría de Salud Pública

Autores	
Coordinadora y editora técnica	
Belén Vargas Gallegos	Departamento de Salud Mental División de Prevención y Control de Enfermedades Subsecretaría de Salud Pública
Equipo de Trabajo	
Dra. Vania Martínez Nahuel	Departamento de Salud Mental División de Prevención y Control de Enfermedades Subsecretaría de Salud Pública
Alejandro Riquelme Bórquez	Departamento de Salud Mental División de Prevención y Control de Enfermedades Subsecretaría de Salud Pública

Revisores Comisión Ministerial Prevención del Suicidio	
Rocío Martínez Gutiérrez	Departamento de Epidemiología Subsecretaría de Salud Pública
Bert Kaempfe Vásquez	Departamento de Epidemiología Subsecretaría de Salud Pública
Dr. Orlando Negrón Hékima	Departamento de Salud Ambiental División de Políticas Públicas Saludables y Promoción Subsecretaría de Salud Pública
Osman Olivares Gatica	Departamento de Seguridad y Salud en el Trabajo División de Gestión y Desarrollo de Personas Subsecretaría de Redes Asistenciales
Patricia Paz Soto	Departamento GES, Redes Complejas y Líneas Temáticas División de Gestión de la Red Asistencial Subsecretaría de Redes Asistenciales
Nicolás Fernández Rodríguez	Departamento GES, Redes Complejas y Líneas Temáticas División de Gestión de la Red Asistencial Subsecretaría de Redes Asistenciales
Tania Labra Olivares	Departamento de Gestión de los Cuidados División de Atención Primaria Subsecretaría de Redes Asistenciales
Alondra Lagos Marchant	Departamento de Gestión de los Cuidados División de Atención Primaria Subsecretaría de Redes Asistenciales
Paz Anguita Hernández	Departamento de Gestión de los Cuidados División de Atención Primaria Subsecretaría de Redes Asistenciales

Contenidos

<i>Declaración sobre el uso responsable y respetuoso del lenguaje en la prevención del suicidio</i>	4
<i>Agradecimientos</i>	5
<i>Resumen Ejecutivo</i>	6
<i>Introducción: Desarrollo de las políticas para la prevención del suicidio en Chile</i>	9
<i>Comprensión del Fenómeno</i>	15
Conceptos Centrales.....	15
Factores de Riesgo y de Protección.....	19
Grupos de Especial Interés	21
<i>Estrategia Nacional para la Prevención del Suicidio 2025-2034</i>	23
Gobernanza y Coordinación Intersectorial.....	27
Toma de Decisiones Informada por la Evidencia.....	29
Equidad e Inclusión	32
Prevención Comunitaria.....	34
Reducción de Medios para el Suicidio.....	37
Comunicación Segura	39
Sistema de Ayuda en Crisis.....	41
Continuidad de Cuidados	44
Postvención	46
<i>Referencias</i>	49

Declaración sobre el uso responsable y respetuoso del lenguaje en la prevención del suicidio

Reconociendo la importancia de las palabras y su influencia en la percepción pública y en las personas afectadas por el suicidio, este documento adopta un enfoque comunicacional basado en el respeto, la empatía y la seguridad. Por ello, se evita el uso de expresiones que perpetúen estigmas, promuevan mitos, atribuyan valor positivo o negativo a las conductas suicidas, o utilicen un tono sensacionalista.

Algunos ejemplos de expresiones no seguras incluyen:

- **Estigmatización:** Referirse a las personas como "suicidas", "depresivas" o "trastornadas". En su lugar, se utilizará términos como "persona que ha muerto por suicidio" o "persona con depresión".
- **Perpetuación de mitos:** Frases como "se suicidó porque era débil", "fue cobarde/valiente al suicidarse" o "se intentó quitar la vida para llamar la atención". En su lugar, se hablará de conductas suicidas como resultado de factores múltiples y complejos.
- **Tonos valorativos:** Las expresiones "suicidio exitoso" o "intento fallido" serán reemplazadas por "persona que murió por suicidio" o "persona que intentó suicidarse".
- **Asimilación a delitos:** Las expresiones "suicidio consumado", "suicidio frustrado" y "cometió suicidio" serán reemplazadas por "suicidio o muerte por suicidio", "intento de suicidio" y "se suicidó o murió por suicidio", respectivamente.
- **Sensacionalismo:** Frases como "ola de suicidios" o "crisis sin control" serán sustituidas por un lenguaje que informe con precisión, como "un aumento en la incidencia de suicidios según estadísticas oficiales".

Además, durante la elaboración de este documento, y en consideración a las recomendaciones de la Academia Chilena de la Lengua¹, se ha optado por emplear formas léxicas genéricas y términos comúnmente utilizados por la sociedad civil. Esto implica que algunos términos podrían no coincidir con la normatividad establecida en diccionarios o en la literatura académica. Además, se decidió no reemplazar los morfemas "o" y "a" con signos gráficos como "@" o "x", ni con la letra "e", con el fin de preservar la efectividad comunicativa y facilitar la transmisión oral. Sin embargo, reconocemos y valoramos estas formas como representaciones válidas y necesarias para visibilizar a personas que no se identifican con el sistema binario de género.

Finalmente, si en algún momento se identifican términos o frases que puedan afectar la dignidad de cualquier persona, esto no refleja la intención de este documento. Nos comprometemos a revisar y ajustar el lenguaje utilizado para asegurar que este material promueva un entorno inclusivo, respetuoso y seguro para todas las personas.

¹ Academia Chilena de la Lengua. Sexo, Género y Gramática. Ideas sobre el lenguaje inclusivo [Internet]. 1a ed. Santiago, Chile: Catalonia; 2020.

Agradecimientos

Este documento no habría sido posible sin el invaluable aporte y compromiso de diversas personas e instituciones que contribuyeron generosamente a su elaboración.

Expresamos nuestro más sincero agradecimiento a los equipos de salud mental de las Secretarías Regionales Ministeriales (SEREMI) de Salud, cuyo trabajo y experiencia fueron fundamentales para dar forma a este documento. Asimismo, reconocemos la labor de las Mesas regionales intersectoriales para la prevención del suicidio, cuyo esfuerzo colaborativo enriqueció cada etapa del proceso.

Agradecemos profundamente a la comunidad que participó activamente en los diálogos ciudadanos, compartiendo sus vivencias y perspectivas que fueron esenciales para construir una visión inclusiva y representativa. Del mismo modo, extendemos nuestra gratitud a los representantes de múltiples instituciones que, con su participación en las mesas técnicas y diálogos con actores clave, aportaron conocimientos, enfoques y soluciones que fortalecieron este trabajo.

Nuestro especial reconocimiento a quienes integran la Comisión Ministerial de Prevención del Suicidio del Ministerio de Salud, por su liderazgo y compromiso constante, y al Departamento de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Salud Basada en la Evidencia, cuyo respaldo técnico y metodológico resultó indispensable en esta tarea.

A cada una de las personas e instituciones mencionadas, gracias por su dedicación, tiempo y esfuerzo para avanzar juntos hacia un futuro más esperanzador.

Resumen Ejecutivo

El Ministerio de Salud de Chile ha diseñado la Estrategia Nacional para la Prevención del Suicidio (ENPS) 2025-2034, un marco estructurado para abordar de manera integral este problema con impactos no solo a nivel de salud, sino también a nivel social. Este esfuerzo surge de la revisión del Programa Nacional de Prevención del Suicidio (PNPS) implementado desde el año 2013, destacando logros en gobernanza, intervención comunitaria y vigilancia epidemiológica, pero también identificando áreas de mejora, como recursos insuficientes y desigualdades en su aplicación regional.

El objetivo general de la ENPS es **fortalecer la coordinación intersectorial y la efectividad de las acciones preventivas para reducir las tasas de suicidio en Chile, mediante un enfoque integral, basado en evidencia, territorial y culturalmente pertinente, que mejore los apoyos disponibles y garantice la sostenibilidad de los esfuerzos.**

De esta forma, la ENPS es un marco estructural diseñado para integrar y coordinar los distintos aspectos de la prevención del suicidio. Orienta el desarrollo y fortalecimiento de planes y programas sectoriales, incluyendo el PNPS del MINSAL, y proyecta para el país el diseño e implementación de múltiples iniciativas alineadas, coordinadas y efectivas bajo un enfoque común.

Para ello, la ENPS se organiza en tres **pilares de implementación** clave, correspondientes a marcos de acción orientadores y transversales que establecen las bases sobre las cuales se deben diseñar y ejecutar cada una de las acciones preventivas:

Gobernanza y coordinación intersectorial, enfocada en una visión multisectorial que reconoce la naturaleza compleja del suicidio y busca movilizar recursos de diversos actores de la sociedad para crear e implementar políticas públicas efectivas en la prevención del suicidio

Toma de decisiones informada por la evidencia, apunta a que las intervenciones preventivas sean diseñadas, implementadas y evaluadas utilizando información sólida, datos confiables y resultados de investigaciones científicas, maximizando su efectividad, eficiencia y sostenibilidad.

Equidad e inclusión, para garantizar que las acciones sean accesibles, culturalmente sensibles y efectivas para toda la población, especialmente para los grupos en mayor riesgo, eliminando barreras estructurales y promoviendo la participación efectiva de las comunidades y personas afectadas.

Además, la ENPS incluye seis **componentes de intervención**, que agrupan ámbitos específicos basados en la evidencia, que apuntan a reducir los factores de riesgo y aumentar los factores protectores del suicidio, a través de acciones de prevención universal, selectiva e indicada:

Prevención comunitaria, que incluye todas aquellas intervenciones preventivas no especializadas, llevadas a cabo en los entornos sociales en los cuales las personas viven, participan, se desarrollan, trabajan o estudian.

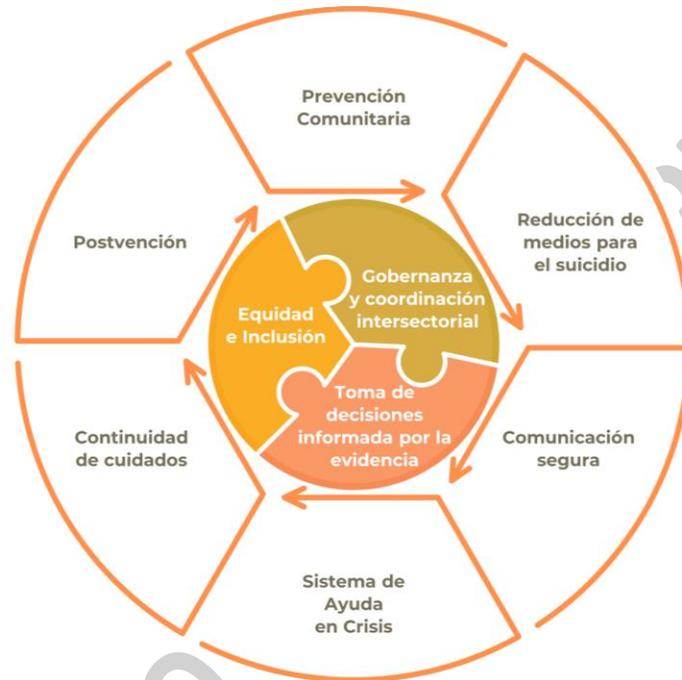
Reducción de medios para el suicidio, centrado en regular, prohibir o dificultar el acceso a elementos y entornos comúnmente utilizados para estos fines.

Comunicación segura, involucra la promoción de un enfoque comunicativo acerca del suicidio que sea seguro y basado en la evidencia científica, capaz de aumentar la concientización, proporcionar información relevante y veraz, modificar percepciones y motivar a las personas a buscar ayuda cuando lo necesiten

Sistema de ayuda en crisis, que organiza canales de asistencia diseñados para brindar atención de emergencia en situaciones que involucran crisis suicidas

Continuidad de cuidados, para garantizar que las personas identificadas en riesgo de suicidio reciban atención oportuna, seguimiento constante y apoyo en su recuperación.

Postvención, de apoyo a las comunidades y familias afectadas por el suicidio, mitigando su impacto emocional y previniendo nuevos casos.



A partir de los tres pilares y 6 componentes, la ENPS establece 9 objetivos estratégicos para orientar el diseño y ejecución de acciones preventivas, proponiendo para ello una ruta a diez años que involucra esfuerzos mancomunados entre las instituciones públicas, el sector privado y la sociedad civil.

1. Fortalecer la gobernanza y el compromiso intersectorial para posicionar la prevención del suicidio como una prioridad nacional, basada en una perspectiva integral y multisectorial.
2. Reforzar la toma de decisiones informada por evidencia en la prevención del suicidio mediante la mejora de los sistemas de vigilancia, la integración de datos oportunos y la promoción de investigaciones aplicadas, asegurando la formación y participación efectiva de actores clave en todos los niveles y sectores.
3. Incorporar criterios de equidad e inclusión en todas las acciones de prevención del suicidio para garantizar que las intervenciones y acciones preventivas se adapten a las características y necesidades específicas de las poblaciones más afectadas por el fenómeno y con mayor riesgo de sufrir exclusión de las intervenciones y servicios.

4. Fortalecer la participación comunitaria en la prevención del suicidio mediante la incorporación protagónica de actores locales, la promoción de factores protectores y la reducción de barreras culturales, sociales y actitudinales para la búsqueda de apoyo.
5. Desarrollar e implementar intervenciones integrales y efectivas para la restricción del acceso a medios que posibilitan el suicidio en Chile, considerando las particularidades socioculturales y contextuales del país, con el fin de reducir su disponibilidad física y cognitiva para la población.
6. Fomentar un abordaje seguro al comunicar sobre suicidio, que sea sensible a las personas con experiencia vivida, propicie el acceso a los apoyos disponibles y reduzca el riesgo de transmisión social del fenómeno.
7. Robustecer el sistema de ayuda en crisis para personas en riesgo suicida, asegurando altos estándares de calidad y capacidades de gestión para favorecer la continuidad de cuidados.
8. Fortalecer la articulación entre los servicios de salud y servicios de apoyo no especializados, para garantizar un flujo de atención continuo que facilite el acceso oportuno a atención de salud de calidad y seguimiento para personas en riesgo de suicidio.
9. Desarrollar de acciones, intervenciones y medidas de postvención del suicidio, asegurando que sean oportunas y culturalmente sensibles, para gestionar la crisis y abordar el impacto de una muerte por suicidio o intento de suicidio de alto impacto en personas, familias y comunidades.

El liderazgo de la ENPS se encuentra a cargo del Ministerio de Salud, a través del Departamento de Salud Mental. Esta entidad es la encargada de coordinar y monitorear el avance en la implementación de la estrategia. Además, ejerce las funciones de rectoría y acompañamiento técnico en el desarrollo de planes, programas e iniciativas que los diferentes sectores lleven a cabo para el cumplimiento de los objetivos estratégicos.

Introducción: Desarrollo de las políticas para la prevención del suicidio en Chile

La situación epidemiológica que atravesó el país entre los años 2004 y 2009, marcada por un aumento de la mortalidad por suicidio, generó un llamado a la acción para visibilizar la problemática y movilizar respuestas desde las políticas sanitarias. Esto ocurre de la mano del lanzamiento de la iniciativa global *Suicide Prevention* (SUPRE) de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que tiene como objetivo impulsar a los países miembros a desarrollar estrategias nacionales para la prevención del suicidio (1)

A la vanguardia internacional, en el año 2007 comienza la implementación las primeras iniciativas preventivas, focalizadas en planes regionales para la prevención del suicidio, elaborados por las Secretarías Regionales Ministeriales (SEREMI) de Salud, que permitieron comenzar a identificar necesidades y desafíos específicos en los distintos territorios del país. Estas acciones fueron el primer paso hacia una respuesta más sistemática, con miras a sentar las bases para un programa nacional.

Para el año 2010, la prevención del suicidio con foco en adolescentes fue incluida como prioridad dentro de la Estrategia Nacional de Salud 2010-2019 (2). La meta de impacto propuesta fue la reducción del 15% en la tasa de mortalidad proyectada en adolescentes al 2020, meta que fue alcanzada al año 2016 con una reducción de un 39,4% (3).

El año 2013 representa un hito fundante con la oficialización del Programa Nacional de Prevención del Suicidio (PNPS) liderado por el Departamento de Salud Mental del Ministerio de Salud (MINSAL), que estructuró las acciones preventivas en torno a seis componentes definidos a partir de las orientaciones de la OMS (4). El PNPS propuso un modelo de intervención fundamentado en el trabajo intersectorial como elemento clave para la prevención del suicidio, con la autoridad sanitaria regional desempeñando un papel central como espacio estratégico para promover el trabajo conjunto entre sectores. Cada componente incluyó un set de acciones a realizar e indicadores para el monitoreo de su implementación. Se proyectó un plazo de 4 años para lograr la instalación completa de todos los componentes a nivel nacional (5). Así, Chile se posicionó entre los 28 primeros países del mundo en desarrollar un programa gubernamental dedicado exclusivamente a la prevención del suicidio. (4) .

Componentes Programa Nacional de Prevención del Suicidio, MINSAL 2013.

- 1. Instalación de un Sistema de Estudio de Casos:** Monitoreo del comportamiento de la mortalidad por suicidio y las lesiones autoinfligidas intencionalmente (LAIN) a nivel nacional y regional, para la definición de perfiles epidemiológicos e informar acciones preventivas.
- 2. Implementación de un Plan Regional Intersectorial de Prevención del Suicidio:** Abordaje de la prevención el suicidio desde la colaboración intersectorial (educación, salud,

seguridad), permitiendo una acción coordinada en acciones priorizadas de acuerdo con las necesidades territoriales.

3. **Fortalecimiento de las competencias de los profesionales de la salud:** Formación del personal de la red de salud en prevención del suicidio y manejo de crisis, con un enfoque prioritario en los equipos de atención primaria, de especialidad de salud mental y de los servicios de urgencia.
4. **Incorporación de programas preventivos en los establecimientos educacionales:** Enfoque en la población infanto-adolescente, considerando el desarrollo de programas preventivos en establecimientos educacionales.
5. **Desarrollo de un sistema de ayuda en situaciones de crisis:** Apoyo a personas en crisis suicida y facilitando su incorporación a atención de salud.
6. **Apoyo técnico para una correcta Cobertura mediática y refuerzo del papel de los medios de comunicación en la prevención del suicidio:** Entrega de lineamientos técnicos a los medios de comunicación para abordar el suicidio de acuerdo con las recomendaciones para una cobertura segura y adecuada.

La implementación del PNPS se vio reforzada en el año 2015 con la asignación de un presupuesto específico como programa social, proveyendo financiamiento regular para la implementación de acciones implementadas por las SEREMI de Salud en las distintas regiones del país. Esto a su vez permitió su inclusión en el Sistema de Monitoreo y Evaluación de Programas Públicos (6). En el diseño inicial se propuso incluir todos los componentes definidos en el año 2013 y una expansión progresiva de su presupuesto. En el transcurso de los años, el PNPS tuvo continuidad de recursos sin expansión, por lo que se realizaron sucesivas reformulaciones para mejorar la utilización del financiamiento asignado, incluyendo componentes factibles de ser instalados en las acciones regulares de las SEREMI de Salud. La versión del año 2024 del programa social apuntó a aumentar la pesquisa a nivel comunitario, como estrategia para favorecer el ingreso de personas en riesgo de suicidio a los servicios de salud mental, a través de la formación de actores clave en la comunidad, acciones de reducción de medios letales y lugares críticos para el suicidio (*hotspots*), campañas de sensibilización y educación, y apoyo técnico al sistema de ayuda en crisis (7).

Junto con lo anterior, diferentes acciones se impulsaron a partir de los componentes iniciales del PNPS, ampliando su radio de acción, incorporando nueva evidencia científica y actores:

a) Vigilancia de la conducta suicida:

Las lesiones autoinfligidas intencionalmente (LAIN) y la mortalidad por suicidio han sido priorizadas dentro de los problemas de salud no transmisibles sujetos a vigilancia epidemiológica en el país, a través del Departamento de Epidemiología de MINSAL y las SEREMI de Salud.

De igual forma, se han desarrollado herramientas para poner a disposición información, tales como la Reportería de Salud Mental del DEIS-MINSAL (8), el Informe de Mortalidad por Suicidio en Chile: 2010-2019 (9) y los informes de análisis de LAIN mensual por región (10). Durante el año 2024 se implementó un Piloto de Vigilancia de LAIN, para avanzar en la instalación de un sistema de notificación obligatoria en todos los servicios de urgencia del país tanto públicos como privados. Se incorporó también el registro de ideación e intento de suicidio como factor de riesgo en el Resumen

Estadístico Mensual (REM), lo que permite monitorear el comportamiento de estos dos fenómenos en la población que ingresa al programa de salud mental en la red pública de salud.

La Encuesta Nacional de Salud 2016-2017 incorporó por primera vez la estimación de prevalencias a nivel país para ideación, planificación e intento de suicidio, hito para las políticas de prevención del suicidio (11). Además, la última Encuesta Nacional de Salud, Sexualidad y Género (ENSSEX) 2022-2023 también incorporó esta información (12).

b) Fortalecimiento de la respuesta asistencial:

Como parte de las medidas para fortalecer la respuesta asistencial en salud mental del sistema público de salud, a partir del año 2021 cada uno de los 29 Servicios de Salud en Chile cuenta con un gestor encargado de promover la implementación de las políticas de prevención del suicidio a nivel de la red pública de salud territorial, además de monitorear la respuesta al riesgo suicida en la Red Asistencial, lo cual incluye gestionar las notificaciones de la línea *4141 para su atención efectiva en la red.

Junto con esto, se ha incorporado la pesquisa activa de riesgo suicida en diferentes puntos de contacto con la red, y además se ha reforzado la atención en los servicios de urgencia de atención primaria (SAPU, SAR, SUR) a través de la incorporación de duplas psicosociales -en 123 comunas, encargadas de entregar una primera respuesta a personas en riesgo suicida, asegurando una intervención en crisis oportuna y la continuidad de cuidados.

Además, para reforzar la continuidad de cuidados de las personas en riesgo de suicidio atendidas en servicios de urgencia, se incorporó dentro de los indicadores de Compromisos de Gestión Ministeriales (COMGES) el asegurar una atención efectiva en atención primaria de salud (APS) posterior a una atención en un Servicio de Urgencia, ya sea de APS o Emergencia Hospitalaria. Los COMGES permiten evaluar el desempeño de los Servicios de Salud y su red de establecimientos en los distintos ámbitos priorizados por la Subsecretaría de Redes Asistenciales (13).

c) Sistema de Ayuda en Crisis

El PNPS definió en su modelo inicial que el componente de sistema en crisis debía incluir, al menos, una línea telefónica de ayuda, una página de ayuda en Internet y/o un programa de intervención en crisis en cada Servicio de Salud, recomendándose para la línea telefónica, la coordinación con el programa Salud Responde del MINSAL.

A partir del año 2016, se estableció el trabajo en conjunto entre el Programa Salud Responde del Departamento de Atención Remota en Salud y el Departamento de Salud Mental de la Subsecretaría de Salud Pública, para establecer un sistema de ayuda en crisis nacional, a través del Fono Salud Responde (600 360 7777) de MINSAL, sumando además la gestión territorial para conectar a las personas con riesgo de suicidio y que contactaban al número, con la red de salud.

El año 2019, se incorpora la opción “línea de salud mental” en el menú de ingreso al Fono Salud Responde, y se desarrolla el Sistema de Gestión en Ideación o Intento de Suicidio (SIGIIS), a través del cual se conecta a las personas detectadas con riesgo de suicidio con la atención en la red pública de salud mediante un flujo de reporte de llamadas y gestión con los Servicios de Salud y los Centros

de APS. Los flujos y procedimientos de reporte para la gestión de casos resguardan el traspaso de información protegida y reporte de casos para retroalimentación y seguimiento del acceso a la atención. Con la entrada en funcionamiento de Hospital Digital, se traspasan a esta unidad las funciones del SIGIIS, manteniéndose la vía de ingreso a través de Salud Responde, a la que se sumó la Línea SaludableMente a partir del año 2020.

Junto con este desarrollo, se establece un trabajo en red con otras líneas de ayuda remota estatales, como también líneas de ayuda de la sociedad civil, para las cuales Hospital Digital funciona como línea de referencia y asistencia para las personas detectadas con riesgo de suicidio. De esta forma, el abordaje del riesgo suicida es incorporado en las principales líneas de ayuda del Estado, tales como Fono Drogas (Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, SENDA), Fono Mayor (Servicio Nacional del Adulto Mayor, SENAMA), Chat Hablemos de Todo (Instituto Nacional de la Juventud, INJUV), Fono orientación violencias de género (Ministerio de la Mujer y Equidad de Género) y Fono Infancia (Dirección de Promoción y Protección de la Infancia de Fundación Integra).

Finalmente, en enero de 2023, se inaugura la Línea Especializada de Prevención del Suicidio *4141, al alero del Departamento de Salud Digital del MINSAL, la cual pasa a hacerse cargo del Sistema de Ayuda en Crisis y la gestión y reporte de llamadas del SIGIIS. La línea funciona 24/7 con profesionales de salud capacitados en atención en crisis.

d) Prevención del suicidio en comunidades educativas

El año 2019 el PNPS lanza la primera Guía de Recomendaciones para la Prevención de la Conducta Suicida en Establecimientos Educativos (14), con la finalidad de entregar recomendaciones para que los sectores de salud y educación desplieguen de manera coordinada acciones preventivas, reconociendo en ellas el rol protagónico de los establecimientos educativos dentro de la respuesta intersectorial al problema de la conducta suicida en niños, niñas y adolescentes. Desde MINSAL, se inició un plan de implementación a través de acciones formativas, dirigidos a equipos de convivencia escolar de establecimientos públicos y privados.

De la mano con esta publicación, a través de la coordinación MINSAL- Superintendencia de Educación (SUPEREDUC) se incorpora a partir del año 2018 en la normativa que imparte Instrucciones sobre Reglamentos Internos de los establecimientos educativos de Enseñanza Básica y Media con Reconocimiento Oficial del Estado, la obligatoriedad de que los establecimientos educativos desarrollen acciones promocionales y de prevención en salud mental, junto con establecer flujos y procedimientos para el adecuado manejo de situaciones de riesgo (15).

Como respuesta a las necesidades de salud mental de las comunidades educativas originadas por la pandemia por COVID-19, se inicia una sólida colaboración entre MINSAL y Ministerio de Educación (MINEDUC) para el desarrollo de herramientas dirigidas a las comunidades educativas. Se desarrolla una oferta formativa a través de la plataforma de Desarrollo Docente en línea del Centro de Perfeccionamiento, Experimentación e Investigaciones Pedagógicas (CPEIP) de MINEDUC, y la prevención del suicidio es incorporada dentro de las acciones comprometidas en el Plan de Reactivación Educativa de MINEDUC (16).

Por su parte, a nivel de educación superior los avances son incipientes y la prevención del suicidio ha sido relevada como ámbito prioritario. Es así como en la Propuesta elaborada por el Consejo Asesor en materia de Bienestar y Salud Mental en el Sistema de Educación Superior, se aboga por un enfoque integral y proactivo para la prevención del suicidio en las instituciones de educación superior, que incluya la implementación de programas específicos, el desarrollo de protocolos claros, la creación de entornos saludables y el fortalecimiento de las redes de apoyo (17). De igual forma, varias Universidades, Institutos y Centros de Formación Técnica cuentan con iniciativas en curso, dirigidas a sus comunidades estudiantiles.

e) Objetivos Sanitarios al 2030 y Agenda 2030

La Estrategia Nacional de Salud para los Objetivos Sanitarios representa la guía principal para el sector, identificando los desafíos más relevantes que enfrenta nuestro país en este ámbito y proponiendo soluciones para abordarlos. En su nueva versión, se establecen los objetivos sanitarios al 2030, donde disminuir la mortalidad por suicidio se ha establecido como uno de sus objetivos de impacto (18). Para esto, se ha establecido como resultado esperado el fortalecimiento de la vigilancia de LAIN, y el acceso, calidad y oportunidad de la atención de personas en riesgo de suicidio (19).

De igual manera, en septiembre de 2015, durante la Cumbre para el Desarrollo Sostenible, los Estados Miembros de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) adoptaron la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. Este plan incluye 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) diseñados para erradicar la pobreza, reducir la desigualdad y la injusticia, y enfrentar el cambio climático, donde el ODS 3 apunta a "garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades" (20). La meta 3.4 de este ODS es reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante la prevención y el tratamiento, y promover la salud mental y el bienestar (21). La inclusión de la tasa de mortalidad por suicidio como indicador para el ODS 3 subraya su relevancia como prioridad de salud pública y promueve un abordaje que involucre distintos sectores. Esto impulsa a los países miembro a monitorear y evaluar sus avances en esta área, asegurando que las políticas implementadas no solo respondan a los desafíos nacionales, sino que también contribuyan al cumplimiento de los compromisos globales.

Metas Nacionales para la Reducción de la Mortalidad por Suicidio

Objetivos Sanitarios 2021-2030	Objetivo de impacto 3.3: Disminuir la mortalidad por suicidio
Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible	Meta 3.4: Para 2030, reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante la prevención y el tratamiento y promover la salud mental y el bienestar. Indicador 3.1.1. Tasa de mortalidad por suicidio.

Proceso de Actualización del Programa Nacional Prevención del Suicidio

En el marco de los procesos de mejora continua de la calidad subyacentes a la instalación de nuevas políticas y estrategias, el Departamento de Salud Mental del MINSAL inició el año 2021 el proceso de actualización del PNPS, consolidando los aprendizajes de los años de implementación, integrando la nueva evidencia disponible e involucrando a actores clave del sector salud y del intersector.

Este esfuerzo, estructurado y participativo, se desarrolló en múltiples etapas a nivel nacional, y se complementó con tres revisiones sistemáticas que se centraron en la prevención del suicidio en contextos educativos, el enfoque comunitario basado en *gatekeepers*, y los grupos de ayuda mutua para personas con experiencia vivida de suicidio (22–24).

En una primera etapa de la actualización, se sistematizó la información acumulada durante la implementación del PNPS entre 2014 y 2021. Este proceso incluyó el análisis de objetivos, relaciones entre componentes, recursos utilizados, actividades realizadas y metas alcanzadas. Este enfoque permitió identificar la coherencia entre el diseño del programa, sus componentes esenciales y los resultados esperados, a pesar de ciertas limitaciones relacionadas con vacíos de información en algunos indicadores. También se identificaron logros, entre los que destacan la cobertura territorial, las orientaciones técnicas disponibles, el fortalecimiento de la formación de actores clave en los sistemas de salud y educación, y el aumento de pesquisa a nivel comunitario. Los desafíos identificados que persisten son principalmente los recursos humanos y financieros insuficientes (25).

Al mismo tiempo, se solicitó a la Unidad de Políticas de Salud Informadas por Evidencia (UPSIE) del Departamento de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Salud Basada en Evidencia (ETESA) MINSAL, el desarrollo de un Resumen de Evidencia para Políticas (REP) sobre estrategias de prevención del suicidio. Los REP sintetizan evidencia científica para orientar decisiones con métodos transparentes y sistemáticos. Este REP incluyó revisiones sistemáticas sobre cinco opciones y sus consideraciones de implementación, empleando la metodología GRADE (26).

Durante el año 2023 se llevaron a cabo Diálogos Participativos Regionales en todas las regiones del país que permitieron evaluar la percepción regional del PNPS e identificar desafíos específicos para su implementación. Además, en agosto del año 2023 se organizaron Diálogos de Política Informados por la Evidencia, con nueve mesas de discusión que incluyeron expertos, representantes del sector público y privado, medios de comunicación y organizaciones científicas. En total, alrededor 550 personas fueron convocadas en las instancias participativas organizadas.

Finalmente, toda esta información se sistematizó y analizó utilizando técnicas de análisis de contenido, priorizando los temas más relevantes para la actualización del PNPS. Los datos cualitativos se codificaron en ejes temáticos y se integraron identificando factores internos y externos que afectan el PNPS. Asimismo, se aplicó un marco conceptual que permitió analizar las barreras y facilitadores en la implementación del PNPS, ofreciendo una base sólida para planificar su actualización, y que se consolidó en el Informe de Política (*Policy brief*) Recomendaciones para la Actualización del Programa Nacional de Prevención del Suicidio (25).

Comprensión del Fenómeno

Conceptos Centrales

Para comprender mejor el fenómeno del suicidio, es fundamental explorar los conceptos clave asociados. Desde el inicio de los estudios en suicidología han existido numerosos esfuerzos por establecer sistemas de nomenclatura y clasificación que faciliten su estudio y comunicación (27). De igual manera, en el transcurso de los años se ha avanzado en establecer pautas de lenguaje para una comprensión más precisa y respetuosa que evite el sensacionalismo y la estigmatización, y que al mismo tiempo sea sensible a las personas que han sido afectadas por esta problemática (28,29).

Por otra parte, contar con una nomenclatura común y no estigmatizante contribuye a tener una comunicación mejor entre actores de diferentes ámbitos y formación, tales como equipos de salud y educación, personas con experiencia vivida de suicidio, medios de comunicación, el intersector y el público en general (30,31).

A continuación, se presentan las principales definiciones involucradas en la prevención del suicidio, organizadas para proporcionar una visión integral de este fenómeno y de las herramientas conceptuales necesarias para abordarlo de manera efectiva y respetuosa.

Suicidalidad

La suicidalidad comprende un amplio espectro de manifestaciones, que van desde el deseo de morir hasta la **muerte por suicidio**, e incluye tanto pensamientos como conductas relacionadas, tales como **ideación suicida**, elaboración de un plan, obtención de métodos e **intento de suicidio**. Todos estos elementos comparten como factor común un profundo dolor y malestar psicológico que dificultan continuar con la vida, en un contexto en el que la persona no percibe alternativas de salida o solución.

De esta forma, dentro de este fenómeno se encuentra:

- **Ideación suicida:** Incluye una variedad de pensamientos relacionados con el deseo de morir o terminar con la vida, que van desde la **ideación suicida pasiva**, como desear dormir y no despertar o desear morir, hasta formas más graves de **ideación suicida activa**, caracterizadas por pensamientos de suicidarse con un plan detallado que incluye un método potencialmente letal, un lugar y un tiempo definidos, así como la intención de llevarlo a cabo. Estos pensamientos pueden variar en intensidad, frecuencia, grado de letalidad del método y nivel de planificación.
- **Crisis suicida:** Es un estado emocional y psicológico en el que una persona experimenta un nivel extremo de angustia, desesperanza y sufrimiento, llegando a considerar seriamente la posibilidad de quitarse la vida. Es un momento crítico que suele ocurrir cuando la persona siente que sus recursos para afrontar problemas son insuficientes y no ve otra salida a su situación.
- **Conducta suicida:** Incluye tanto los **intentos de suicidio** como las **conductas preparatorias de suicidio**.

- **Intento de suicidio:** Se refiere a una conducta potencialmente autolesiva realizada con el deseo de morir como consecuencia de la acción. No es necesario que la intención de morir sea absoluta; basta con que exista cualquier grado de deseo o intención para que se considere un intento de suicidio. Tampoco es imprescindible que se produzca una herida o daño físico; lo relevante es el potencial de autolesión de la acción. Cuando la persona inicia una acción autolesiva pero es detenida por otra persona, una circunstancia ajena a su voluntad, o por decisión propia antes de realizarla, se denomina **intento de suicidio interrumpido**.
- **Conducta preparatoria de suicidio:** Acto o preparativo realizado con el fin de llevar a cabo un intento de suicidio y se asocia a un riesgo de suicidio inminente. Esto va más allá de las palabras o los pensamientos, e incluye acciones para la obtención de un método específico (por ejemplo, comprar o conseguir pastillas o una pistola) o para la preparación para la muerte por suicidio, también conocidas como **conductas de cierre o despedida** (por ejemplo, regalar pertenencias o escribir una nota suicida).
- **Suicidio o muerte por suicidio:** Muerte causada por una conducta autolesiva realizada con la intención de morir.

Para denominar a las personas que han estado o están siendo directamente afectadas por experiencia de suicidio se utiliza el concepto de **persona con experiencia vivida de suicidio**. La experiencia de suicidio puede ser haber experimentado o estar experimentando alguna manifestación de suicidalidad, ser persona cercana a alguien que ha experimentado o está experimentando alguna manifestación de suicidalidad, o haber perdido a persona cercana por causa de suicidio, lo que también se denomina **sobreviviente/superviviente de pérdida por suicidio o en duelo por suicidio**.

A nivel del sistema de salud, el sistema oficial de clasificación de enfermedades, lesiones y causas de muerte utilizado corresponde a la Clasificación Internacional de Enfermedades, 10ª revisión CIE-10 (32). En ella, se distingue el concepto de **Lesión autoinfligida intencionalmente (LAIN)**, que también es posible denominar **autolesión**, y que hace referencia a un comportamiento autolesivo con o sin intención de morir, y sin resultado mortal. Esta clasificación no distingue entre **intento de suicidio** y **lesión autoinfligida intencionalmente sin intención suicida**.

Específicamente, una **lesión autoinfligida intencionalmente sin intención suicida** es una conducta autolesiva realizada con un objetivo diferente a terminar con la vida, como aliviar el malestar emocional, gestionar el estrés, obtener control sobre una situación, expresar sufrimiento interno, castigarse, distraer la atención de pensamientos dolorosos o reconectar con el cuerpo cuando se experimenta una desconexión con la realidad. En sí, no forma parte del espectro de la suicidalidad, pero implica un factor de riesgo para el suicidio y una señal de alerta.

Intervenciones para la prevención del suicidio

Las **intervenciones para la prevención del suicidio** apuntan a reducir la incidencia de suicidios y conductas suicidas en la población. Estas intervenciones abordan factores de riesgo, fortalecen factores protectores y ofrecen apoyo adecuado a personas en situaciones de vulnerabilidad.

Un **programa de prevención del suicidio** es una intervención que se lleva a cabo a través de un conjunto organizado de acciones y recursos diseñados con foco en una población específica, y que cuenta con un marco lógico de objetivos que responden a necesidades detectadas, y que es posible evaluar a través de resultados concretos y medibles.

Las intervenciones de prevención del suicidio pueden clasificarse en intervenciones universales, selectivas e indicadas (Fig. 1).



Figura 1: Intervenciones para la prevención del suicidio. Adaptado desde Pirkis et al., 2023.

Intervenciones universales para la prevención del suicidio

Se dirigen a toda la población o subgrupos que no han sido identificados en función del riesgo, con el objetivo de beneficiar a todos los participantes. Su objetivo es maximizar la salud y minimizar los factores de riesgo de suicidio mediante la eliminación de barreras para la atención y el aumento del acceso a la ayuda, y el fortalecimiento de factores protectores, como el apoyo social y la modificación del entorno físico, entre otras. Algunos ejemplos de intervenciones universales son las políticas que promueven la equidad social (como la redistribución del ingreso), las políticas que amortiguan las dificultades financieras (protección de ingresos, redes de seguridad social o alivio de la deuda) y las políticas de vivienda. También son ejemplo de intervenciones universales la reducción del acceso a medios letales, la promoción de cobertura responsable en los medios de comunicación, y campañas de sensibilización y educación.

Como parte de las acciones para reducir acceso a medios letales se encuentra la identificación e intervención sobre **hotspots**, también denominados **lugares de alto riesgo, puntos crítico o puntos de atracción para el suicidio**. Aluden a un área o lugar accesible y público donde se han producido suicidios o intentos de suicidio, y que es reconocido por la comunidad como tal debido a su uso para estos fines.

Dentro de las intervenciones enfocadas a la cobertura responsable, es importante manejar los conceptos de Efecto Werther y Efecto Papageno. El **efecto Werther** está relacionado con el concepto de contagio social y corresponde al fenómeno en el que la cobertura mediática de suicidios puede generar un aumento en la tasa de suicidios en la población; el término proviene de la novela *Las penas del joven Werther* (1774) de Johann Wolfgang von Goethe, en la que el protagonista se suicida, y que, tras su publicación, se reportaron casos de personas que imitaron ese acto, lo que llevó a asociar el fenómeno con el nombre del personaje. El **efecto Papageno** es un fenómeno por el cual la representación positiva de la superación de crisis emocionales y pensamientos suicidas en los medios de comunicación puede ayudar a prevenir suicidios; el término proviene del personaje Papageno de la ópera *La flauta mágica* de Mozart, quien, al considerar quitarse la vida debido a una profunda tristeza, es disuadido por otras personas que le muestran alternativas y esperanza.

Intervenciones selectivas para la prevención del suicidio

Se dirigen a subgrupos de población en riesgo de suicidio, pero que no necesariamente presentan suicidalidad. La identificación de estos subgrupos se realiza en base a la presencia de factores de riesgo como la edad, el sexo, la situación laboral o los antecedentes familiares. Ejemplos de estas intervenciones son aquellas dirigidas a personas expuestas a adversidades o vulneración de sus derechos, personas en duelo por suicidio, y la detección basada en *gatekeepers*.

Las intervenciones preventivas basadas en *gatekeepers* se realizan en base a miembros de la comunidad que interactúan regularmente con un gran número de personas y que están capacitados para detectar a quienes están en riesgo de suicidio, entregarles un apoyo inicial y conectarlas con servicios de salud mental.

Por otra parte, las intervenciones de **postvención** involucran un conjunto de acciones y medidas que se implementan después de una muerte por suicidio con el objetivo apoyar a las personas sobrevivientes (familias, amistades y miembros de la comunidad), mitigando el impacto emocional y psicológico, promoviendo el duelo saludable, y previniendo la aparición de conductas suicidas. También se pueden implementar acciones de postvención ante un intento de suicidio de alta conmoción para una comunidad.

Intervenciones indicadas para la prevención del suicidio

Se centran en individuos que ya presentan riesgo de suicidio, esto es, presencia de ideación y planificación suicida, o que han intentado suicidarse. El objetivo de estas intervenciones es brindarles apoyo y tratamiento para reducir su riesgo de suicidio. Algunos ejemplos son intervenciones de seguimiento tras un intento de suicidio, grupos de ayuda mutua, y el fortalecimiento de las intervenciones terapéuticas.

Por último, para efectos de intervenciones también es importante distinguir los conceptos de clúster y transmisión social del fenómeno del suicidio.

Un **clúster (o conglomerado) de intentos de suicidio o suicidios**, alude a una concentración de dos o más casos de intentos de suicidio o suicidios confirmados o presuntos, que ocurren en un período de tiempo relativamente corto dentro de una misma comunidad o área geográfica, o que comparten

algún vínculo personal, social o contextual; la confirmación de un clúster requiere de una debida investigación epidemiológica. En este sentido, también es pertinente considerar dentro de las intervenciones los **casos presuntos de intentos de suicidio o suicidios**, en los cuales se presume que una persona ha intentado suicidarse o se ha suicidado, pero la información disponible no es suficiente para confirmarlo de manera definitiva.

Transmisión o contagio social del suicidio es un fenómeno en el que la conducta suicida de una persona influye en otras, aumentando el riesgo de que ocurran más suicidios o intentos de suicidio en una comunidad o grupo social. Este efecto puede manifestarse a través de interacciones personales, comunidades cercanas o incluso mediante la exposición a noticias en medios de comunicación y redes sociales. Se ha propuesto que a la base se encuentra un proceso de imitación basado en el aprendizaje social, en el que una persona en vulnerabilidad se identifica con alguien que ha muerto por suicidio o ha intentado suicidarse y reproduce su comportamiento.

Factores de Riesgo y de Protección

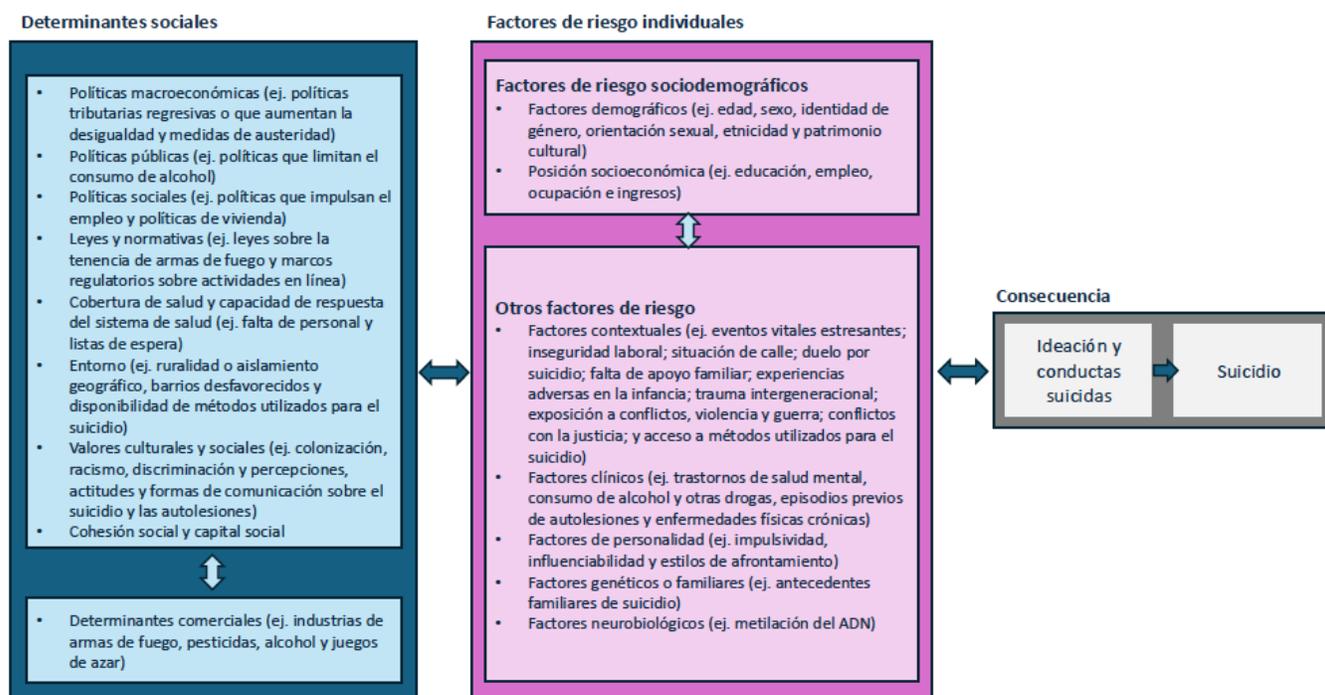
Factores de riesgo

La naturaleza relativamente infrecuente del suicidio y su compleja etiología dificultan la identificación de predictores de intentos de suicidio y suicidio con niveles razonables de sensibilidad y especificidad. Por ejemplo, aunque existe una alta correlación entre el suicidio y un diagnóstico psiquiátrico, la mayoría de las personas con un diagnóstico psiquiátrico no mueren por suicidio ni intentan suicidarse (33). Sin embargo, identificar los factores de riesgo es un aporte, ya que facilita la orientación de intervenciones dirigidas a aquellas personas con mayor vulnerabilidad, permitiendo abordar aspectos prevenibles o modificables.

Los factores de riesgo para el comportamiento suicida pueden describirse como correlatos que preceden tanto al suicidio como a la ideación y el intento de suicidio (34). El riesgo de suicidio es multifactorial, y están involucrados factores biológicos, psicológicos, sociales y ambientales.

Desde un enfoque de salud pública, se reconoce que la salud de las personas está influida por múltiples factores contextuales. Entre estos factores se encuentran los determinantes sociales, definidos por la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud como “las circunstancias en las que las personas crecen, viven, trabajan y envejecen, y los sistemas establecidos para hacer frente a la enfermedad... estas condiciones en las que las personas viven y mueren están determinadas, a su vez, por fuerzas políticas, sociales y económicas” (35).

En este sentido, Pirkis et al. (36) proponen un modelo que destaca el papel crucial de los determinantes sociales del suicidio que deben ser abordados (Figura 2).



1

Figura 2: Determinantes sociales y factores de riesgo del suicidio. Adaptado de Pirkis et al., 2024.

Factores protectores

Identificar y favorecer los factores protectores del suicidio es necesario para el manejo oportuno (37).

Los factores protectores que se han identificado en la literatura pueden agruparse en:

- **Razones para vivir:** Incluyen responsabilidades familiares, vínculo con mascotas y esperanza en acontecimientos futuros.
- **Disuasivos:** Factores como el miedo a la muerte, valores espirituales, preocupación por posibles lesiones graves y temor a las consecuencias.
- **Estrategias de afrontamiento adaptativas:** Como la orientación hacia el afrontamiento racional más que emocional, búsqueda de ayuda, regulación emocional, flexibilidad cognitiva y tolerancia al estrés.
- **Percepciones positivas de uno mismo:** Incluyen autoestima, competencia social y valoración de la apariencia física.
- **Red de apoyo:** Una red social sólida y accesible.

Grupos de Especial Interés

Existen poblaciones que requieren una atención particular debido a su mayor exposición a factores de riesgo para el suicidio, y que suele ir acompañada de experiencias de estrés, estigmatización, exclusión social y/o violencia. Es importante destacar que estos grupos no son inherentemente vulnerables, sino que presentan necesidades específicas asociadas a las circunstancias en las que viven y se desarrollan. Entre algunos de estos grupos se encuentran:

Pueblos indígenas

Las tasas de suicidio en muchas poblaciones indígenas son significativamente más altas que en la población no indígena, debido a factores como la pérdida de identidad cultural, el desarraigo familiar y territorial, la discriminación racial y los cambios en los estilos de vida. En el contexto nacional, la mortalidad por suicidio en población indígena supera la de la población no indígena. La falta de atención a perspectivas culturalmente sensibles en las políticas públicas de prevención del suicidio puede perpetuar la marginación y no abordar adecuadamente los determinantes sociales de la salud mental. Por ello, es esencial avanzar hacia enfoques interculturales que reconozcan y valoren la diversidad cultural, integren el conocimiento indígena y fomenten la participación de estas comunidades en la toma de decisiones (38,39).

Personas migrantes

Migrar suele implicar un deterioro en la calidad de vida previamente alcanzada, afectando aspectos como los recursos económicos, la red de apoyo social y las condiciones de vivienda. Esto genera un impacto negativo en la salud general, y especialmente en la salud mental de las personas migrantes (40). En este contexto, el desplazamiento del país de origen y el proceso de adaptación a una nueva cultura representan un factor de riesgo importante para el desarrollo de conductas suicidas.

Para niños, niñas y adolescentes migrantes, la migración conlleva además desafíos sociales y académicos en un sistema educativo que, a pesar de sus avances en inclusión, continúa presentando diversas barreras que dificultan la plena integración de esta población (40,41).

Personas lesbianas, gay, bisexuales, trans, intersex y otras pertenecientes a minorías sexuales y de género (LGBTI+)

Las personas LGBTI+ presentan un mayor riesgo de conductas suicidas en comparación con quienes se identifican como heterosexuales y cis-género. Este riesgo ha sido ampliamente atribuido a experiencias de victimización y discriminación, así como a la exclusión social derivada de una cultura heteronormativa que les invisibiliza y margina. Esto favorece la internalización del estigma y discriminación, la adopción de actitudes negativas hacia sí mismos y, en muchos casos, el ocultamiento de su orientación sexual o identidad de género (42). Diversos estudios han demostrado que la población LGBTI+, en general, enfrenta una peor salud mental, lo que incrementa significativamente el riesgo de suicidio (43,44).

Hombres

A nivel mundial, la mortalidad por suicidio es mayor en hombres que en mujeres; en Chile, esta relación es cercana a una proporción de 4 a 1. El consumo de alcohol y sustancias está

significativamente asociado al suicidio en hombres, ya que a menudo se utilizan como mecanismos de evasión frente a situaciones emocionales difíciles (45). Además, los hombres enfrentan mayores obstáculos para recibir un diagnóstico de depresión debido a diferencias de género en la manifestación de los síntomas (46) y a la reticencia a buscar ayuda profesional por el estigma asociado a la salud mental (47). Es importante aclarar, que las mujeres al tener una tasa de intentos de suicidios más alta que los hombres también son un grupo de interés. Por otro lado, la brecha de género de las tasas de muertes por suicidio se ha descrito internacionalmente que se está acortando en personas jóvenes (48).

Niños, niñas y adolescentes bajo el cuidado del Estado

Diversos estudios indican un mayor riesgo de suicidio en esta población, asociado a la acumulación de factores de riesgo como la alta prevalencia de trastornos mentales, el consumo problemático y la dependencia al alcohol y otras drogas. Además, enfrentan interrupciones frecuentes y abandonos en sus procesos terapéuticos, lo que dificulta una respuesta adecuada a sus necesidades de salud mental. Esta situación se agrava debido a experiencias de eventos adversos, como el maltrato, la violencia y la falta de contacto con personas emocionalmente significativas que puedan brindar cuidados afectivos y sensibles (49).

Según un estudio realizado en el marco del Programa Vida Nueva, que trabaja con población bajo protección del Estado debido a la vulneración de sus derechos, se registró una prevalencia del 45,3 % de riesgo de suicidio (49,50). De acuerdo con lo establecido en la Ley 21.430 “Sobre Garantías y Protección Integral de los Derechos de la Niñez y Adolescencia”, niños, niñas y adolescentes bajo el cuidado del Estado deberán tener prioridad en la atención y resolución de sus casos. Los “Lineamientos técnicos para la implementación del sistema intersectorial de salud integral, con énfasis en salud mental, para niños, niñas, adolescentes y jóvenes con vulneración de derechos y/o sujetos a la ley de responsabilidad penal adolescente” propone en su Línea estratégica N°8 “Prevención y abordaje del riesgo suicida” establecer una “Estrategia de coordinación local de Prevención del Suicidio” que integre promoción de salud mental, capacitación, acciones preventivas y protocolos de emergencia, adaptados a las necesidades de cada comunidad o programa, en línea con los lineamientos nacionales y regionales.

Población penitenciaria

La tasa de suicidios en las cárceles es más alta que la tasa de suicidios de la población general en la mayoría de los países. En una revisión sistemática con análisis de meta-regresión se reportó una incidencia de suicidios en las cárceles de Chile de 41 (IC 95% 37–46) por cada 100.000 años-persona en encarcelamiento (51), lo que resalta la necesidad de considerar a esta población como un grupo de mayor riesgo de suicidio.

Otros grupos de interés

También son grupos de interés personas con discapacidad y personas que viven en situaciones de pobreza o en zonas rurales, ya que enfrentan barreras adicionales para acceder a los servicios de salud mental, las que incluyen la discriminación, la falta de recursos, el estigma social y la exclusión sistémica (52,53).

Estrategia Nacional para la Prevención del Suicidio 2025-2034

Tras los primeros diez años de implementación del PNPS, el proceso de revisión y actualización de su modelo evidenció la necesidad de avanzar hacia una estrategia más sólida y ambiciosa. Este nuevo enfoque busca consolidar e incrementar las políticas existentes, promoviendo una mayor articulación y compromiso de todos los sectores para alcanzar la meta de reducir la mortalidad por suicidio, tal como lo establecen los Objetivos Sanitarios 2021-2030 (18) y los ODS (21). Además, se identificó como prioridad mejorar los apoyos disponibles para las personas con experiencia vivida de suicidio, garantizando una atención más inclusiva y efectiva.

En este contexto, se desarrolla la Estrategia Nacional para la Prevención del Suicidio (ENPS) 2025-2034, un marco estructural diseñado para integrar y coordinar los distintos aspectos de la prevención del suicidio. Esta estrategia orienta el desarrollo y fortalecimiento de planes y programas sectoriales, incluyendo el PNPS del MINSAL. A través de esta estrategia, se espera que en un plazo de diez años el país disponga de múltiples iniciativas alineadas, coordinadas y efectivas bajo un enfoque común.

El **objetivo general** de la ENPS es **fortalecer la coordinación intersectorial y la efectividad de las acciones preventivas para reducir las tasas de suicidio en Chile, mediante un enfoque integral, informado por la evidencia, territorial y culturalmente pertinente, que mejore los apoyos disponibles y garantice la sostenibilidad de los esfuerzos.**

Para llevar a cabo este objetivo, la estrategia se organiza en tres pilares de implementación y seis componentes de intervención, que en conjunto abordan la prevención del suicidio desde un enfoque de salud pública, posibilitando llegar simultáneamente a toda la población y a quienes se encuentran en mayor riesgo con acciones informadas por la evidencia y pertinencia territorial y cultural (Fig. 3).

- Los **pilares de implementación** corresponden a marcos de acción orientadores y transversales que establecen las bases sobre las cuales se deben diseñar y ejecutar cada una de las acciones preventivas. Representan un área clave donde se requiere un enfoque sostenido y coordinado a lo largo del tiempo para garantizar la efectividad de la prevención del suicidio.
- Los **componentes de intervención** son ámbitos específicos basados en la evidencia, que apuntan a reducir los factores de riesgo y aumentar los factores protectores del suicidio, a través de acciones de prevención universal, selectiva e indicada.



Figura 3: Pilares y componentes de la ENPS.

Cada pilar de implementación y componente de intervención se desarrolla a partir de:

- Los avances y brechas identificados en el proceso participativo de evaluación del PNPS.
- Las Recomendaciones para la Actualización del PNPS².
- La nueva evidencia científica y estándares disponibles.

A partir de ello, se proponen 9 objetivos estratégicos, contando cada uno de ellos con objetivos específicos para orientar el diseño y ejecución de acciones preventivas en cada pilar y componente.

El liderazgo de la ENPS se encuentra a cargo del Ministerio de Salud, a través del Departamento de Salud Mental. Esta entidad es la encargada de coordinar y monitorear el avance en la implementación de la estrategia y la ejecución del programa sectorial de prevención del suicidio. Además, ejerce las funciones de rectoría y acompañamiento técnico en el desarrollo de planes, programas e iniciativas que los diferentes sectores lleven a cabo para el cumplimiento de sus objetivos estratégicos (Fig. 4).

² Disponible en https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2024/04/Recomendaciones-para-la-Actualizacion-del-Programa-Nacional-de-Prevencion-del-Suicidio_v3.pdf



Figura 4: Vinculación de la ENPS con los instrumentos de planificación y gestión del sector salud e intersectoriales.

¿Qué es una Estrategia Nacional de Prevención del Suicidio y por qué es necesaria?

Una Estrategia Nacional de Prevención del Suicidio (ENPS) es una forma sistemática de desarrollar una respuesta nacional integral e integrada al comportamiento suicida, y un marco estructural para apoyar la acción y evaluación eficaz de la prevención del suicidio. Debido a la complejidad y la naturaleza multifactorial del comportamiento suicida, las estrategias de prevención del suicidio comprenden necesariamente una gama de enfoques y acciones (54).

Según la OMS (55), una ENPS es necesaria porque:

- **Reconoce que el comportamiento suicida es una prioridad de salud pública**, demostrando el compromiso del gobierno y de la sociedad en su prevención y reducción.
- **Proporciona un modelo lógico y un marco estructural** que define la visión, los objetivos estratégicos, los recursos necesarios (como experiencia y asociaciones), las actividades a realizar, los resultados esperados a corto plazo, el impacto a largo plazo y el enfoque para el monitoreo y la evaluación.
- **Ofrece liderazgo y orientación claros** para garantizar la implementación efectiva de actividades basadas en evidencia.
- **Designa responsables específicos para tareas concretas** y fomenta la colaboración y coordinación eficiente entre los diferentes niveles territoriales.
- **Identifica vacíos críticos en la normativa, la prestación de servicios y el conocimiento**, señalando áreas prioritarias para abordar.
- **Establece la escala de recursos humanos y financieros necesarios** para enfrentar el problema de manera adecuada.

- **Fortalece la promoción, la sensibilización y las estrategias de comunicación,** generando mayor conciencia social sobre el tema.

A diferencia de un programa, que se enfoca en la ejecución de actividades específicas con objetivos concretos y recursos definidos, una estrategia tiene un alcance más amplio y establece el marco general para alcanzar metas a largo plazo. Mientras un programa detalla el "cómo" llevar a cabo acciones, la estrategia define el "qué" y el "por qué", proporcionando la visión y orientación necesarias para guiar múltiples iniciativas hacia un propósito común. De esta forma, se espera que a partir de una estrategia se desarrollen y fortalezcan programas sectoriales específicos que aborden sus diferentes componentes.

DOCUMENTO CONSULTA PÚBLICA

Gobernanza y Coordinación Intersectorial

El suicidio es un fenómeno con múltiples influencias, donde juegan un papel crucial los determinantes sociales de la salud que estructuran la forma en la que las personas viven y perciben el mundo, e impactan directa e indirectamente en factores de riesgo y protección individuales (36). Dentro de los determinantes sociales del suicidio se encuentran las políticas macroeconómicas, públicas y sociales, los marcos legislativos y regulatorios, los valores culturales y sociales, la cohesión y capital social, por nombrar algunos.

Sumar al Estado en su conjunto en la misión de realizar esfuerzos preventivos, amplía las posibilidades de actuar sobre los determinantes sociales del suicidio. Por el contrario, centrar la responsabilidad solo en las acciones del sector salud o en los servicios clínicos, restringe el campo de acción de una ENPS (56,57).

Establecer una gobernanza colaborativa posibilita la gestión de procesos de interacción horizontal entre los ámbitos público y privado, y actores sociales, para acordar resoluciones y aplicarlas en la práctica, a través del diseño y la ejecución de políticas públicas exitosas para avanzar sobre grandes metas sociales (58).

El Pilar de Implementación Gobernanza y coordinación intersectorial alude a procesos de gestión estratégica que integra de manera coordinada a todos los sectores y partes interesadas el diseño y ejecución de políticas públicas efectivas que aborden integralmente la prevención del suicidio, trascendiendo el ámbito sanitario para incorporar una perspectiva multisectorial que reconozca la complejidad del fenómeno y movilice recursos de diversos actores sociales.

De esta forma, un requisito esencial para la implementación de la ENPS es la participación de las diferentes entidades gubernamentales (por ejemplo, educación, trabajo, bienestar social, agricultura, justicia, medios de comunicación), organizaciones civiles y comunitarias, el sector privado, académicos/as, líderes y personas expertas por experiencia. De igual modo, la definición de objetivos concretos que se traduzcan en planes de acción y programas viables, definidos por metas específicas, indicadores claros, plazos establecidos, hitos clave, responsabilidades asignadas y presupuestos designados (59).

Avances y capacidades desarrolladas

- Instalación y continuidad del PNPS, liderado por el Departamento de Salud Mental MINSAL, constituye la base para el desarrollo de una ENPS.
- Coordinación intersectorial como eje del PNPS ha sido un elemento clave en su implementación. Destacan a nivel central, el desarrollo de iniciativas en colaboración con diferentes sectores, y a nivel regional, la instalación de mesas intersectoriales para el desarrollo de acciones territoriales.
- Incorporación de la prevención del suicidio en metas e iniciativas del intersector, tales como Ministerio de Educación, Instituto Nacional de la Juventud, Servicio de Protección Especializada y Servicio de Reinserción Social Juvenil, entre otros.

- Participación de la sociedad civil como actor intersectorial en la prevención del suicidio, priorizando iniciativas con continuidad en el tiempo.

Brechas detectadas

- Aun cuando la colaboración intersectorial es eje clave, la gobernanza de las políticas para la prevención del suicidio adoptan principalmente un carácter sectorial, centrado en el sector de la salud.
- Persiste la percepción de la prevención del suicidio como una responsabilidad exclusiva del sector de la salud, con una limitada participación del sector privado y de organizaciones de la sociedad civil en la implementación del PNPS.
- La participación del sector privado y de organizaciones de la sociedad civil en las iniciativas de prevención del suicidio aún es limitada.
- Los recursos actuales del PNPS son insuficientes para abordar la complejidad del fenómeno del suicidio.

Objetivo Estratégico 1

Fortalecer la gobernanza y el compromiso intersectorial para posicionar la prevención del suicidio como una prioridad nacional, basada en una perspectiva integral y multisectorial.

Objetivos específicos

- 1.1. Consolidar la rectoría y coordinación de la ENPS a través del Departamento de Salud Mental del Ministerio de Salud, encargado de articular políticas públicas, supervisar la implementación de la Estrategia, y promover la colaboración entre sectores públicos, privados y la sociedad civil.
- 1.2. Fortalecer la coordinación interinstitucional desde niveles centrales hasta territoriales, que asegure la implementación efectiva de la ENPS en diferentes contextos regionales y locales.
- 1.3. Asegurar la asignación sostenible de recursos a través de partidas presupuestarias específicas en cada sector y organizaciones involucrada, destinadas exclusivamente a la implementación de acciones alineadas con la ENPS.
- 1.4. Diseñar y ejecutar estrategias intersectoriales que aborden factores estructurales, como desigualdad económica, acceso a educación, vivienda, y cohesión social, con impacto en la reducción del riesgo suicida.
- 1.5. Implementar planes y programas sectoriales para la prevención del suicidio, acordes a su ámbito de acción y en coherencia con los objetivos estratégicos de la ENPS.
- 1.6. Implementar un sistema de indicadores que permita medir el impacto de las acciones sectoriales intersectoriales en la prevención del suicidio, garantizando la transparencia y la mejora continua.

Toma de Decisiones Informada por la Evidencia

La prevención del suicidio representa uno de los mayores retos de políticas públicas a nivel mundial. En este contexto, las decisiones informadas por la evidencia son esenciales para que se implementen políticas efectivas que afronten las complejidades de este fenómeno. La toma de decisiones informada por la evidencia garantiza que las acciones adoptadas estén fundamentadas en datos sólidos, investigaciones rigurosas y estrategias probadas, maximizando su impacto en la prevención del suicidio.

La implementación efectiva de una ENPS depende de contar con datos precisos y oportunos para comprender la magnitud del problema, identificar los grupos poblacionales prioritarios y evaluar sus resultados e impacto (36). Esta información constituye la evidencia necesaria para la toma de decisiones fundamentadas.

Los sistemas de vigilancia de la conducta suicida son una fuente esencial de evidencia, y son diseñados para registrar y monitorear los casos de mortalidad por suicidio y los intentos de suicidio. Su objetivo es proporcionar datos oportunos, identificar variaciones regionales y demográficas, e informar acciones dirigidas a la gestión de casos y al acompañamiento de las personas y comunidades afectadas (60). Sin embargo, estos sistemas enfrentan importantes desafíos, como la falta de registro de información, especialmente en los servicios de urgencia; la baja calidad de los datos, debido a clasificaciones diagnósticas inexactas o información incompleta; los retrasos en la validación de la información por procesos forenses; y el bajo detalle en los registros, lo que dificulta la desagregación y el análisis detallado (61).

Los resultados de las intervenciones y planes ejecutados, junto con las evaluaciones de los procesos de implementación, constituyen otra fuente imprescindible de evidencia. La evaluación de las estrategias de prevención del suicidio presenta desafíos metodológicos, debido a la complejidad del fenómeno y las dificultades para evaluar intervenciones poblacionales. Para superarlos, es fundamental ampliar los enfoques de evaluación, incorporando no solo la medición de la reducción de las tasas de suicidio, sino también el análisis de resultados intermedios y la efectividad de cada componente de la estrategia (54). Asimismo, la aplicación de marcos de ciencia de la implementación, con modelos híbridos que evalúen simultáneamente los resultados de los componentes y su implementación, fortalece la comprensión y el impacto de estas estrategias (62).

La experiencia de profesionales y de personas con experiencia vivida de suicidio también representa una valiosa fuente de evidencia. Estas perspectivas prácticas y contextuales aportan conocimientos reales sobre la problemática y las intervenciones, aumentando su relevancia y facilitando la generación de soluciones innovadoras y aplicables (61).

Por otra parte, la experiencia internacional subraya la necesidad de fomentar la investigación científica como un medio esencial para generar evidencia adaptada a las características específicas del país y su población. Junto con ello, acelerar la transferencia del conocimiento generado a la práctica. Contar con estudios robustos permite diseñar intervenciones más efectivas y culturalmente pertinentes, y acelerar su adopción dentro de los contextos reales de aplicación. Una ENPS puede servir como marco para desarrollar una agenda de investigación que abarque tanto los

factores de riesgo y protectores, como la comprensión de las conductas suicidas, fortaleciendo así la capacidad del país para implementar soluciones basadas en ciencia (25). Puede fortalecer también la coordinación con la academia y equipos científicos para el desarrollo de investigación conjunta, a partir de la información generada en la estrategia, sus acciones, y la evaluación de esta.

De esta forma, la toma de decisiones informada por la evidencia constituye un pilar para la ENPS, al implicar que toda intervención preventiva sea diseñada, implementada y evaluada utilizando información sólida, datos confiables y resultados de investigaciones científicas, maximizando su efectividad, eficiencia y sostenibilidad.

Avances y capacidades desarrolladas

- Chile cuenta con un sistema sólido de datos de mortalidad por suicidio, caracterizado por registros de alta calidad que han permitido generar análisis y reportes epidemiológicos sistemáticos y oportunos, proporcionando una visión clara del problema.
- Se ha logrado avances significativos en la vigilancia de LAIN, gracias a iniciativas en curso para fortalecer el sistema de notificación, incluyendo la detección de personas en riesgo de suicidio y el Piloto de Vigilancia de LAIN.
- El PNPS se ha basado en la integración de nueva evidencia científica, desarrollando sus acciones a partir de procesos regulares de síntesis de evidencia. Además, la actualización de la ENPS se llevó a cabo mediante procesos participativos que recopilaron información clave para sustentar su formulación y diseño, provenientes de expertos, el intersector y personas con experiencia vivida de suicidio.

Brechas detectadas

- Desigualdades en la implementación de registro de LAIN a nivel territorial.
- Necesidad de contar con más información acerca de prevalencia de ideación suicida, especialmente en población infanto-adolescente.
- Bajo conocimiento a nivel territorial, intersectorial y en los medios acerca de los datos oficiales sobre mortalidad por suicidio y LAIN, y la periodicidad de su reporte.
- Capacitación insuficiente en salud mental que afecta la clasificación apropiada de intentos de suicidio y LAIN. Además, los equipos de salud enfrentan una alta carga administrativa en registros y reportes.
- A nivel de investigación científica, la baja frecuencia del suicidio y la exclusión de participantes de alto riesgo dificultan estudios a gran escala. Además, se percibe baja conexión entre la investigación que se produce en el país y las políticas de prevención del suicidio.
- Falta de evaluaciones sistemáticas de estrategias universales de prevención y de los componentes del PNPS, lo que limita el análisis y potencial mejora.
- Baja utilización de la información disponible en los diferentes niveles territoriales.

Objetivo Estratégico 2

Reforzar la toma de decisiones informada por evidencia en la prevención del suicidio mediante la mejora de los sistemas de vigilancia, la integración de datos oportunos y la promoción de investigaciones aplicadas, asegurando la formación y participación efectiva de actores clave en todos los niveles y sectores.

Objetivos específicos

- 2.1. Asegurar el funcionamiento de un sistema nacional de vigilancia de LAIN, que posibilite el monitoreo del fenómeno en tiempo real a través de criterios y procedimientos estandarizados a nivel nacional y que garanticen la calidad y comparabilidad de los datos.
- 2.2. Diseñar indicadores y sistemas de seguimiento para medir la implementación y el impacto de las estrategias de prevención a nivel regional y nacional.
- 2.3. Promover la investigación aplicada, que incluyan poblaciones de alto riesgo y garanticen que los resultados informen políticas públicas, prácticas clínicas y estrategias preventivas.
- 2.4. Ofrecer formación en el uso de datos para la toma de decisiones, evaluación de intervenciones y estrategias de comunicación para la prevención del suicidio.
- 2.5. Elaborar y monitorear periódicamente planes de acción que respondan a las necesidades locales y cuenten con un enfoque integral e informado por datos de calidad.
- 2.6. Asegurar el respeto a la privacidad, el consentimiento informado y la seguridad en todos los procesos de investigación y diseño de intervenciones relacionadas con la prevención del suicidio.

Equidad e Inclusión

Los factores de riesgo y de protección del suicidio no están distribuidos de manera uniforme en la población. Los determinantes sociales del suicidio indican que grupos específicos de la población, como las personas indígenas, personas LGBTI+, personas migrantes, personas con discapacidad, y personas que viven en situaciones de pobreza o en zonas rurales, enfrentan barreras adicionales para acceder a los servicios de salud, las que incluyen la discriminación, la falta de recursos, el estigma social, y la exclusión sistémica (52,53).

Orientar las acciones preventivas bajo el pilar de equidad e inclusión, apunta a favorecer que las acciones preventivas lleguen efectivamente a toda la población y especialmente a aquellas que se encuentran en mayor riesgo. Esto implica, por una parte, incrementar su disponibilidad especialmente donde no se han desarrollado o ha sido de forma insuficiente; además, velar por que no existan barreras que impidan el acceso efectivo de quienes las requieran; y al mismo tiempo, resguardar que las acciones preventivas sean culturalmente sensibles y respetuosas de las creencias, valores y necesidades de las personas y comunidades a las que están dirigidas. Bajo esta perspectiva, las acciones preventivas no deben ser desplegadas desde un enfoque único (63).

Otro aspecto que aumenta las inequidades en el acceso a servicios de salud mental es la subrepresentación de estos grupos a nivel de participación en la toma de decisiones. El diseño de políticas públicas para la prevención del suicidio y la promoción de la salud mental requiere un enfoque que trascienda la visión centralizada y tecnocrática. Incorporar activamente la participación de las comunidades y grupos específicos en el diseño e implementación no solo favorece que las políticas respondan a sus realidades y necesidades, sino que también fomenta la apropiación y efectividad de las intervenciones (64).

En el contexto de la prevención del suicidio, esta participación puede incluir la colaboración con personas con experiencia vivida de suicidio y representantes de poblaciones vulnerables. Estas perspectivas enriquecen la comprensión de los factores de riesgo y las barreras para acceder a servicios de salud mental. Por ejemplo, investigaciones han demostrado que involucrar a líderes comunitarios en programas de prevención ayuda a reducir el estigma asociado al suicidio y facilita la implementación de intervenciones en comunidades de difícil acceso. Por otro lado, a nivel de monitoreo y evaluación, el contar con datos desagregados que incluyan la pertenencia indígena, género, nacionalidad y ubicación geográfica, entre otros, posibilita identificar y evaluar diferencias en la manifestación del fenómeno y en el resultado de las estrategias, posibilitando además realizar ajustes (61,65).

Tomando en cuenta estos aspectos, el pilar de implementación Equidad e Inclusión apunta a garantizar que las acciones de prevención del suicidio sean accesibles, culturalmente aceptables y de calidad para toda la población, especialmente para los grupos en mayor riesgo, eliminando barreras estructurales y promoviendo la participación efectiva de las comunidades y personas afectadas en el diseño, implementación y evaluación de las estrategias preventivas

Avances y capacidades desarrolladas

- Se ha desarrollado de un abordaje específico para población infantil y adolescente a través de la implementación del componente de prevención en comunidades educativas.
- Se fomenta 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.

Brechas detectadas

- En general, el PNPS propone un abordaje homogéneo al riesgo de suicidio, limitando su capacidad de responder a las necesidades de grupos vulnerables.
- Carencia de un enfoque sensible al género y la diversidad. No se presta suficiente atención a grupos como la comunidad LGBTI+, personas mayores, población penitenciaria, entre otros, lo que impide identificar y atender necesidades específicas en la prevención del suicidio.
- Bajo manejo de competencias culturales y enfoques sensibles a la diversidad en equipos de salud, agentes comunitarios y equipos de intervención en general.
- 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.
- Persisten desafíos para implementar un enfoque coordinado que integre al sistema educativo, el sistema de salud y otros actores clave, con el fin de brindar atención oportuna y efectiva a adolescentes y jóvenes en situación de riesgo.

Objetivo Estratégico 3

Incorporar criterios de equidad e inclusión en todas las acciones de prevención del suicidio para garantizar que las intervenciones y acciones preventivas se adapten a las características y necesidades específicas de las poblaciones más afectadas por el fenómeno y con mayor riesgo de sufrir exclusión de las intervenciones y servicios.

Objetivos específicos

- 3.1. Desarrollar intervenciones específicas dirigidas a subgrupos priorizados según criterios epidemiológicos y condiciones de vulnerabilidad psicosocial, respondiendo a sus características y perfiles de riesgo.
- 3.2. Fomentar la colaboración intersectorial para asegurar una respuesta coordinada que aborde de manera efectiva las necesidades diferenciadas de los subgrupos priorizados.
- 3.3. Elaborar lineamientos técnicos para la prevención del suicidio en población priorizada.
- 3.4. Implementar programas de formación y capacitación para equipos de salud, equipos de intervención y actores comunitarios en competencias culturales y consideraciones

específicas, para mejorar la detección y respuesta a las necesidades de los distintos grupos poblacionales.

- 3.5. Incorporar consideraciones interculturales en las intervenciones de prevención, asegurando un enfoque inclusivo y respetuoso de las tradiciones y contextos de cada comunidad.
- 3.6. Monitorear y evaluar las acciones de equidad e inclusión en la ENPS asegurando que se identifiquen brechas de acceso e indicadores epidemiológicos para ajustar las intervenciones y priorización de acciones.
- 3.7. Incentivar la participación efectiva de representantes de los subgrupos priorizados en la toma de decisiones a nivel nacional y local, y en la ejecución de las acciones preventivas.

Prevención Comunitaria

La prevención comunitaria del suicidio, o también llamada prevención basada en la comunidad, incluye todas aquellas intervenciones preventivas no especializadas, llevadas a cabo en los entornos sociales en los cuales las personas viven, participan, se desarrollan, trabajan o estudian.

Ejemplo de intervenciones de prevención comunitaria son la detección y primera respuesta a personas en riesgo de suicidio a través de agentes comunitarios (*gatekeepers*), campañas comunicacionales, programas educativos implementados en establecimientos educacionales o espacios de trabajo, y las acciones de fortalecimiento comunitario (66).

La prevención comunitaria es necesaria por varios motivos. En primer lugar, acerca las acciones preventivas a las personas, llegando a sus mismos entornos a través de agentes clave reconocidos y valorados por ellas; de esta forma, la prevención comunitaria requiere que sea llevada a cabo en establecimientos educacionales, lugares de trabajo, servicios sociales y gubernamentales no sanitarios, centros comunitarios, entre otros entornos que son en los que las personas pasan la mayor cantidad de tiempo (67).

En segundo lugar, las comunidades influyen significativamente en los factores sociales, culturales y relacionales que impactan en la salud mental y el riesgo de suicidio; los enfoques comunitarios permiten abordar factores clave como la cohesión social, el acceso a apoyo emocional y la reducción del estigma asociado a la búsqueda de ayuda (4).

En tercer lugar, favorecen que las intervenciones sean cultural y territorialmente pertinentes. La prevención comunitaria a su vez refuerza el compromiso de los diferentes sectores y organizaciones por la prevención del suicidio y el cuidado de la salud mental en general, oponiéndose a modelos centralizados en el sector salud y en la respuesta de especialistas de la salud mental (64).

Las intervenciones en la comunidad pueden apuntar a aumentar la conciencia y sensibilización sobre el fenómeno, reducir el estigma asociado y la difusión de servicios de apoyo. Por otra parte, también consideran el aumento de capacidades a nivel comunitario de apoyo mutuo, desarrollo de habilidades socioemocionales, detección de personas en riesgo, y participación en los procesos de recuperación (59).

Avances y capacidades desarrolladas

- El PNPS ha avanzado en la generación de mensajes comunicacionales que llaman a un trabajo en comunidad para la prevención del suicidio, destacándose la conmemoración anual cada 10 de septiembre, del Día Mundial de la Prevención del Suicidio como oportunidad estratégica para generar contenidos comunicacionales que llaman a aunar esfuerzos y aumentar conciencia.
- La prevención del suicidio en comunidades educativas ha sido uno de los aspectos más exitosos de la implementación del PNPS en su primera década. La elaboración de una Guía de Recomendaciones orientada a establecimientos educacionales y su plan de implementación, destacan como un aspecto que ha movilizado a equipos educativos a sumarse a los esfuerzos preventivos y desarrollar intervenciones en sus mismas comunidades.
- El creciente interés de la juventud, junto con la implementación de iniciativas como el programa “Hablemos de Todo” del INJUV y la conformación de consejos consultivos, ha permitido ampliar la participación de nuevos actores y actrices en las mesas intersectoriales de prevención del suicidio.

Brechas detectadas

- La participación comunitaria en la prevención del suicidio es limitada, lo que dificulta el establecimiento de redes de apoyo locales efectivas. A esto se suma una capacidad insuficiente en la comunidad para identificar y prestar apoyo a personas en riesgo de suicidio, lo que subraya la necesidad de fortalecer estos mecanismos.
- Si bien se aprecian avances en el entorno educativo, es necesario ampliar las acciones a otros entornos comunitarios.
- Se requiere ampliar el número de personas capacitadas en prevención del suicidio a nivel comunitario, instituciones del intersector y organizaciones de la sociedad civil.
- Se requiere intensificar las intervenciones comunicacionales para sensibilizar de manera amplia sobre la importancia de la prevención del suicidio y sumar actores diversos. Esto se hace necesario también para disminuir barreras de acceso a los servicios de apoyo y salud mental asociadas a desconocimiento sobre los recursos disponibles, barreras culturales, como el estigma, y barreras actitudinales, como la reticencia a buscar ayuda por una percepción reducida de la necesidad de apoyo.
- Es necesario ampliar la difusión de las acciones e iniciativas en curso a nivel de la comunidad, y con ello aumentar la participación y accesibilidad a las acciones e intervenciones.

Objetivo Estratégico 4

Fortalecer la participación comunitaria en la prevención del suicidio mediante la incorporación protagónica de actores locales, la promoción de factores protectores y la reducción de barreras culturales, sociales y actitudinales para la búsqueda de apoyo.

Objetivos específicos

- 4.1. Ampliar el involucramiento de organizaciones locales, líderes comunitarios y ciudadanos en las intervenciones preventivas territoriales.
- 4.2. Fortalecer las capacidades de agentes comunitarios para detectar y responder oportunamente a personas en riesgo de suicidio, focalizando en contextos educativos y entornos con alta incidencia de conductas suicidas.
- 4.3. Reforzar la implementación de intervenciones de prevención del suicidio en comunidades educativas de acuerdo con los lineamientos técnicos, para alcanzar la totalidad de establecimientos educacionales del país.
- 4.4. Aumentar la conciencia y educación sobre prevención del suicidio, a través de redes sociales, medios de comunicación y plataformas digitales, dirigidas a distintos grupos en la comunidad.
- 4.5. Incrementar la disponibilidad de recursos educativos y materiales técnicos que faciliten la ejecución de intervenciones en las comunidades.
- 4.6. Crear y facilitar espacios donde comunidades locales puedan liderar iniciativas que respondan a sus propias necesidades.
- 4.7. Reducir barreras culturales, sociales y actitudinales para la búsqueda de ayuda, combatiendo el estigma y promoviendo la accesibilidad a servicios de apoyo en contextos comunitarios.
- 4.8. Favorecer el desarrollo de intervenciones no especializadas basadas en la comunidad que apunten a la promoción de factores protectores del suicidio, tales como el apoyo y conexión sociales, competencias socioemocionales, cohesión familiar
- 4.9. Integrar la prevención del suicidio en entornos laborales, interviniendo a nivel de la cultura y liderazgos organizacionales, y políticas de bienestar laboral en curso.

Reducción de Medios para el Suicidio

La limitación del acceso a medios para el suicidio constituye una intervención clave en las estrategias de prevención, con un enfoque centrado en regular, prohibir o dificultar el acceso a elementos y entornos comúnmente utilizados para estos fines. Estas medidas apuntan a la naturaleza impulsiva y breve de la transición entre la ideación suicida y el acto, lo que refuerza la importancia de restringir las oportunidades inmediatas para llevarlas a cabo (68).

Desde el ámbito normativo, estas acciones incluyen regulaciones que disminuyen la disponibilidad de sustancias tóxicas, armas de fuego, entre otras. Por ejemplo, la regulación de pesticidas ha sido fundamental en países con altas tasas de suicidio vinculadas a su uso, reduciendo la letalidad de los intentos en contextos rurales (69). En el caso de las armas de fuego, en algunos estados de Estados Unidos con leyes más estrictas sobre permisos de armas, se registraron tasas de suicidio significativamente menores en comparación con estados con legislaciones menos restrictivas (70).

En el entorno físico, las intervenciones buscan limitar el acceso a puntos críticos de suicidio (*hotspots*), como puentes, edificios altos o vías ferroviarias, a través de la instalación de barreras y sistemas de vigilancia en estos lugares (71,72). Además, estas acciones pueden mitigar el impacto social y psicológico en las comunidades cercanas, evitando la perpetuación de comportamientos imitativos frecuentemente asociados a la exposición mediática (71). Aunque la instalación de barreras en alturas implica costos considerables, su relación costo-beneficio se justifica ampliamente por la reducción en muertes y los beneficios sociales asociados (73).

También estas intervenciones apuntan a disminuir la disponibilidad cognitiva de los medios para el suicidio, esto es, reducir en las personas el conocimiento y la familiaridad sobre los métodos que se pueden utilizar para llevar a cabo un suicidio, a través de la reducción de la exposición a información sobre métodos de suicidio. De esta forma, se disminuyen las posibilidades de que las personas en riesgo consideren estos métodos (74).

La efectividad de estas intervenciones también se ha asociado con medidas complementarias que aumentan las posibilidades de intervención oportuna y fomentan la búsqueda de ayuda. En puntos críticos, la combinación de barreras físicas y campañas de sensibilización puede potenciar el impacto preventivo (54).

Avances y capacidades desarrolladas

- Chile ha avanzado en la regulación del acceso a pesticidas, que son un método común de suicidio en áreas rurales. Aunque se requiere mayor regulación en este ámbito, estas medidas están alineadas con recomendaciones internacionales. MINSAL ha impulsado regulaciones sobre la clasificación, etiquetado y almacenamiento de pesticidas, reduciendo su acceso en poblaciones en situación de mayor vulnerabilidad. Estas iniciativas, junto con acciones orientadas a limitar el uso de sustancias peligrosas en el hogar y el trabajo, están alineadas con las recomendaciones internacionales en prevención del suicidio.
- En el país, existe normativa establecida que regula la venta y posesión de armas, y por lo general no son de fácil acceso para la población.

- El trabajo de las SEREMI de Salud junto con las instituciones que administran puntos críticos de suicidio ha permitido implementar medidas que dificultan el acceso a medios letales. Una de las iniciativas más visibles ha sido la instalación de barreras físicas en reconocidos puntos de atracción de suicidios, y la difusión de los canales de ayuda en crisis disponibles.
- Funcionamiento desde el año 2004 de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica en Plaguicidas, de carácter obligatoria e inmediata, que incluye información respecto a intoxicaciones autoinfligidas intencionalmente (75)

Brechas y problemas identificados

- Se requiere fortalecer normativas para intensificar la restricción de acceso a medios letales en establecimientos de salud, programas residenciales y recintos privativos de libertad.
- Existe una gran diversidad en los tipos de medios letales empleados para el suicidio, así como diferencias entre poblaciones en cuanto a su uso. Esto dificulta la creación de intervenciones preventivas efectivas debido a la variabilidad de los medios y los factores contextuales que los rodean.
- La implementación de barreras físicas en puentes, edificios y otros puntos de riesgo enfrenta obstáculos significativos debido a los altos costos asociados y las dificultades para actualizar normativas de construcción.
- La insuficiente fiscalización en la venta informal de medicamentos y sustancias peligrosas en ferias libres e internet incrementa la exposición a medios letales.
- El uso de sustancias peligrosas en industrias como la minería representa un desafío adicional para la implementación de restricciones, debido a la necesidad de equilibrar las regulaciones con la operatividad industrial.
- Aunque su acceso no es tan extendido como en otras naciones, se ha identificado la necesidad de reforzar la vigilancia y las restricciones sobre la posesión de armas de fuego para prevenir su empleo en suicidios.

Objetivo Estratégico 5

Desarrollar e implementar intervenciones integrales y efectivas para la restricción del acceso a medios que posibilitan el suicidio en Chile, considerando las particularidades socioculturales y contextuales del país, con el fin de reducir su disponibilidad física y cognitiva para la población.

Objetivos específicos

- 5.1. Diseñar e implementar programas de capacitación para comunidades, instituciones públicas y privadas, y sectores industriales, con el objetivo de promover el desarrollo de protocolos de almacenamiento seguro de armas de fuego, medicamentos y sustancias tóxicas, y otros medios letales, tanto en hogares como en lugares de trabajo y entornos públicos.

- 5.2. Realizar un mapeo nacional y regional de medios letales y puntos críticos (*hotspots*) para el suicidio, incorporando el análisis de patrones conductuales en subgrupos poblacionales para diseñar intervenciones focalizadas.
- 5.3. Fomentar el desarrollo de competencias para la detección y primer apoyo en personas e instituciones responsables de sitios con alta disponibilidad de medios para el suicidio.
- 5.4. Establecer un sistema de evaluación continuo que permita medir el impacto de las intervenciones para la restricción de acceso a medios letales, utilizando indicadores específicos para ajustar las acciones según los resultados y nueva evidencia científica.
- 5.5. Fortalecer la regulación y fiscalización de la venta de sustancias peligrosas, como pesticidas y medicamentos, especialmente en canales informales como ferias libres e internet, garantizando un control efectivo.
- 5.6. Implementar intervenciones de consejería breve dirigidos a personas en riesgo y sus familias, con un enfoque en la sensibilización y el manejo adecuado de medios letales en el hogar, incluyendo medicamentos y sustancias tóxicas.

Comunicación Segura

La comunicación sobre el suicidio requiere una aproximación cuidadosa y estratégica. La forma en que comunicamos sobre el fenómeno puede tener un impacto profundo: facilitar la comprensión y el apoyo, o bien generar consecuencias negativas como el aislamiento social, la estigmatización y la transmisión del suicidio, también denominado efecto contagio (76).

Es así como diversos estudios han evidenciado que una cobertura mediática irresponsable puede fomentar el fenómeno de imitación, conocido como el Efecto Werther, donde reportajes que incluyen detalles explícitos sobre métodos suicidas o glorifican a las personas fallecidas pueden provocar un aumento en los casos de suicidio (77). Por otro lado, narrativas que destacan historias de superación, resiliencia y esperanza han demostrado un efecto protector, promoviendo la búsqueda de ayuda y reduciendo el riesgo de suicidio, en lo que ha sido descrito como Efecto Papageno (78).

Por otra parte, las redes sociales y las plataformas digitales presentan tanto desafíos como oportunidades. Estas herramientas permiten amplificar mensajes positivos y conectar con personas en riesgo, pero también pueden facilitar la difusión de contenido sensacionalista y dañino, lo que plantea la necesidad de moderar contenido y garantizar la ética en la comunicación (79).

La OMS y diversos países han desarrollado guías para promover una comunicación ética y segura sobre el suicidio, incluidas aquellas implementadas en Chile (28,29,80–82). Estas guías subrayan la necesidad de incluir mensajes protectores, como información sobre líneas de ayuda y recursos disponibles, mientras se evita la descripción de métodos suicidas. Sin embargo, la adherencia a estas recomendaciones es limitada. Por ejemplo, estudios muestran que una proporción muy pequeña de los reportajes incluye elementos protectores y que aún es común encontrar descripciones explícitas de métodos (83,84).

Para abordar estas brechas, es esencial invertir en la capacitación de comunicadores y periodistas, así como de cualquier persona que aborde públicamente el tema del suicidio. Estas instancias deben sensibilizar sobre el impacto potencial de los medios, promover la detección de señales de alerta, difundir recursos de ayuda disponibles y fomentar la creación de contenido ético que minimice el riesgo de contagio suicida. Incidir en los espacios digitales también debe ser una prioridad, considerando el alcance y la influencia de las redes sociales (79,83).

El Componente de Comunicación Segura refiere al desarrollo de intervenciones que promuevan la utilización de un enfoque comunicativo seguro y basado en la evidencia científica, capaz de aumentar la concientización, proporcionar información relevante y veraz, modificar percepciones y motivar a las personas a buscar ayuda cuando lo necesiten.

Avances y capacidades desarrolladas

- El PNPS ha desarrollado herramientas prácticas para difundir recomendaciones para una cobertura mediática responsable del suicidio, tales como la Guía Práctica para Medios de Comunicación³ e instancias de formación a nivel nacional como regional.
- Implementación de pautas para el uso de lenguaje seguro en todas las acciones de sensibilización y formación implementados por el PNPS.

Brechas detectadas

- La adhesión a las directrices de comunicación responsable establecidas por la OMS y el PNPS son seguidas de manera inconsistente por los medios de comunicación formales nacionales y regionales, siendo necesaria una mayor difusión y presencia del PNPS como referente técnico para orientar a los medios y comunicadores en general.
- Se percibe riesgo de que 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 puede dificultar su aplicación efectiva.

Objetivo Estratégico 6

Fomentar un abordaje seguro al comunicar sobre suicidio, que sea sensible a las personas con experiencia vivida, propicie el acceso a los apoyos disponibles y reduzca el riesgo de transmisión social del fenómeno.

Objetivos específicos

- 6.1. Fortalecer la difusión y capacitación para comunicadores, periodistas y editores/as de las herramientas para una cobertura responsable del suicidio, incluyendo medios de cobertura nacional, medios regionales y digitales.

³ Disponible en https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2024/06/2022.11.08_guia-practica-Medios-De-Comunicacion-prevenir-el-suicidio.pdf

- 6.2. Establecer colaboración interdisciplinaria con profesionales de salud mental, expertos en medios y sociedad civil para desarrollar intervenciones para una cobertura responsable del suicidio.
- 6.3. Desarrollar herramientas para la comunicación segura sobre suicidio, aplicables en diferentes contextos como vocerías institucionales, comunicaciones internas, programas de entretenimiento, entre otros.
- 6.4. Promover y apoyar la comunicación segura y respetuosa de experiencias personales relacionadas con el suicidio, garantizando un enfoque ético, no sensacionalista y orientado a la prevención, en colaboración con personas con experiencia vivida, profesionales de la salud mental y comunicadores/as.
- 6.5. Fomentar el uso seguro y positivo de las redes sociales para la prevención del suicidio, capacitando las y los usuarios en habilidades digitales saludables y manejo de contenido de riesgo.
- 6.6. Establecer alianzas con plataformas digitales y redes sociales para crear entornos seguros y el desarrollo de mecanismos para restringir contenido de riesgo y favorecer el acceso a recursos de apoyo.
- 6.7. Aumentar la disponibilidad de información actualizada sobre suicidio, incluyendo datos epidemiológicos actualizados e información técnica, en formato amigable y de fácil acceso.
- 6.8. Proveer retroalimentación sistemática para ajustar las comunicaciones sobre suicidio que no cumplan con las guías de la OMS y la ENPS, promoviendo prácticas de comunicación seguras y alineadas con estándares internacionales y nacionales.
- 6.9. Fortalecer las normativas y mecanismos de supervisión que regulan los contenidos en los medios de comunicación, asegurando que incluyan criterios específicos para la comunicación segura del suicidio, con el propósito de proteger la dignidad y seguridad de las personas.

Sistema de Ayuda en Crisis

Los sistemas de ayuda en crisis son canales de asistencia diseñados para brindar atención de emergencia en situaciones que involucran crisis suicidas. Estos sistemas incluyen mecanismos de asistencia remota, como líneas telefónicas y chats, cuya función se centra en tres aspectos fundamentales:

1. Facilitar el contacto con personal capacitado para ofrecer contención emocional a personas en riesgo suicida y establecer medidas de seguridad.
2. Coordinarse con la red de salud para garantizar que la persona en riesgo suicida reciba la atención necesaria.
3. Gestionar acciones de rescate a través de la red de emergencia (ej. ambulancia, bomberos, carabineros) cuando la seguridad de la persona está comprometida.

La literatura internacional destaca la eficacia de estos sistemas en la reducción del riesgo de suicidio, especialmente en áreas con acceso limitado a servicios presenciales (34,35).

La implementación de estos sistemas resulta especialmente relevante, considerando que muchas personas con ideación suicida no buscan ayuda en los servicios de salud ni recurren al apoyo de amistades o familiares. Esta situación se ve agravada por el aislamiento geográfico o social, que limita sus oportunidades de interacción y acceso a apoyo emocional.

La naturaleza confidencial de estos servicios contribuye a disminuir las consecuencias del estigma asociado al suicidio y a los problemas de salud mental. Esto puede motivar a personas que, de otro modo, no buscarían ayuda a acceder a la atención que necesitan para enfrentar sus pensamientos suicidas.

Para asegurar su funcionamiento eficaz, es fundamental contar con supervisión técnica que garantice la calidad de la atención brindada. Esto incluye establecer estándares de desempeño para quienes trabajan en las líneas de ayuda en crisis, priorizando estilos de respuesta no directivos que puedan generar mejores resultados terapéuticos. La supervisión técnica también es esencial para ofrecer un servicio seguro y de calidad, además de reducir el riesgo de agotamiento y rotación del personal de atención (35).

Avances y capacidades desarrolladas

- A partir de agosto de 2016 se inició un trabajo en conjunto entre el Programa Salud Responde del Departamento de Atención Remota en Salud y el Departamento de Salud Mental de la Subsecretaría de Salud Pública del Ministerio de Salud para notificar los casos de ideación o intento suicida, al que luego se incorpora Hospital Digital.
- El 2020, durante la pandemia nace el Programa SaludableMente que brinda atención remota en distintas situaciones de crisis de salud mental.
- El 2023 comienza el funcionamiento de la Línea de Prevención del Suicidio (LPS) *4141. LPS es una línea de ayuda telefónica estatal específica para personas en crisis suicida, gratuita y disponible 24/7. Esta línea puede notificar a la red de salud pública aquellos casos que requieren continuidad de cuidados y activar rescates cuando la seguridad de la persona está comprometida.
- LPS trabaja en red con líneas de ayuda estatales y de la sociedad civil para referir y asistir a personas con riesgo suicida. Esto incluye integrar el abordaje del riesgo en servicios clave como Fono Drogas, Fono Mayor, Chat Hablemos de Todo, Fono Violencias de Género y Fono Infancia.
- Durante el 2024 se implementaron mecanismos de aseguramiento de la calidad de la LPS asociados a estrategias para la mejora continua.

Brechas detectadas

- 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 descontinuadas 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, aumentando el riesgo de 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 perciben dificultades en la 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 afectan la disposición a utilizar los servicios de salud mental 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 los canales 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.

Objetivo Estratégico 7

Robustecer el sistema de ayuda en crisis para personas en riesgo suicida, asegurando altos estándares de calidad y capacidades de gestión para favorecer la continuidad de cuidados.

Objetivos específicos

- 7.1. Establecer y monitorear continuamente estándares de calidad del servicio brindado por líneas de ayuda que atienden a personas en riesgo suicida.
- 7.2. Desarrollar programas de formación y de educación continua en manejo del riesgo suicida para mejorar la calidad del servicio brindado por líneas de ayuda que entregan apoyo en crisis.
- 7.3. Desarrollar servicios adaptados a las necesidades específicas de diferentes grupos de la población en riesgo de suicidio.
- 7.4. Fortalecer la coordinación entre la Línea de prevención del suicidio (*4141) y otras líneas de ayuda que atienden a personas en riesgo suicida.
- 7.5. Fortalecer la coordinación la línea especializada en la prevención del suicidio (*4141) con la red de emergencias (Servicio de Atención Médico de Urgencias SAMU, Carabineros

y Bomberos) y otros niveles de atención de salud para favorecer la continuidad de cuidados.

- 7.6. Desarrollar campañas para la difusión del sistema de ayuda en crisis dirigidas a diferentes grupos de la población en riesgo de suicidio.

Continuidad de Cuidados

Las intervenciones dirigidas a la continuidad de cuidados apuntan favorecer que las personas en riesgo de suicidio accedan sin contratiempos y de forma articulada a la amplia red de atención en salud, de acuerdo con el nivel de cuidados requerido y sus necesidades. Implica acciones que van desde la detección del riesgo suicida, el facilitar el acceso a la atención, evaluación de la severidad del riesgo; hasta el manejo clínico y el seguimiento a la recuperación.

La detección, evaluación, gestión y seguimiento oportunos son fundamentales para que las personas en riesgo de suicidio reciban el apoyo necesario, y es crucial coordinar flujos asistenciales para garantizar que las personas en riesgo reciban seguimiento comunitario y atención en salud mental (61).

Dentro de las intervenciones que se requieren en este ámbito, son aquellas orientadas a facilitar el acceso oportuno a la atención para personas en riesgo de suicidio y fomentar la continuidad en el tratamiento ambulatorio, como también intervenciones de seguimiento, como visitas domiciliarias o llamadas telefónicas, que actúan como un acompañamiento a largo plazo para reducir el riesgo de suicidio. Las intervenciones que combinan derivación y seguimiento han demostrado estar asociadas con una reducción significativa en la mortalidad por suicidio y en el riesgo de hospitalizaciones recurrentes por conductas suicidas (85,86).

A su vez, se requieren intervenciones clínicas dirigidas a disminuir el riesgo de suicidio a través de atenciones ambulatorias o la hospitalización, el manejo de crisis suicidas en servicios de urgencia, los cuidados luego de un intento de suicidio y post-alta de una hospitalización (87).

Es imperativo mejorar la calidad de estas intervenciones y aumentar las competencias de los equipos a cargo de su implementación. La evidencia internacional ha estimado que alrededor del 80% de las personas que fallecen por suicidio tuvieron una atención en la red primaria de salud, cerca del 40% en servicios de urgencia, y un 30% en servicios especializados de salud mental (52,88). Además es concluyente al establecer que el intento de suicidio es uno de los factores de riesgo con mayor incidencia en las muertes por suicidio (52), por lo que es importante el desarrollo de intervenciones selectivas que apunten a esta población.

Avances y capacidades desarrolladas

- Se ha incorporado la detección de riesgo suicida en diferentes puntos de contacto con la red de salud, incluidos los controles preventivos de salud.
- Incorporación de rol de gestor de prevención del suicidio en cada Servicio de Salud del país.

- Desarrollo de oferta formativa para funcionarios de salud a través de plataforma SIAD, Servicios de Salud y SEREMI de Salud.
- Incorporación de la continuidad de cuidado de personas en riesgo de suicidio dentro de los indicadores de los Compromisos de Gestión Ministeriales (COMGES 9.1).

Brechas detectadas

- Variabilidad en los estándares de atención de salud para personas en riesgo de suicidio y heterogeneidad considerable en el manejo clínico.
- Ausencia de protocolos claros para el seguimiento de personas con riesgo de suicidio a usuarios no afiliados a FONASA.
- Permanencia de barreras de acceso a la atención ambulatoria post atención en urgencia, tales como listas de espera, estigmatización, poca adherencia de usuarios y problemas de cobertura del seguro médico.
- Ausencia de un sistema de seguimiento centralizado para la continuidad de cuidados de usuarios en riesgo suicida en la red pública de salud, que permita la seguridad de los datos y el monitoreo de los tiempos de respuesta en salud.
- 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.

Objetivo Estratégico 8

Fortalecer la articulación entre los servicios de salud y servicios de apoyo no especializados, para garantizar un flujo de atención continuo que facilite el acceso oportuno a atención de salud de calidad y seguimiento para personas en riesgo de suicidio.

Objetivos específicos

- 8.1. Fortalecer las competencias del personal de salud para la detección y manejo del riesgo suicida, desde su formación inicial como la formación continua, enfatizando su importancia en todo punto de contacto con el sistema de salud público y privado.
- 8.2. Desarrollar directrices y estándares técnicos informados por la evidencia para orientar la atención de personas en riesgo de suicidio en los diferentes servicios de salud disponibles en el país.
- 8.3. Desplegar medidas de contingencia para garantizar la continuidad de cuidados en zonas con menor acceso a servicios de salud (ej. alta dispersión geográfica).
- 8.4. Desarrollar sistemas de seguimiento activo a personas en riesgo de suicidio tras su atención servicios de urgencia o una hospitalización para fortalecer la conexión con recursos de apoyo, promover la adherencia al tratamiento y reducir los intentos y muertes futuras.
- 8.5. Promover y garantizar un trato respetuoso, empático y no discriminatorio hacia personas en riesgo de suicidio, mediante la implementación de protocolos de atención centrados en la persona y la capacitación continua del personal.
- 8.6. Incorporar herramientas para la prevención del suicidio en programas de salud existentes, tales como GES de salud mental y los controles de salud.

- 8.7. Desarrollar flujos y protocolos para garantizar la continuidad de cuidados efectiva para personas en riesgo de suicidio al transitar entre diferentes niveles y servicios de atención, incluyendo los servicios en la comunidad.

Postvención

La experiencia de perder a una persona conocida por suicidio es más común de lo que se suele creer. A nivel internacional, se estima que 1 de cada 20 personas enfrentará esta experiencia en un año, y 1 de cada 5 lo hará a lo largo de su vida (89,90).

Cada suicidio afecta profundamente a un número variable de personas, quienes pueden experimentar consecuencias emocionales y psicológicas significativas. Algunas de las personas afectadas desarrollarán un duelo prolongado o complicado. Trastornos ansiosos, trastorno por estrés postraumático y depresión son comunes en sobrevivientes de pérdida por suicidio. De hecho, el riesgo de suicidio en este grupo es mayor que en la población general. así, los sobrevivientes de una pérdida por suicidio son un grupo de alto riesgo que requiere intervenciones específicas de apoyo (91,92).

El impacto de una muerte por suicidio trasciende al círculo familiar más cercano, extendiéndose a amistades, compañeros de trabajo, compañeros de estudio y conocidos. Este impacto varía en función del tipo de relación con la persona fallecida, su edad, sus redes de apoyo y la magnitud de su círculo social. Cuando un suicidio ocurre en entornos laborales, sanitarios o educativos, las organizaciones enfrentan el reto de equilibrar la continuidad operativa con el apoyo a las personas afectadas. Los equipos de salud, además, enfrentan este fenómeno tanto en sus pacientes como en sus colegas, lo que puede repercutir en su bienestar emocional y desempeño profesional.

La pérdida por suicidio tiene efectos duraderos no solo en la salud física y mental de las personas directamente afectadas, sino también en el equilibrio emocional de familias y comunidades (93). Ofrecer asistencia emocional, dar continuidad a las tareas habituales y atender las necesidades de sus integrantes es una tarea compleja, pero esencial para prevenir consecuencias negativas y promover un ambiente resiliente y saludable. Por lo tanto, es fundamental considerar intervenciones que acompañen a las familias y comunidades afectadas.

A pesar de que muchas personas en duelo por suicidio reconocen la importancia de recibir apoyo, con frecuencia enfrentan barreras para acceder a los servicios que necesitan. Entre estas dificultades destacan la falta de servicios apropiados, la incertidumbre sobre dónde buscar ayuda y el estigma asociado al duelo por suicidio (94).

La OMS recomienda integrar acciones de postvención como parte de las estrategias nacionales de prevención del suicidio (61). La evidencia demuestra que recibir apoyo inmediato tras un suicidio está asociado a una mayor participación en intervenciones terapéuticas, una mejora en el bienestar

emocional y una reducción de la ideación suicida, además de disminuir las ausencias laborales en los meses posteriores (89,95).

Las acciones de postvención deben dirigirse tanto a las personas más cercanas como a la comunidad afectada, con especial atención a quienes presentan problemas de salud mental, antecedentes de intentos de suicidio o que se identifican de alguna forma con la persona fallecida por suicidio (14). Las acciones de postvención también se pueden implementar después de un intento de suicidio que impacta a una comunidad.

Entre las acciones recomendadas se encuentran:

- Fomentar una comunicación responsable y el uso de un lenguaje seguro al abordar el tema del suicidio.
- Ofrecer consejería individual o en pequeños grupos, proporcionando herramientas para un duelo saludable, como el reconocimiento de emociones y el apoyo mutuo.
- Educar a la población sobre las señales de alerta de suicidio y los canales de ayuda disponibles.
- Implementar estrategias de detección activa en personas con factores de riesgo.

Es importante evitar actividades masivas que promuevan y conduzcan hacia el desahogo o expresión emocional colectiva o la información detallada del evento, ya que estas acciones pueden generar efectos contraproducentes vinculadas con la transmisión social del fenómeno, la reexperimentación de una situación potencialmente traumática, o la estigmatización.

Avances y capacidades desarrolladas

- Publicación de la *Guía de apoyo a sobrevivientes de pérdida por suicidio de un ser querido: Vivir después de la muerte* (96), creada para acompañar a quienes atraviesan el proceso de duelo tras la pérdida de un ser querido por suicidio. Está dirigida tanto a las personas que han sufrido una pérdida como a quienes se encuentran en posición de brindar apoyo durante el duelo.
- La guía *Recomendaciones para la Prevención de la Conducta Suicida en Establecimientos Educativos del MINSAL* (14), incluye un apartado de postvención. En este documento se indica que es necesario que todo establecimiento educacional se encuentre preparado y cuente con protocolos de actuación ante un intento de suicidio o suicidio, y ha sido utilizado como orientación para comunidades educativas afectadas.
- Desarrollo de iniciativas desde la sociedad civil para sobrevivientes de pérdida por suicidio.

Brechas detectadas

- Ausencia de lineamientos técnicos para el desarrollo de protocolos específicos para la postvención del suicidio en los ámbitos laboral, sanitario y comunitario.
- No se han establecido estándares claros para brindar apoyo psicosocial efectivo en procesos de postvención del suicidio.

- Insuficiente formación y capacitación del personal sanitario y de la comunidad en general para llevar a cabo acciones de postvención de manera adecuada.
- No se cuenta con sistemas efectivos de monitoreo y evaluación para asegurar el cumplimiento de las directrices relacionadas con la postvención del suicidio.

Objetivo Estratégico 9

Desarrollar de acciones, intervenciones y medidas de postvención del suicidio, asegurando que sean oportunas y culturalmente sensibles, para gestionar la crisis y abordar el impacto de una muerte por suicidio o intento de suicidio de alto impacto en personas, familias y comunidades.

Objetivos específicos

- 9.1. Elaborar y difundir lineamientos de respuesta y apoyo para equipos y establecimientos de salud, instituciones educativas y comunidades que se enfrentan a muertes por suicidio o intentos de suicidio de alto impacto.
- 9.2. Desarrollar recomendaciones para implementar intervenciones comunitarias culturalmente sensibles, que promuevan acciones de apoyo mutuo y prevengan la transmisión social del suicidio entre sobrevivientes de pérdida por suicidio o de intentos de suicidio de alto impacto.
- 9.3. Desarrollar programas de formación y de educación continua dirigidos a actores clave de la comunidad y equipos de salud, enfocándose en la implementación efectiva de acciones de autocuidado y postvención del suicidio.
- 9.4. Establecer mecanismos de monitoreo y evaluación para asegurar la implementación efectiva de acciones, intervenciones y medidas de postvención del suicidio.
- 9.5. Realizar detección activa y sistemática de clústeres (conglomerados) de intentos de suicidio o suicidios, mediante el análisis de patrones en datos clínicos, sociales y epidemiológicos, con el fin de implementar intervenciones oportunas y reducir riesgos en la comunidad.
- 9.6. Establecer pautas para un manejo comunicacional seguro y responsable al informar a la comunidad sobre muertes por suicidio o de intentos de suicidio de alta conmoción pública.

Referencias

1. WHO. Preventing Suicide A Resource for Primary Health Care Workers. Geneva: World Health Organization; 2000. (Preventing Suicide: a resource series).
2. MINSAL. Estrategia Nacional de Salud para el cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la Década 2011-2020 [Internet]. Santiago, Chile: Ministerio de Salud; 2011. Disponible en: <https://www.minsal.cl/portal/url/item/c4034eddbbc96ca6de0400101640159b8.pdf>
3. MINSAL. Análisis Crítico de temas: Suicidio en Adolescentes. Insumo para la evaluación final de periodo Estrategia Nacional de Salud 2011-2020 [Internet]. Santiago, Chile: Departamento Estrategia Nacional de Salud; 2020. Disponible en: <https://estrategia.minsal.cl/wp-content/uploads/2020/11/An%C3%A1lisis-Cr%C3%ADtico-Suicidio-Adolescente-2020.pdf>
4. OPS/OMS. Prevención del suicidio: un imperativo global. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2014.
5. MINSAL. Programa Nacional de Prevención del Suicidio. Orientaciones para su Implementación. Santiago, Chile: Departamento de Salud Mental, División de Prevención y Control de Enfermedades, Subsecretaría de Salud Pública; 2013.
6. Ministerio de Desarrollo Social y Familia. BIPS: Banco Integrado de Programas Sociales y No Sociales - Ministerio de Desarrollo Social y Familia [Internet]. 2024. Disponible en: <https://bips.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/>
7. Ministerio de Desarrollo Social y Familia. Evaluación Ex Ante. Proceso Formulación Presupuestaria 2024. Programa Nacional de Prevención del Suicidio [Internet]. Santiago, Chile; 2024. Disponible en: https://bips.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/docs/informes/2024/PRG2024_136188.pdf
8. MINSAL. Reportería Programa de Salud Mental [Internet]. 2024. Disponible en: https://informesdeis.minsal.cl/SASVisualAnalytics/?reportUri=%2Freports%2Freports%2Fad0c03ad-ee7a-4da4-bcc7-73d6e12920cf§ionIndex=0&sso_guest=true&reportViewOnly=true&sas-welcome=false
9. MINSAL. Informe de Mortalidad por Suicidio en Chile: 2010-2019 [Internet]. Santiago, Chile: Ministerio de Salud; 2022. Disponible en: https://epi.minsal.cl/wp-content/uploads/2022/06/2022.06.10_Informe.de.la.decada.pdf
10. MINSAL. Departamento de Epidemiología MINSAL. 2024. Lesiones autoinfligidas intencionalmente y muerte por suicidio. Situación epidemiológica. Disponible en: <https://epi.minsal.cl/lesiones-autoinfligidas-intencionalmente-y-muerte-por-suicidio-6/>
11. MINSAL. Informe Encuesta Nacional de Salud 2016-2017: Salud Mental 2: Comportamiento Suicida [Internet]. Santiago, Chile: Ministerio de Salud; 2021. Disponible en: https://epi.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/09/2021.09.28_Informe-Suicidio-ENS-2016-17.pdf

12. MINSAL. Informe Encuesta Nacional de Salud, Sexualidad y Género 2022-2023 [Internet]. Santiago, Chile: Ministerio de Salud; 2022. Disponible en: <https://epi.minsal.cl/resultados-encuestas/>
13. MINSAL. Instrumento de evaluación Compromisos de Gestión 2024. Santiago, Chile: Departamento de Control de Gestión. Subsecretaría de Redes Asistenciales; 2024.
14. MINSAL. Recomendaciones para la Prevención de la Conducta Suicida en Establecimientos Educativos. Desarrollo de estrategias preventivas para Comunidades Escolares [Internet]. Santiago, Chile: Programa Nacional de Prevención del Suicidio, Ministerio de Salud.; 2019. Disponible en: https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2019/06/2019.05.15_PREVENCION-SUICIDIO-EN-ESTABLECIMIENTOS-EDUCACIONALES-web.pdf
15. SUPEREDUC. Circular que imparte Instrucciones sobre Reglamentos Internos de Enseñanza Básica, Media con Reconocimiento Oficial del Estado. Santiago, Chile: Superintendencia de Educación; 2018.
16. MINEDUC. Plan de Reactivación Educativa 2024 [Internet]. Santiago, Chile; 2024. Disponible en: <https://reactivacioneducativa.mineduc.cl/wp-content/uploads/sites/127/2024/04/Plan-de-Reactivacion-Educativa-2024-Ministerio-de-Educacion-de-Chile.pdf>
17. Subsecretaría de Educación Superior, Subsecretaría de Salud Pública. Recomendaciones y Orientaciones del Consejo Asesor en Salud Mental para la Educación Superior [Internet]. Santiago, Chile; 2024. Disponible en: <https://educacionsuperior.mineduc.cl/wp-content/uploads/sites/49/2024/05/Recomendaciones-y-Orientaciones-Salud-Mental-Educacion-Superior.pdf>
18. MINSAL. Res.Exenta N°831 Modifica Rex 528-2021. Establece ejes estratégicos Objetivos Sanitarios 2021-2030 [Internet]. 2024. Disponible en: <https://estrategia.minsal.cl/wp-content/uploads/2024/07/RES.-EXENTA-N%C2%B0-831-MODIFICA-REX-528-2021-ESTABLECE-EJES-ESTRATEGICOS-OBJETIVOS-SANITARIOS-2021-2030.pdf>
19. MINSAL. Lineamientos temáticos Planificación Anual Operativa 2025 Estrategia Nacional de Salud. Santiago, Chile; 2024.
20. Transformar nuestro mundo: La Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible [Internet]. A/RES/70/1. Disponible en: https://www.chileagenda2030.gob.cl/storage/docs/Transformar_nuestro_mundo_La_agenda_2030_para_el_Desarrollo_Sostenible.pdf
21. Ministerio de Desarrollo Social y Familia. Objetivos de Desarrollo Sostenible. 2024. Chile Agenda 2030. Disponible en: <https://www.chileagenda2030.gob.cl/AGENDA%202030/sobre-agenda/ods-3/2>
22. Irrarrázaval M, Martínez V, Behn A y Martínez P. Intervenciones para prevenir el suicidio adolescente en centros educativos. Informe de resultados Licitación 757-69-L116. Departamento de Salud Mental, MINSAL; 2016.

23. Inostroza, C, Bustos, C, Quijada, Y, Bühring, S. 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 Licitación 757-1991-SE21. Departamento de Salud Mental, MINSAL; 2022.
24. Otzen T, Manterola C, Antúnez Z, Villagran F, Palma K, Varela K, Hetz M. Formación de facilitadores comunitarios para la prevención de suicidio: Revisión sistemática. Informe técnico Licitación 757-89-LE21. Santiago, Chile: Departamento de Salud Mental, MINSAL; 2022.
25. Jimenez, A, Duarte, F, Vargas, B, Riquelme, A, Martínez, V. Recomendaciones para la Actualización del Programa Nacional de Prevención del Suicidio [Internet]. Santiago, Chile: Ministerio de Salud, Universidad San Sebastián, Universidad de Chile; 2024. Disponible en: https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2024/04/Recomendaciones-para-la-Actualizacion-del-Programa-Nacional-de-Prevencion-del-Suicidio_v3.pdf
26. MINSAL. Implementación de Estrategias de Prevención del Suicidio. Resumen de Evidencia para Políticas [Internet]. Santiago, Chile: Ministerio de Salud; 2023. Disponible en: https://etesa-sbe.minsal.cl/wp-content/uploads/2023/08/04-08-2023-Estrategias-de-Prevenci%C3%B3n-del-Suicidio_-Resumen-de-evidencia-para-pol%C3%ADtica.pdf
27. Goodfellow B, Kölves K, de Leo D. Contemporary Nomenclatures of Suicidal Behaviors: A Systematic Literature Review. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2018;48(3):353-66.
28. OPS/OMS, IASP. Prevención del suicidio: un recurso para profesionales de los medios de comunicación. Actualización del 2023 [Internet]. PAHO; 2023 [citado 30 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/58266>
29. Imhay. ¿Cómo hablar del suicidio en forma segura? [Internet]. Santiago, Chile; 2022. Disponible en: <https://www.imhay.org/wp-content/uploads/2022/01/C%C3%B3mo-hablar-del-suicidio-en-forma-segura.pdf>
30. Vargas, B, Martínez, V. DAS: Detección, Apoyo y Seguridad. Modelo de Entrenamiento en Competencias de Gatekeeper para la Prevención del Suicidio en la Comunidad. 1.ª ed. Santiago, Chile: Núcleo Milenio para Mejorar la Salud Mental de Adolescentes y Jóvenes Imhay; 2024.
31. Silverman MM, De Leo D. Why There Is a Need for an International Nomenclature and Classification System for Suicide. *Crisis*. marzo de 2016;37(2):83-7.
32. OPS/OMS. Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. Décima revisión (CIE-10). Manual de instrucciones. Vol. 1. Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 1995.
33. Melvin GA, Oquendo MA, Stanley B, Posner K. Assessment and Management of Suicidal Risk. En: Tasman A, Riba MB, Alarcón RD, Alfonso CA, Kanba S, Ndeti DM, et al., editores. *Tasman's Psychiatry* [Internet]. Cham: Springer International Publishing; 2020 [citado 26 de diciembre de 2024]. p. 1-32. Disponible en: https://doi.org/10.1007/978-3-030-42825-9_67-1

34. Franklin JC, Ribeiro JD, Fox KR, Bentley KH, Kleiman EM, Huang X, et al. Risk factors for suicidal thoughts and behaviors: A meta-analysis of 50 years of research. *Psychol Bull.* 2017;143(2):187-232.
35. Marmot M, Friel S, Bell R, Houweling TAJ, Taylor S, Commission Social Determinants H. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. *Lancet.* 2008;372(9650):1661-9.
36. Pirkis J, Dandona R, Silverman M, Khan M, Hawton K. Preventing suicide: a public health approach to a global problem. *The Lancet Public Health* [Internet]. 2024 [citado 30 de septiembre de 2024];0(0). Disponible en: [https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667\(24\)00149-X/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667(24)00149-X/fulltext)
37. Bakken V, Lydersen S, Skokauskas N, Sund AM, Kaasbøll J. Protective factors for suicidal ideation: a prospective study from adolescence to adulthood. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2024;33(9):3079-89.
38. OPS/OMS. Promoción de la salud mental en las poblaciones indígenas. Experiencias de países. Una colaboración entre la OPS/OMS, Canadá, Chile y Socios de la Región de las Américas 2014-2015. [Internet]. Washington D.C.; 2016. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/28416>
39. MINSAL. Orientaciones Técnicas para la atención de salud mental con Pueblos Indígenas: hacia un enfoque intercultural. Santiago, Chile: Subsecretaría de Salud Pública, Subsecretaría de Redes Asistenciales; 2016.
40. ACNUR, OIM & UNICEF. Los derechos de los niños, niñas y adolescentes migrantes, refugiados y víctimas de trata internacional en Chile. Avances y desafíos. Santiago, Chile: UNICEF; 2012.
41. SUPEREDUC. Trayectorias de Inclusión Educativa en Niños y Niñas Migrantes: luces y sombras [Internet]. Santiago, Chile; 2016. Disponible en: <https://bibliotecadigital.mineduc.cl/handle/20.500.12365/14719>
42. Meyer IH. Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence. *Psychological Bulletin.* 2003;129(5):674-97.
43. Crockett MA, Martínez-Nahuel V, Mac-Ginty S, Núñez D, Langer Ál, Gaete J. Differences in mental health problems in LGBT+ first year college students in Chile during the pandemic. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2024;59(12):2339-49.
44. Tomicic A, Gálvez C, Quiroz C, Martínez C, Fontbona J, Rodríguez J, et al. Suicidio en poblaciones lesbiana, gay, bisexual y trans: revisión sistemática de una década de investigación (2004-2014). *Revista Médica de Chile.* 2016;144(6):723-33.
45. Kaplan MS, McFarland BH, Huguet N, Conner K, Caetano R, Giesbrecht N, et al. Acute alcohol intoxication and suicide: a gender-stratified analysis of the National Violent Death Reporting System. *Inj Prev.* 2013;19(1):38-43.

46. Bennett DS, Ambrosini PJ, Kudes D, Metz C, Rabinovich H. Gender differences in adolescent depression: do symptoms differ for boys and girls? *J Affect Disord*. 2005;89(1-3):35-44.
47. Lynch L, Long M, Moorhead A. Young Men, Help-Seeking, and Mental Health Services: Exploring Barriers and Solutions. *Am J Mens Health*. 2018;12(1):138-49.
48. Ruch DA, Sheftall AH, Schlagbaum P, Rausch J, Campo JV, Bridge JA. Trends in Suicide Among Youth Aged 10 to 19 Years in the United States, 1975 to 2016. *JAMA Netw Open*. 2019;2(5):e193886.
49. Ministerio de Salud, Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, Ministerio del Interior y Seguridad Pública, Ministerio de Desarrollo Social y Familia. Lineamientos Técnicos para la implementación del Sistema Intersectorial de Salud Integral, con énfasis en salud mental, para niños, niñas, adolescentes y jóvenes con vulneración de derechos y/o sujetos a la Ley de Responsabilidad Penal Adolescente. Santiago, Chile; 2023.
50. Centro de Estudios y Promoción del Buen Trato UC. Estudio Diagnóstico en Salud Mental de Niños, Niñas y Adolescentes Atendidos en el Marco del Programa Vida Nueva. Santiago, Chile: Servicio Nacional de Menores; 2012.
51. Mundt AP, Cifuentes-Gramajo PA, Baranyi G, Fazel S. Worldwide incidence of suicides in prison: a systematic review with meta-regression analyses. *Lancet Psychiatry*. julio de 2024;11(7):536-44.
52. Knipe D, Padmanathan P, Newton-Howes G, Chan LF, Kapur N. Suicide and self-harm. *Lancet*. 2022;399(10338):1903-16.
53. Platt S. Inequalities and Suicidal Behavior. En: *The International Handbook of Suicide Prevention* [Internet]. John Wiley & Sons, Ltd; 2016. p. 258-83. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/9781118903223.ch15>
54. Platt S, Arensman E, Rezaeian M. National Suicide Prevention Strategies – Progress and Challenges. *Crisis*. 2019;40(2):75-82.
55. WHO. National suicide prevention strategies: progress, examples and indicators [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2018 [citado 24 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://iris.who.int/handle/10665/279765>
56. Schlichthorst M, Reifels L, Spittal M, Clapperton A, Scurrah K, Kolves K, et al. Evaluating the Effectiveness of Components of National Suicide Prevention Strategies. *Crisis*. 2023;44(4):318-28.
57. Pirkis J, Gunnell D, Hawton K, Hetrick S, Niederkrotenthaler T, Sinyor M, et al. A Public Health, Whole-of-Government Approach to National Suicide Prevention Strategies. *Crisis*. 2023;44(2):85-92.
58. Díaz-Castro L, Arredondo A, Pelcastre-Villafuerte BE, Hufty M. Governance and mental health: contributions for public policy approach. *Rev Saude Publica*. 2017;51:4.

59. OPS/OMS. Una nueva agenda para la salud mental en las Américas. Informe de la Comisión de Alto Nivel sobre Salud Mental y COVID-19 de la Organización Panamericana de la Salud [Internet]. Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2023. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/57504/9789275327265_spa.pdf?sequence=2&isAllowed=y
60. OPS/OMS. Manual de prácticas para el establecimiento y mantenimiento de sistemas de vigilancia de intentos de suicidio y autoagresiones. Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2018.
61. OPS/OMS. Vivir la vida. Guía de aplicación para la prevención del suicidio en los países [Internet]. Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2021. Disponible en: <https://doi.org/10.37774/9789275324240>.
62. Vargas B, Martínez P, Mac-Ginty S, Hoffmann T, Martínez V. Implementation strategies and outcomes of school-based programs for adolescent suicide prevention: A scoping review protocol. PLOS ONE. 4 de mayo de 2023;18(5):e0284431.
63. OPS/OMS. Informe mundial sobre la salud mental: Transformar la salud mental para todos [Internet]. Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2023. Disponible en: <https://doi.org/10.37774/9789275327715>
64. OPS/OMS. Prevención del suicidio: herramientas para la participación comunitaria [Internet]. Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2021. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/54864>
65. Yip PSF, Tang L. Public health approach to suicide research. En: Advancing suicide research. Göttingen, Germany: Hogrefe; 2021. p. 29-38.
66. Ridani, R, Torok, M, Shand, F, ..., Christensen, H. An evidence-based systems approach to suicide prevention: guidance on planning, commissioning and monitoring. Sydney: Black Dog Institute; 2016.
67. Geulayov G, Casey D, McDonald KC, Foster P, Pritchard K, Wells C, et al. Incidence of suicide, hospital-presenting non-fatal self-harm, and community-occurring non-fatal self-harm in adolescents in England (the iceberg model of self-harm): a retrospective study. Lancet Psychiatry. 2018;5(2):167-74.
68. Zalsman G, Hawton K, Wasserman D, van Heeringen K, Arensman E, Sarchiapone M, et al. Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. Lancet Psychiatry. 2016;3(7):646-59.
69. Gunnell D, Fernando R, Hewagama M, Priyangika WDD, Konradsen F, Eddleston M. The impact of pesticide regulations on suicide in Sri Lanka. Int J Epidemiol. diciembre de 2007;36(6):1235-42.
70. Anestis MD, Anestis JC. Suicide Rates and State Laws Regulating Access and Exposure to Handguns. Am J Public Health. octubre de 2015;105(10):2049-58.

71. Pirkis J, Too LS, Spittal MJ, Kryszynska K, Robinson J, Cheung YTD. Interventions to reduce suicides at suicide hotspots: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Psychiatry*. noviembre de 2015;2(11):994-1001.
72. Too LS, Shin S, Mavoa S, Law PCF, Clapperton A, Roberts L, et al. High-Risk Suicide Locations in Australia. *JAMA Netw Open*. 3 de junio de 2024;7(6):e2417770.
73. Kasal A, Táborská R, Juríková L, Grabenhofer-Eggerth A, Pichler M, Gruber B, et al. Facilitators and barriers to implementation of suicide prevention interventions: Scoping review. *Glob Ment Health (Camb)*. 2023;10:e15.
74. Hawton K, Knipe D, Pirkis J. Restriction of access to means used for suicide. *The Lancet Public Health*. 1 de octubre de 2024;9(10):e796-801.
75. MINSAL. Departamento de Epidemiología MINSAL. 2024. Vigilancia Intoxicación por plaguicidas. Disponible en: <https://epi.minsal.cl/intoxicacion-por-plaguicidas/>
76. Pirkis J, Bantjes J, Gould M, Niederkrotenthaler T, Robinson J, Sinyor M, et al. Public health measures related to the transmissibility of suicide. *The Lancet Public Health*. 2024;9(10):e807-15.
77. Pirkis J, Blood, W, Sutherland, G, Currier, D. Suicide and the news and information media. A critical review. Australia: Everymind; 2018.
78. Hawley LL, Niederkrotenthaler T, Zaheer R, Schaffer A, Redelmeier DA, Levitt AJ, et al. Is the narrative the message? The relationship between suicide-related narratives in media reports and subsequent suicides. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*. 2023;57(5):758-66.
79. Robinson J, Cox G, Bailey E, Hetrick S, Rodrigues M, Fisher S, et al. Social media and suicide prevention: A systematic review. *Early Interv Psychiatry*. 2016;10(2):103-21.
80. Public Health Agency of Canada. Language matters. Safe language and messages for suicide prevention [Internet]. Canada: Ministry of Health; 2018. Disponible en: <https://www.suicideinfo.ca/wp-content/uploads/2020/01/language-matters-safe-communication-suicide-prevention-pub-eng-1.pdf>
81. Mindframe. Communicating about suicide. 2023. Communicating about suicide. Disponible en: <https://mindframe.org.au/suicide/communicating-about-suicide>
82. MINSAL. Guía práctica para Medios de Comunicación Prevención del suicidio [Internet]. Santiago, Chile: Ministerio de Salud; 2022. Disponible en: https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2024/06/2022.11.08_guia-practica-Medios-de-Comunicacion-prevenir-el-suicidio.pdf
83. Sumner SA, Burke M, Kooti F. Adherence to suicide reporting guidelines by news shared on a social networking platform. *Proceedings of the National Academy of Sciences*. 2020;117(28):16267-72.

84. Duncan S, Luce A. Using the Responsible Suicide Reporting Model to increase adherence to global media reporting guidelines. *Journalism*. 2022;23(5):1132-48.
85. Fleischmann A, Bertolote JM, Wasserman D, De Leo D, Bolhari J, Botega NJ, et al. Effectiveness of brief intervention and contact for suicide attempters: a randomized controlled trial in five countries. *Bull World Health Organ*. 2008;86(9):703-9.
86. Greenfield B, Larson C, Hechtman L, Rousseau C, Platt R. A rapid-response outpatient model for reducing hospitalization rates among suicidal adolescents. *Psychiatr Serv*. 2002;53(12):1574-9.
87. Mehlum L, Mork E. After the Suicide Attempt—The Need for Continuity and Quality of Care. En: *The International Handbook of Suicide Prevention* [Internet]. John Wiley & Sons, Ltd; 2016. p. 387-402. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/9781118903223.ch21>
88. Walby FA, Myhre MØ, Kildahl AT. Contact With Mental Health Services Prior to Suicide: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Psychiatr Serv*. 1 de julio de 2018;69(7):751-9.
89. Andriessen K, Krysinska K, Kölves K, Reavley N. Suicide Postvention Service Models and Guidelines 2014-2019: A Systematic Review. *Front Psychol*. 2019;10:2677.
90. Inostroza C, Rubio-Ramirez F, Bustos C, Quijada Y, Fernández D, Bühring V, et al. Peer-support groups for suicide loss survivors: a systematic review. *Social Work With Groups*. 2024;47(3):234-50.
91. McDonnell S, Flynn S, Shaw J, Smith S, McGale B, Hunt IM. Suicide bereavement in the UK: Descriptive findings from a national survey. *Suicide Life Threat Behav*. 2022;52(5):887-97.
92. Cerel J, Brown MM, Maple M, Singleton M, van de Venne J, Moore M, et al. How Many People Are Exposed to Suicide? Not Six. *Suicide Life Threat Behav*. 2019;49(2):529-34.
93. Erlangsen A, Pitman A. Effects of suicide bereavement on mental and physical health. En: Andriessen K, Krysinska K, Grad OT, editores. *Postvention in action: The international handbook of suicide bereavement support*. Hogrefe Publishing; 2017. p. 17-26.
94. Jimenez, A. 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. Santiago, Chile: Instituto Milenio MIDAP; 2023.
95. Abbate L, Chopra J, Poole H, Saini P. Evaluating Postvention Services and the Acceptability of Models of Postvention: A Systematic Review. *Omega (Westport)*. 2024;90(2):865-905.
96. MINSAL, Red de Equipos de Prevención del Suicidio. Guía de apoyo a sobrevivientes de pérdida por suicidio de un ser querido. *Vivir después de la muerte* [Internet]. Santiago, Chile: Programa Nacional de Prevención del Suicidio, Ministerio de Salud.; 2021. Disponible en: https://s3.amazonaws.com/gobcl-prod/public_files/Campa%C3%B1as/Saludable-Mente/2021.01.15_VIVIR_DESPUES_DE_LA_MUERTE.pdf

DOCUMENTO CONSULTA PUBLICA