

FACULTAD LATINOAMERICANA DE CIENCIAS SOCIALES
SERIE LIBROS FLACSO-CHILE



SUICIDIOS CONTEMPORÁNEOS: VÍNCULOS, DESIGUALDADES Y TRANSFORMACIONES SOCIOCULTURALES. Ensayos sobre violencia, cultura y sentido

Gabriel Guajardo Soto
(Editor)

Santiago de Chile, septiembre de 2017

Esta publicación debe citarse como:

Guajardo, G. (Ed.) (2017). *Suicidios contemporáneos: vínculos, desigualdades y transformaciones socioculturales. Ensayos sobre violencia, cultura y sentido*. Santiago de Chile: FLACSO-Chile.

Ediciones FLACSO-Chile

Av. Dag Hammarskjöld 3269, Vitacura - Santiago de Chile

www.flacsochile.org

Impreso en Santiago de Chile

Septiembre de 2017

ISBN Libro impreso: 978-956-205-262-7

Descriptorios:

1. Suicidio
2. Estadísticas
3. Violencia
4. Sentido
5. Cultura
6. Pueblos indígenas
7. Cibersuicidio
8. Misiones suicidas
9. Ciencias Sociales
10. Políticas públicas

Producción Editorial: Marcela Zamorano, FLACSO-Chile.

Diagramación interior: Marcela Contreras, FLACSO-Chile.

Diseño de portada: Marcela Zamorano, FLACSO-Chile.

Impresión: Gráfica LOM, Concha y Toro 25, Santiago, Chile

Este libro es una publicación de la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, FLACSO-Chile. Sus contenidos no pueden ser reproducidos o traducidos totalmente o en parte, sin autorización previa de FLACSO-Chile.

Las opiniones versadas en los artículos que se presentan en este trabajo, son de responsabilidad exclusiva de sus autores(as) y no reflejan necesariamente la visión y puntos de vista de FLACSO-Chile ni de las instituciones a las cuales se encuentran vinculados(as).

ÍNDICE

| | |
|--|-----------|
| AGRADECIMIENTOS | 11 |
| PRESENTACIÓN Ángel Flisfisch Fernández | 13 |
| PRÓLOGO Gianna Gatti Orellana | 15 |
| INTRODUCCIÓN Gabriel Guajardo Soto | 19 |
| PARTE I | 25 |
| SITUACIÓN ACTUAL Y PERSPECTIVAS PARA EL ANÁLISIS | |
| CAPÍTULO 1. Caracterización del suicidio en Chile: ¿qué nos dicen nuestras estadísticas? Alberto Larraín Salas y Francisca Lobos Mosqueira | 27 |
| CAPÍTULO 2. Una aproximación lingüística del suicidio: orígenes y problemas de uso actual en la lengua española Christian Rivera Viedma | 45 |
| CAPÍTULO 3. Suicidio, violencia contra el sí mismo y la pulsión de muerte: Una aproximación crítica Marta Josefa Bello Hiriart | 57 |

| | |
|---|------------|
| PARTE II | 79 |
| VÍNCULOS Y RELACIONES | |
| CAPÍTULO 4. | 81 |
| El suicidio más allá de la lógica deficitaria. Un estudio de caso Francisco Ojeda G. | |
| CAPÍTULO 5. | 101 |
| Suicidio: el control de la sociedad y sentido a la vida de los individuos José Lledó Muñoz | |
| CAPÍTULO 6. | 111 |
| Suicidio e infancia: hacia una sociedad que escuche y reconozca al otro Carolina Victoria Parra Chiang | |
| CAPÍTULO 7. | 121 |
| Suicidio adolescente y los vínculos relacionales Soledad Arriagada | |
| PARTE III | 131 |
| DIFERENCIAS Y DESIGUALDADES | |
| CAPÍTULO 8. | 133 |
| Etiologías del suicidio pehuenche: trauma territorial y fuerzas negativas en Alto Biobío, Chile Claudio González Parra, Jeanne W. Simon y Elda Jara | |
| CAPÍTULO 9. | 153 |
| Papa Ismusqa y la otra vida. Estudio etnográfico sobre el suicidio femenino en el área rural de Cochabamba, Bolivia Yara Morales | |
| CAPÍTULO 10. | 187 |
| Cibersuicidio: un nuevo escenario del suicidio Claudia Baros Agurto | |
| CAPÍTULO 11. | 205 |
| Misiones suicidas: violencia y muerte en los fundamentalismos islámicos y judíos Isaac Caro | |

| | |
|--|------------|
| CAPÍTULO 12. | 213 |
| Suicidio en población LGBTI, un enfoque forense en el contexto de los derechos humanos en Chile Diana Aparicio Castellanos | |
| PARTE IV | 229 |
| REGLAS, NORMAS Y TRANSFORMACIONES | |
| CAPÍTULO 13. | 231 |
| Dispositivo metodológico crítico y transformador para delimitación del tema de investigación ‘suicidio en la escuela’ Gabriel Guajardo Soto, María Isabel Toledo Jofré, José Lledó Muñoz, Carolina Victoria Parra Chiang | |
| CAPÍTULO 14. | 263 |
| Salud mental como derecho: Los casos de implementación de las leyes de salud mental en Estados Unidos y Chile Alberto Larraín Salas y Teresa Abusleme Lama | |
| AUTORES Y AUTORAS | 297 |

ABREVIATURAS, SIGLAS Y ACRÓNIMOS

| | |
|-------------|--|
| AMIA | Asociación Mutual Israelita Argentina |
| APS | Atención Primaria de Salud |
| AVAD | Años de vida ajustados por discapacidad |
| AVD | Años de vida perdidos por discapacidad |
| CDN | Convención sobre los Derechos del Niño |
| CELADE | Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía |
| CEPAL | Comisión Económica para América Latina y el Caribe |
| CESFAM | Centro de Salud Familiar |
| CIDH | Comisión Interamericana de Derechos Humanos |
| CIE-10 | Clasificación Internacional de Enfermedades |
| COMISCA | Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica |
| COSAM | Centro Comunitario de Salud Mental |
| DEIS | Departamento de Estadísticas de Información de la Salud |
| DEIS-MINSAL | Departamento de Estadísticas de Información de la Salud del Ministerio de Salud. Chile |
| DSM-V | Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders |
| EUA | Estados Unidos de América |
| FLACSO | Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales |
| FONASA | Fondo Nacional de Salud de Chile |
| Fundéu BBVA | Fundación del Español Urgente de BBVA |
| GLTBI | Gays Lesbianas, Transgénero, Bisexuales, Intersexuales |

| | |
|---------|--|
| INE | Instituto Nacional de Estadísticas |
| ISAPRE | Instituciones de Salud Previsional |
| LGTB | Lesbianas, Gays, Transgénero y Bisexuales |
| LGTBI | Lesbianas, Gays, Transgénero, Bisexuales, Intersexuales |
| LGBTITI | Lesbianas, Gays, Bisexuales, Transgéneros, Travestis, Transexuales e Intersexuales |
| MINEDUC | Ministerio de Educación, Chile |
| MINSAL | Ministerio de Salud, Chile |
| MDS | Ministerio de Desarrollo Social, Chile |
| NTLLE | Nuevo Tesoro Lexicográfico de la Lengua Española |
| PAHO | Pan American Health Organization |
| PDI | Policía de Investigaciones de Chile |
| PNPS | Programa Nacional de Prevención del Suicidio, Chile |
| OCDE | Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico |
| OEA | Organización de Estados Americanos |
| OPS | Organización Panamericana de Salud |
| OMC | Organización Mundial de Comercio |
| OMS | Organización Mundial de la Salud |
| ONG | Organismo No Gubernamental |
| ONU | Organización de las Naciones Unidas |
| RAE | Real Academia Española |
| RTC | Respuesta a Trauma Colonial |
| Scielo | Scientific Electronic Library Online |
| SEREMI | Secretaria Regional Ministerial |
| SML | Servicio Médico Legal |
| UN | United Nations |
| WHO | World Health Organization |
| WoS | Web of Science |

PARTE I.

SITUACIÓN ACTUAL Y PERSPECTIVAS PARA EL ANÁLISIS

CAPÍTULO 1.

CARACTERIZACIÓN DEL SUICIDIO EN CHILE: ¿QUÉ NOS DICEN NUESTRAS ESTADÍSTICAS?

Alberto Larraín Salas y Francisca Lobos Mosqueira

El suicidio como un problema de salud pública

El suicidio es definido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como “el acto deliberado de quitarse la vida”, y señala que “es un acto de violencia, la cual genera para los individuos, las familias, las comunidades y los países, graves consecuencias, tanto a corto como a largo plazo, provocando efectos perjudiciales en los servicios de atención de salud” (2010, pp. 74-75).

Tal es la cantidad de personas que se suicidan al año, que el suicidio se ha convertido en un problema de salud pública en todo el mundo, siendo la cifra de muertos por esta causa superior a la suma de muertos por homicidios y guerras. Casi un millón de personas mueren al año por esta causa y alrededor de 250 mil corresponden a menores de 25 años, siendo la segunda causa de muerte en el grupo de 10 a 24 años (OMS, 2012). Asimismo, sabemos que por cada suicidio consumado, 7 a 25 personas lo intentan, y en el caso de los adolescentes, se ha descrito que por cada suicidio consumado pudiera haber entre 80 a 100 intentos (OMS, 2014). En respuesta a la alta carga de mortalidad por esta causa, la Organización Mundial de la Salud ha instado a muchos países a iniciar políticas de prevención del suicidio (Hawton & Van Heeringen, 2009; OMS, 2014).

Los factores de riesgo asociados al suicidio tienden a interactuar, combinarse y potenciarse, aumentando conjuntamente la vulnerabilidad de una persona al comportamiento suicida (OMS, 2014; Hawton & Van Heeringen, 2009; Maris, 2002). La OMS clasifica los factores de riesgo del suicidio en las siguientes dimensiones: individual, relaciones humanas, comunidad, sociedad y sistema de salud (Cuadro N°1).

Cuadro N°1
Factores de riesgo del suicidio advertidos por la OMS

| | |
|--------------------|--|
| Individual | Intento de suicidio previo |
| | Trastornos mentales |
| | Uso abusivo de alcohol u otras sustancias |
| | Pérdida financiera o de trabajo |
| | Desesperanza |
| | Dolor crónico y enfermedad |
| | Historia familiar de suicidio |
| | Factores genéticos y biológicos |
| Relaciones Humanas | Sentimiento de soledad y falta de apoyo social |
| | Relaciones conflictivas, rupturas o pérdida |
| Comunidad | Desastres, guerra y conflictos |
| | Aculturación y cambio |
| | Discriminación |
| | Trauma de abuso |
| Sociedad | Acceso a armas |
| | Inapropiada comunicación de los medios |
| | Estigma asociada con buscar ayuda |
| Sistema de salud | Barreras para acceder a atención de salud |

Fuente: Elaboración propia en base a cuadro resumen utilizado en informe “Preventing suicide. A global imperative” (OMS, 2014).

De acuerdo a datos del Ministerio de Salud (MINSAL), la tasa de suicidio en población general en Chile aumentó el doble entre 1990 y 2011, desde 5,6 a 11,8, lo que quiere decir que si en 1990, 5,6 personas se suicidaban por cada 100.000 habitantes, el 2011 lo hicieron 11,8 personas por cada 100.000 habitantes. El 2011 las tasas más elevadas de suicidio se presentaron en el grupo de 50 a 59 años (16,6) y de 20 a 29 años (16,0). No obstante, aunque el grupo adolescente es el que tiene la tasa de suicidio más baja (6,0), es precisamente este grupo el que sufrió la variación más importante en la tasa de mortalidad por suicidio en el periodo analizado, donde se pasó de una tasa de 2,7 en 1990 a 6,0 en 2011, representando un incremento de 123,5%. El *peak* de las tasas de suicidio en población general y población adolescente se produjo el año 2008, descendiendo ambas tasas los años siguientes.

En este contexto, el Ministerio de Salud en sus objetivos sanitarios para la década 2011-2020 ha considerado incluir estrategias que permitan “disminuir en un 15% la tasa de mortalidad proyectada por suicidio en población de 10 a 19 años” (MINSAL, 2011). Asimismo, el año 2013 se

inicia el Programa Nacional de Prevención del Suicidio, el cual tiene el propósito de reducir la tasa de mortalidad por suicidio en ambos sexos a través de la instalación en las Secretarías Regionales Ministeriales (SEREMI) de Salud de seis componentes que han mostrado una mayor efectividad para la prevención del suicidio:

- 1) Un sistema de información y vigilancia.
- 2) Planes regionales intersectoriales de prevención.
- 3) Capacitación del personal de salud.
- 4) Intervenciones preventivas en los colegios.
- 5) Sistemas de ayuda en situaciones de crisis.
- 6) Trabajo con los medios de comunicación.

Evolución del suicidio en los últimos 35 años

Las estimaciones epidemiológicas de suicidio en Chile se basan en registros oficiales, donde los datos reportados hacen referencia a suicidios consumados. En la décima versión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10), el suicidio aparece dentro de las causas externas de morbilidad y mortalidad como lesiones auto infligidas intencionalmente. Lamentablemente, en Chile no se dispone de cifras oficiales sobre los casos de intento de suicidio ya que no existe una obligación de notificar legalmente ese evento.

De acuerdo a Duarte (2007), el año 2000 se mejoraron en Chile los procesos a partir de los que se codificaban las causas de muerte. Se introdujeron cambios en los sistemas de validación de la información, que permitieron superar, al menos parcialmente, los problemas de sub-notificación de los casos de suicidio que existía en años anteriores. Por ejemplo, se comenzaron a utilizar otras fuentes que contienen información más precisa sobre las causas de muerte en el caso de los suicidios, como los registros de autopsias médico legales.

Actualmente, todas las muertes por traumatismos y envenenamientos ocurridas en establecimientos de salud o en otro lugar, independientemente del lapso transcurrido entre el evento traumático o tóxico y el deceso, deben ser denunciadas a la Fiscalía del Ministerio Público que corresponda al territorio jurisdiccional donde se encuentre el establecimiento o el lugar donde fue proporcionada la atención. En los casos de muertes de origen traumático o tóxico, una vez hecha la denuncia, el cuerpo debe ser remitido al Servicio Médico Legal, o al lugar donde se ejecute la autopsia médico legal, en las localidades carentes de establecimientos de ese Servicio.

En esta sección se muestra la evolución de la tasa observada de mortalidad por suicidio en población general y población adolescente en el periodo 1980-2014, la que es una serie de datos inédita, ya que no se había publicado con anterioridad¹. La publicación de estas series de datos pueden ser insumos para futuras investigaciones que busquen explicar las variaciones en las tasas de suicidio en Chile en el periodo reciente, algo que no intenta hacer este artículo.

En el Gráfico N°1 se aprecia cómo la tasa de suicidio en población general se mantiene bastante estable en la década de los 80', con una leve tendencia al alza. Si se consideran ambos sexos, la tasa de suicidio en población general fluctúa desde 4,6 a 5,6 en el periodo 1980-1990. Ya en la década de los 90', la tasa de suicidio en población general sigue un crecimiento moderado hasta 1999, año que se registran 6,8 muertes por suicidio por cada 100 mil habitantes. Como se observa, el año 2000 se produce un aumento repentino de la tasa de suicidio, la que alcanza la cifra de 9,6. Esta alza abrupta en la tasa de suicidio entre un año y otro coincide con el cambio en los protocolos para registrar las causas de muertes descritas por Duarte (2007). Desde el año 2000 se observa una tendencia al alza que llega a su *peak* el año 2008 (12,9 suicidios por cada 100 mil habitantes), existiendo en los años posteriores un descenso de las tasas de suicidio en población general. A partir del año 2013, las tasas de suicidio se estabilizan en torno a las 10 muertes por suicidio por cada 100 mil habitantes.

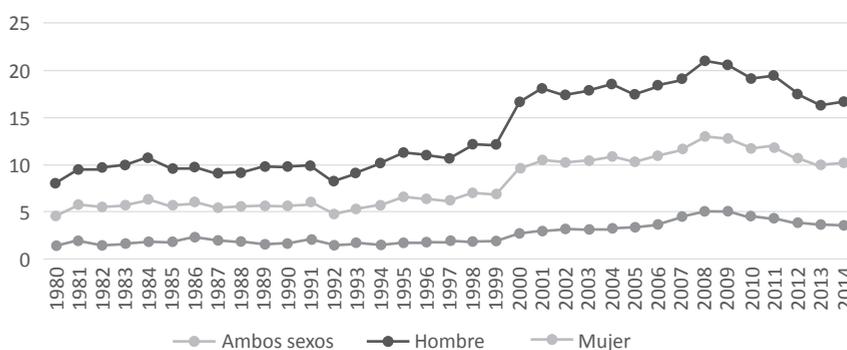
En la población adolescente se observan tendencias similares a las observadas en la población adulta durante el periodo analizado. En la década de los 80' y los 90' la tasa de mortalidad por suicidio observada se mantiene relativamente estable y cercana a las 3 muertes por cada 100.000 adolescentes. Nuevamente, entre el año 1999 y el año 2000 se constata una repentina alza en la tasa de suicidio adolescente, desde 2,4 a 4,6 muertes por cada 100.000 habitantes, coincidente con los cambios de protocolos en cuanto al registro de defunciones. A su vez, durante casi toda la década del 2000 se observa una tendencia al alza en la tasa de

¹ Entre 1980 y 1989, se recurrió a los Anuarios de Demografía publicados por el Instituto Nacional de Estadísticas (INE), en donde se pudo obtener, por un lado, el número de defunciones anuales por lesiones auto inflingidas intencionalmente, y por otro, las estimaciones anuales de población, lo que permitió calcular las tasas de suicidio en las poblaciones analizadas. Luego, entre los años 1990 y 2014 se acudió, en primer lugar, a cifras del Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS) del Ministerio de Salud (MINSAL) para conocer el número de defunciones anuales por suicidio, y en segundo lugar, a estimaciones de población del INE, con lo cual se pudieron calcular las tasas de suicidio en población general y población adolescente.

suicidio adolescente, la cual –al igual que la tasa de suicidio en población general– llega a su *peak* el año 2008 (7,7). En los años siguientes se constata una disminución en la tasa analizada. Sin embargo, a partir del año 2012, la tasa de suicidio adolescente se estabiliza en cifras cercanas a las 5 muertes por cada 100.000 habitantes (Ver Gráfico N°2).

En ambos gráficos se observa que las tasas de suicidio son mayores en hombres que en mujeres, lo que es concordante con la literatura sobre suicidio y con otros registros de suicidio. De hecho, en los países adscritos a la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), en promedio, la tasa de mortalidad por suicidio en población general es cuatro veces mayor para los hombres que para las mujeres (OECD, 2013).

Gráfico N°1
Tasa observada de mortalidad por suicidio en población general, 1980-2014

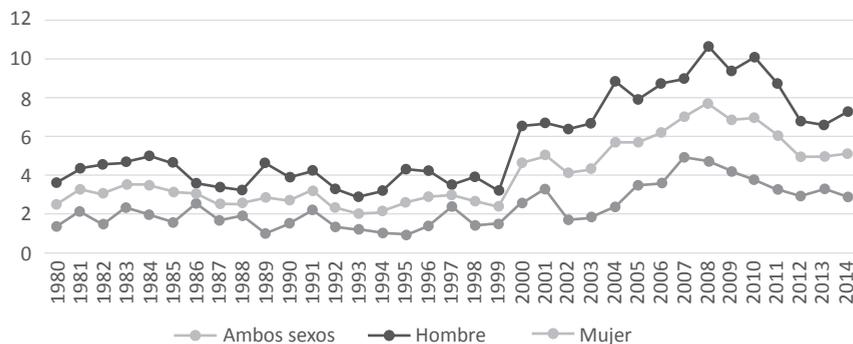


| Año | Tasa ambos sexos |
|------|------------------|------|------------------|------|------------------|------|------------------|------|------------------|
| 1980 | 4,6 | 1987 | 5,4 | 1994 | 5,7 | 2001 | 10,4 | 2008 | 12,9 |
| 1981 | 5,7 | 1988 | 5,5 | 1995 | 6,5 | 2002 | 10,2 | 2009 | 12,7 |
| 1982 | 5,5 | 1989 | 5,6 | 1996 | 6,3 | 2003 | 10,4 | 2010 | 11,7 |
| 1983 | 5,7 | 1990 | 5,6 | 1997 | 6,2 | 2004 | 10,8 | 2011 | 11,8 |
| 1984 | 6,2 | 1991 | 5,9 | 1998 | 6,9 | 2005 | 10,3 | 2012 | 10,6 |
| 1985 | 5,7 | 1992 | 4,8 | 1999 | 6,8 | 2006 | 10,9 | 2013 | 9,9 |
| 1986 | 5,9 | 1993 | 5,3 | 2000 | 9,6 | 2007 | 11,6 | 2014 | 10,0 |

Fuente: Elaboración propia en base a información de los Anuarios de Demografías publicados anualmente por el INE en el periodo 1980-1989, cifras del DEIS-MINSAL del periodo 1990-2014 y estimaciones de población realizadas por el INE para el periodo 1990-2014².

² La población estimada entre los años 1990 y 2001 corresponde a proyecciones realizadas por el INE con datos demográficos hasta el 2002. La población estimada entre los años 2002 y 2012 corresponde a proyecciones del INE en base al Censo 2002. La población estimada para los años 2013 y 2014 proviene de las proyecciones del INE elaboradas el año 2014, basada en nacimientos, defunciones y migraciones.

Gráfico N°2
Tasa observada de mortalidad por suicidio en población adolescente, 1980-2014



| Año | Tasa ambos sexos |
|------|------------------|------|------------------|------|------------------|------|------------------|------|------------------|
| 1980 | 2,5 | 1987 | 2,5 | 1994 | 2,1 | 2001 | 5,0 | 2008 | 7,7 |
| 1981 | 3,3 | 1988 | 2,6 | 1995 | 2,6 | 2002 | 4,1 | 2009 | 6,9 |
| 1982 | 3,0 | 1989 | 2,8 | 1996 | 2,9 | 2003 | 4,3 | 2010 | 7,0 |
| 1983 | 3,5 | 1990 | 2,7 | 1997 | 3 | 2004 | 5,7 | 2011 | 6,0 |
| 1984 | 3,5 | 1991 | 3,2 | 1998 | 2,7 | 2005 | 5,7 | 2012 | 4,9 |
| 1985 | 3,1 | 1992 | 2,3 | 1999 | 2,4 | 2006 | 6,2 | 2013 | 5,0 |
| 1986 | 3,1 | 1993 | 2,0 | 2000 | 4,6 | 2007 | 7,0 | 2014 | 5,1 |

Fuente: Elaboración propia en base a información de los Anuarios de Demografías publicados anualmente por el INE en el periodo 1980-1989, cifras del DEIS-MINSAL del periodo 1990-2014 y estimaciones de población realizadas por el INE para el periodo 1990-2014³.

Caracterización de los suicidios cometidos en periodo 2001-2014

Para efectos de caracterizar los suicidios ocurridos en Chile, se utilizaron las bases de datos de defunciones del DEIS-MINSAL del periodo 2001-2014. Se escogió este periodo ya que el año 2000 se mejoraron los registros de los casos de fallecimiento, por lo tanto desde 2001, existe cierta certeza de que todos los fallecimientos registrados como suicidios a partir de ese año fueron sometidos a un protocolo más exigente en la determinación de la causa de muerte. Estas bases de datos contienen

³ La población estimada entre los años 1990 y 2001 corresponde a proyecciones realizadas por el INE con datos demográficos hasta el 2002. La población estimada entre los años 2002 y 2012 corresponde a proyecciones del INE en base al Censo 2002. La población estimada para los años 2013 y 2014 proviene de las proyecciones del INE elaboradas el año 2014, basada en nacimientos, defunciones y migraciones.

información anual sobre todas las personas fallecidas por suicidio en el periodo 2001-2014 y son de corte transversal.

En el periodo de tiempo analizado se suicidaron en Chile 25.724 personas, de las cuales 21.225 eran hombres y 4.499 mujeres. De esta manera, los suicidios cometidos por hombres representan el 82,5% del total de suicidios registrados en el periodo, mientras que los cometidos por mujeres sólo representan el 17,5% (Cuadro N°2).

En relación a la edad, el 60,9% del total de suicidios corresponde a personas entre 20 y 49 años. Con respecto al área geográfica donde habitaban las personas que fallecieron por suicidio, se constata que del total de personas fallecidas por esa causa en el periodo analizado, el 81,1% vivía en zonas urbanas y el 18,9% vivía en zonas rurales. Si bien la proporción de suicidios cometidos es mucho mayor en zonas urbanas que rurales, el peso que tienen las zonas rurales en el país es de sólo el 13,2%, lo que indica que comparativamente, se producen más suicidios en el mundo rural (Cuadro N°2).

Cuadro N°2
Distribución de los casos de suicidio según sexo, tramos de edad y zona, y peso promedio de los distintos grupos en la población durante el periodo 2001-2014

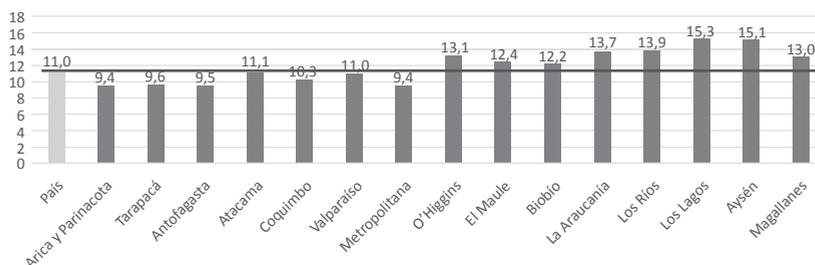
| | Casos de suicidio | Peso de la población |
|-------------|-------------------|----------------------|
| Sexo | % | % |
| Hombre | 82,5 | 49,5 |
| Mujer | 17,5 | 50,5 |
| Edad | % | % |
| 10-19 | 8,8 | 16,8 |
| 20-29 | 22,0 | 16,1 |
| 30-39 | 19,7 | 15,0 |
| 40-49 | 19,2 | 14,2 |
| 50-59 | 14,3 | 10,5 |
| 60-69 | 8,3 | 6,7 |
| 70-79 | 5,2 | 3,9 |
| 80 o más | 2,5 | 1,7 |
| Zona | % | % |
| Urbana | 81,1 | 86,8 |
| Rural | 18,9 | 13,2 |

Fuente: Elaboración propia en base a la información contenida en las bases de datos de defunciones del DEIS-MINSAL y estimaciones de población realizadas por el INE.

Con respecto al nivel de educación de las personas que se suicidaron en Chile en el periodo analizado, 3,6% no tenía educación, 41,5% tenía educación primaria, 45,7% tenía educación secundaria, y el 9,3% tenía educación superior. En cuanto a la actividad económica de estas personas, se constata que la mayoría de ellas estaba ocupada (59,7%), aunque un grupo importante era inactiva (32,8%) y un grupo más reducido se encontraba cesante (7,5%).

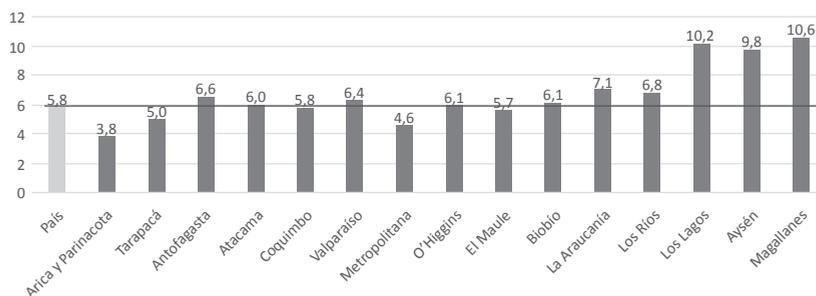
En el Gráfico N°3 y N°4 se presenta el promedio regional de las tasas de suicidio en población general y población adolescente para el periodo 2001-2014. Las regiones están ordenadas de izquierda a derecha, de menor a mayor latitud, o lo que es lo mismo, de norte a sur. Tal como se puede observar, existe una cierta tendencia a encontrar mayores tasas de suicidio –en población general y población adolescente– en las regiones del sur del país en comparación con las regiones del norte.

Gráfico N°3
Promedio tasas observadas de suicidio en población general en regiones, periodo 2001-2014



Fuente: Elaboración propia a partir de las bases de datos de defunciones del DEIS-MINSAL, 2001-2014 y estimaciones de población realizadas por el INE.

Gráfico N°4
Promedio tasas observadas de suicidio en población adolescente en regiones, periodo 2001-2014



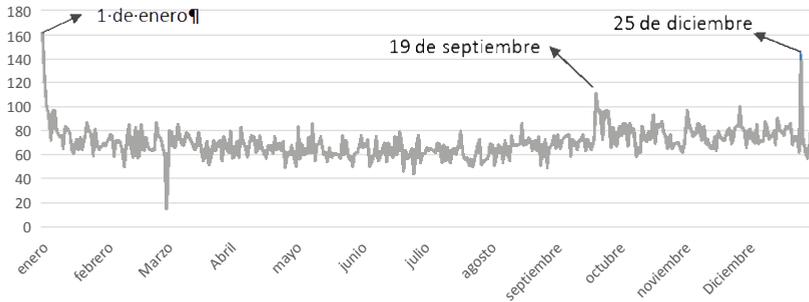
Fuente: Elaboración propia a partir de las bases de datos de defunciones del DEIS-MINSAL, 2001-2014 y estimaciones de población realizadas por el INE.

Si bien a partir de estos resultados, podría pensarse que la latitud es una variable importante a la hora de explicar la variación en las tasas de suicidio, la relación que se observa podría ser espuria o estar interferida por otras variables, por lo que es necesario controlar esta relación por otras variables que la literatura sugiere que podrían ser explicativas del suicidio, como por ejemplo prevalencia de trastornos psiquiátricos y de uso abusivo de sustancias, tasas de pobreza, tasas de desempleo, tasas de delitos violentos, densidad poblacional, deserción escolar, entre otras variables.

No obstante, la relación sugerida entre tasas de suicidio y latitud ha encontrado sustento empírico en otras investigaciones. Hawton & Van Heeringen (2009) constatan que las tasas de suicidio varían sustancialmente entre regiones y países. Terao y sus colegas (2002) demuestran que la latitud tiene un efecto sobre las tasas de suicidio en Japón y sugieren que existe una influencia de la cantidad de luz de sol acumulada al año sobre el suicidio.

En el Gráfico N°5 se presenta la distribución mensual de los suicidios en población general ocurridos en el periodo 2001-2014. Se constata cierta temporalidad del suicidio, concentrándose las mayores frecuencias entre los meses de septiembre a enero. Se observa un primer *peak* de frecuencia en la segunda quincena de septiembre –justo en la víspera del comienzo de la primavera en el hemisferio sur, que también corresponde al segundo día feriado de fiestas patrias–, luego otro *peak* más pronunciado que se produce a fines de diciembre, justo en navidad, y por último, el *peak* más pronunciado de todos que se produce a comienzos del año, especialmente el primer día del año. Todas estas fechas tienen en común que corresponden a una importante festividad.

Gráfico N°5
Distribución en el calendario de los suicidios en población general ocurridos en el periodo 2001-2014



Fuente: Elaboración propia a partir de las bases de datos de defunciones del DEIS-MINSAL, 2001-2014.

La gran mayoría de los suicidios consumados en el periodo 2001-2014 se produjeron por ahorcamiento, tanto en la población general como en la población adolescente (80,9% y 85,8% respectivamente). Con mucha menor frecuencia, le siguen como métodos más utilizados el disparo (7,8% en población general y 6,3% en población adolescente), el envenenamiento (6,0% en población general y 4,4% en población adolescente) y saltar desde un lugar elevado (1,6% en población general y 1,2% en población adolescente). Por último, cada uno de los restantes métodos de suicidio utilizado no supera el 1% en ambas poblaciones analizadas (Ver Cuadro N°3).

Cuadro N°3
Método de suicidio utilizado, periodo 2001-2014 (%)

| | Población general | | | Población adolescente | | |
|---|-------------------|--------|-------|-----------------------|--------|-------|
| | Total | Hombre | Mujer | Total | Hombre | Mujer |
| Ahorcamiento | 80,9 | 82,5 | 73,5 | 85,8 | 87,6 | 81,3 |
| Disparo | 7,8 | 8,6 | 4,0 | 6,3 | 7,3 | 3,7 |
| Envenenamiento | 6,0 | 4,4 | 13,7 | 4,4 | 2,0 | 10,3 |
| Saltar desde lugar elevado | 1,6 | 1,2 | 3,3 | 1,2 | 1,2 | 1,4 |
| Por medios no especificados | 1,0 | 1,0 | 1,4 | 0,7 | 0,6 | 1,1 |
| Objeto cortante | 0,9 | 0,9 | 0,9 | 0,2 | 0,2 | 0,0 |
| Humo, fuego, llamas | 0,7 | 0,6 | 0,9 | 0,3 | 0,2 | 0,3 |
| Ahogamiento | 0,6 | 0,5 | 1,5 | 0,5 | 0,5 | 0,6 |
| Colisión de vehículo de motor | 0,3 | 0,2 | 0,6 | 0,4 | 0,2 | 0,6 |
| Arrojarse o colocarse delante de objeto en movimiento | 0,1 | 0,1 | 0,3 | 0,2 | 0,1 | 0,6 |
| Material explosivo | 0,1 | 0,1 | 0,0 | 0,0 | 0,1 | 0,0 |
| Por otros medios especificados | 0,1 | 0,1 | 0,0 | 0,0 | 0,1 | 0,0 |
| Vapores y objetos calientes | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| Objeto romo o sin filo | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| Resumen⁴ | | | | | | |
| Violento | 90,9 | 92,7 | 82,3 | 93,9 | 96,5 | 87,1 |
| No violento | 6,0 | 4,4 | 13,7 | 4,4 | 2,0 | 10,3 |

Fuente: Elaboración propia a partir de las bases de datos de defunciones del DEIS-MINSAL, 2001-2014.

Existen algunas diferencias de género –tanto en población general como en población adolescente– en relación al método de suicidio utilizado, siendo más frecuente la utilización de métodos de suicidio violentos por parte de los hombres y de métodos de suicidio no violento por parte de las mujeres⁵. Estos resultados son consistentes con la literatura sobre

⁴ La suma de los porcentajes de métodos violentos y no violentos no suma 100%, porque no todos los métodos de suicidio que aparecen en el Cuadro N°3 son considerados en esta clasificación.

⁵ Los métodos de suicidio considerados violentos son el ahorcamiento, ahogamiento, disparo y saltar desde un lugar elevado. Los métodos de suicidio no violento son aquellos que utilizan el envenenamiento. Los métodos de suicidio violento, si son utilizados, disminuyen las probabilidades de sobrevivir en relación a los métodos no violentos. Así por ejemplo, la fatalidad de métodos violentos como el disparo o el ahorcamiento se estima entre 70% a 90%, lo que superaría ampliamente a otros tipos de suicidio no violentos (Erazo et al., 2005; Gunnell et al., 2005; Miller et al., 2004: todos los autores citados en Brådvik, 2007).

suicidio, en donde se ha constatado que los hombres tienden a elegir medios más violentos que las mujeres (Dennig et al., 2000: citado en Hawton & Van Heeringen, 2009; Astruc et al., 2004; Byard et al., 2004; Pirkola et al., 2003: todos los autores citados en Brådvik, 2007).

Reflexiones finales

Actualmente en Chile, la mayor carga de enfermedad y el principal número de licencias médicas se vincula a las enfermedades mentales. Entre ellas, el suicidio como su intento, son considerados actos de violencia que tienen consecuencias en el sujeto que lo comete pero también fuertemente en su familia.

Chile ha mejorado sus registros en materia de suicidio consumado desde el año 2000 –lo que permite que el país tenga registros de muerte por esta causa mucho más confiables que el promedio de América (OPS, 2014)–, pero aún no dispone de cifras oficiales sobre los casos de intento de suicidio, ya que no existe una obligación de notificar legalmente ese evento. Esta situación debiera cambiar en el futuro, ya que en los acuerdos del Encuentro para la Prevención del Suicidio de la Organización Panamericana de Salud, realizado el año 2016 en San José de Costa Rica, se estableció como primera sugerencia a los países miembros, el considerar el intento suicida como una enfermedad de notificación obligatoria, permitiendo así registrar en sistemas de información fidedignos el riesgo suicida.

Si bien, a partir del año 2009 se produce un descenso en Chile en las tasas de suicidio en población general y población adolescente, éstas se estabilizan a partir del año 2012 y 2013, respectivamente, en cifras que siguen siendo preocupantes, sobre todo en adolescentes. Dada la complejidad del fenómeno, se requiere evaluar períodos de tiempo mayores, para saber si la estabilización en las tasas de suicidio de los últimos años se consolida o más bien es transitoria, sobre todo considerando la evaluación negativa que la OCDE hace de Chile en este tema.

De acuerdo a un informe de la OCDE del año 2013, el cual se basa en estadísticas de salud del año 2011, la tasa de suicidio en población general en Chile está por sobre la media de los países de la OCDE (Anexos, Gráfico N°1)⁶. Asimismo, de acuerdo a otro informe de la OCDE, pero del

⁶ Las tasas de suicidio que se presentan en el Gráfico N°6 están estandarizadas por edad en función de la población de la OCDE estimada el año 2010, con el fin de remover las variaciones que surgen de las diferencias en las estructuras de edad entre países y en el tiempo.

año 2011, si se evalúa el crecimiento de la tasa de suicidio en población general en Chile en el período 1995-2009, ésta ha aumentado en un 55%, siendo uno de los países de la OCDE donde más ha aumentado, sólo superado por Korea del Sur (Ver Anexos, Gráfico N°2).

En este contexto, y considerando las sugerencias que hace la OMS (2014) a sus países miembros en su informe “Preventing suicide”, se proponen a continuación dos sugerencias de política, las cuales fueron escogidas por el impacto que tendrían en la prevención del suicidio. Ambas sugerencias buscan hacer frente a situaciones de riesgo de suicidio inminente, y por eso se las destaca como prioritarias. Se propone iniciar la implementación de las acciones sugeridas en las regiones del extremo sur del país, en donde se registran las tasas de suicidio más altas.

De acuerdo a la OMS (2014), los servicios de salud necesitan incorporar la prevención del suicidio como un componente central. Con respecto a la capacidad del sistema de salud para identificar este tipo de riesgos es fundamental disponer de profesionales capacitados para esta labor en los distintos niveles de atención del sistema, sobre todo si se considera lo hallado por Pirkis y sus colegas (1998; citado en Hawton & Van Heeringen, 2009), acerca de que más del 40% de los individuos que mueren por suicidio han recuperado en a un médico general dentro de las semanas previas a cometer el suicidio.

Si bien el tercer componente del Programa Nacional de Prevención del Suicidio (PNPS) contempla que el personal de salud esté capacitado en la detección y manejo de personas en riesgo suicida, Echávarri y sus colegas (2015) advierten que en la práctica esto no sucede, por lo cual se requieren mayores esfuerzos por parte de la autoridad en esta materia. En ese sentido, es fundamental seguir incrementando el gasto en salud, especialmente en salud mental, de manera de acercarnos a lo recomendado por la OMS y al gasto que realizan los países desarrollados. De acuerdo a estimaciones del Banco Mundial y la OCDE del año 2012, el gasto sanitario de Chile en relación a su producto interno bruto corresponde al 7,2%, mientras que el promedio de la OCDE en esta materia corresponde a 9,3%. Por otro lado, de acuerdo a un informe del MINSAL (2014), el gasto en salud mental el año 2012 correspondió a un 2,2% del presupuesto total destinado a salud, lo cual está muy por debajo de lo que en promedio gastan los países de ingresos altos (5,1%). En ese mismo informe, se advierte que faltan alrededor de 2.000 camas en atención terciaria en salud mental en Chile.

En esa línea, la primera recomendación y la más importante es continuar reforzando la red asistencial en capital humano e infraestructura, especialmente la atención primaria y de urgencia. Es fundamental que en estos niveles de atención se pueda detectar a las personas con riesgo suicida, y que una vez detectadas, existan los recursos necesarios para otorgarles un adecuado tratamiento en los niveles de atención que corresponda, y posteriormente seguimiento al exterior de los servicios de salud. En ese sentido, urge aumentar el gasto de salud mental en atención primaria –el año 2015 correspondió al 1,7% del gasto total en ese nivel de atención– y la cobertura de la red de salud mental –estimada en un 20% el año 2015–, para mejorar el primer contacto con personas que se encuentren en riesgo suicida.

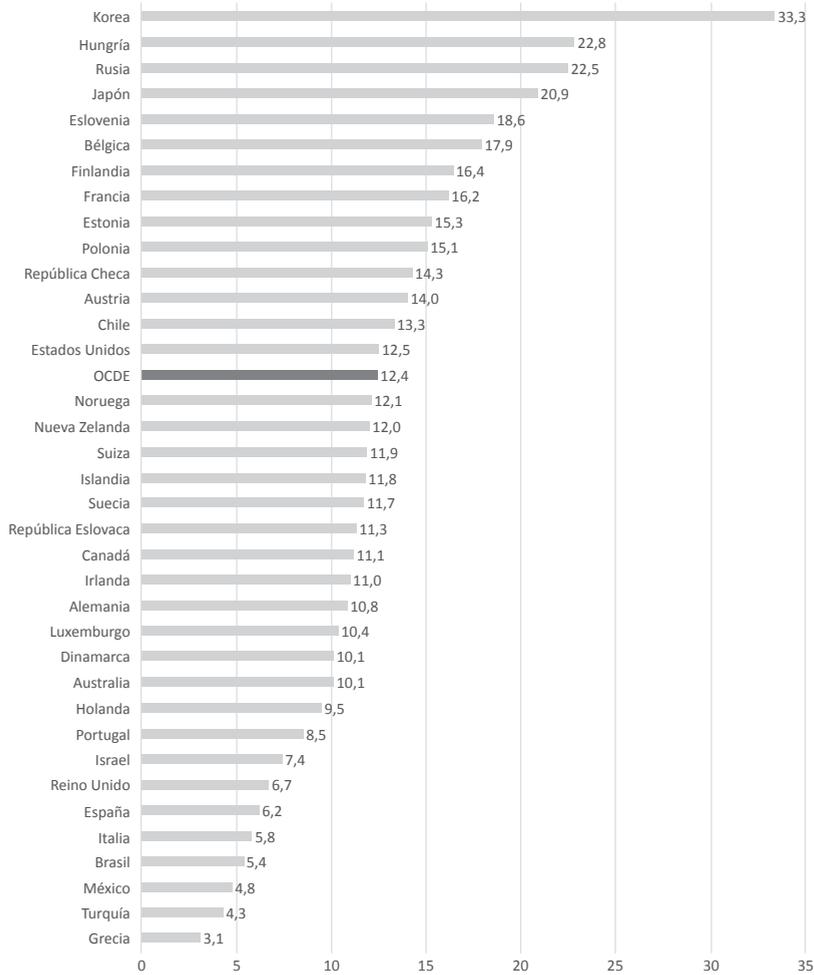
En segundo lugar, y en concomitancia con lo que propone el quinto componente del PNPS, se sugiere asegurar la pronta implementación, funcionamiento y disponibilidad de líneas telefónica de ayuda para situaciones de crisis, que sean gratuitas y que funcionen en todo Chile. Estas líneas telefónicas debieran ser difundida a través de diferentes medios de comunicación, de manera de que la población conozca su existencia. Asimismo, la disponibilidad de estas líneas telefónicas debiera asegurarse en días festivos como año nuevo, fiestas patrias y navidad, fechas en las cuales se producen los peak de suicidio en el país. Por último, y complementariamente a estas dos sugerencias, es fundamental no perder de vista que el fenómeno del suicidio es más complejo que cualquier otra condición en salud, y esto es porque no sólo tiene las evidentes vinculaciones con las enfermedades mentales donde es el punto en común a muchas de ellas, sino además tiene un componente social, cultural y valórico importante. Pocas situaciones en la vida de una sociedad tienen el impacto que tiene el suicidio, es un hecho de violencia que dejará una huella imborrable entre sus familiares, en el que debe existir un trabajo de largo plazo liderado por el Estado, con una mirada intersectorial y que permita incorporar otras disciplinas del campo de las ciencias sociales como la antropología, la sociología y áreas de la economía. El seguir viendo el suicidio como un fenómeno netamente sanitario en Chile, no permitirá avanzar en entender la profundidad del problema y por ende no permitirá prevenirlo.

Referencias bibliográficas

- Björkstén, K., Kripke, D. & Bjerregaard, P. (2009). Accentuation of suicides but not homicides with rising latitudes of Greenland in the sunny months. *BMC Psychiatry*, 9 (1), 20.
- Brådvik, L. (2007). Violent and Nonviolent Methods of Suicide: Different Patterns May Be Found in Men and Women with Severe Depression, *Archives of Suicide Research*, 11 (3), 255-264.
- Duarte, D. (2007). Suicidio en Chile: un signo de exclusión. Chile: Editorial Universitaria.
- Echávarri, O., Maino, M., Fischman, R., Morales, S. & Barros, J. (2015). Aumento sostenido del suicidio en Chile: un tema pendiente. Pontificia Universidad Católica de Chile, Facultad de Medicina.
- Hawton, J. & Van Heeringen, K. (2009). Suicide (Seminar). *The Lancet*, 373 (9672), 1372-1381.
- Maris, R. (2002). Suicide (Seminar). *The Lancet*, 360 (9329), 319-326.
- MINSAL (2011). Estrategia Nacional de Salud para el Cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la Década 2011-2020. Chile: Ministerio de Salud.
- MINSAL (2013A). Programa Nacional de Prevención del Suicidio. Orientaciones para su implementación. Chile: Ministerio de Salud.
- MINSAL (2013B). Situación actual del suicidio adolescente en Chile, con perspectiva de género. Chile: Ministerio de Salud.
- MINSAL (2014). Sistema de salud mental de Chile. Segundo Informe. Chile: Ministerio de Salud.
- OECD (2011). Health at a Glance 2011: OECD Indicators. Recuperado de: <https://www.oecd.org/els/health-systems/49105858.pdf>
- OECD (2013). Health at a Glance 2013: OECD Indicators. Recuperado de: http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2013-en
- OMS (2010). Guía de intervención mh GAP para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención de la salud no especializada. Paraná: Ediciones de la OMS.
- OMS (2012). Prevención del Suicidio (SUPRE). Recuperado de: http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/es/
- OMS (2014). Preventing suicide. A global imperative. Recuperado de: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131056/1/9789241564779_eng.pdf?ua=1&ua=1
- OPS (2014). Mortalidad por suicidio en las Américas. Recuperado de: <http://www.bvsde.paho.org/documentosdigitales/bvsde/texcom/PAHOMortalidad-suicidio.pdf>
- Terao, T., Soeda, S., Yoshimura, R., Nakamura, J. & Iwata, N. (2002). Effect of latitude on suicide rates in Japan. *The Lancet*, 360 (9348), 1892.
- Vysoki, B., Praschak-Rieder, N., Sonneck, G., Blüml, V., Willeit, M., Kasper, S. & Kapusta, N. (2012). Effects of sunshine on suicide rates. *Comprehensive Psychiatry*, 53 (5), 535-539.

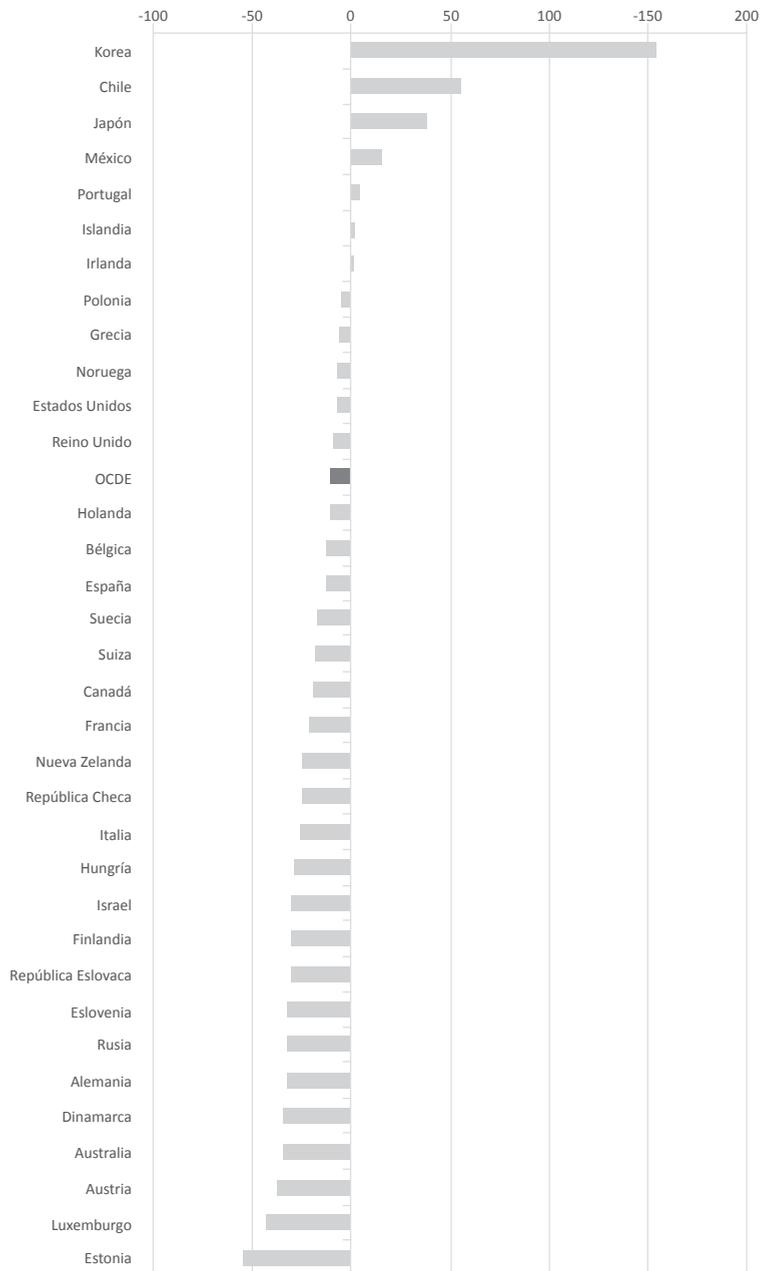
Anexos

Gráfico N°1
Tasas de Suicidio en población general por 100.000 habitantes en países de la OCDE,
año 2011



Fuente: Elaboración propia en base a gráfico utilizado en informe “Health at a glance 2013. OECD indicators”.

Gráfico N°2
Cambio porcentual en las tasas de suicidio en población general en los países de la OCDE, 1995-2009



Fuente: Elaboración propia en base a gráfico utilizado en informe “Health at a glance 2011. OECD indicators”.