

Programa Nacional de Prevención del Suicidio

Versión: 3
Ministerio de Salud
Subsecretaría de Salud Pública
Año de inicio: 2015
Año de término: Permanente

1. ANTECEDENTES

Unidad responsable: Departamento de Salud Mental

Nombre del encargado: María Paz Araya Alvarez

Cargo: Profesional Departamento de Salud Mental

Teléfono(s): 225740196

E-mail: maraya@minsal.cl

Programas presupuestarios según Ley de Presupuestos:

Partida presupuestaria	Capítulo	Programa	Subtítulo	Ítem	Asignación
16	09	01	21	02	001
16	09	01	22	08	999
16	09	01	22	07	002
16	09	01	22	08	007

Señale dentro de qué Política Ministerial se encuentra el programa descrito, y si este corresponde a algún compromiso contenido en el "Programa de Gobierno 2018-2022": En la Estrategia Nacional de Salud (ENS) para el 2010-2020 se aborda inicialmente y directamente en el Obj. Estratégico N°4 "Reducir la mortalidad-morbilidad, mejorar la salud de las personas, a lo largo del ciclo vital" que tiene como foco la necesidad de "Disminuir la mortalidad por suicidio abarcando a toda la población que pueda estar afectada por ideación, intento o suicidio propiamente tal. El 2013 se establece el Programa Nacional de Prevención del Suicidio: (Norma General Adm. N°027) que entrega las Orientaciones de Implementación para las SEREMIS de Salud de Chile, con los objetivos de instalar en estas y de forma paulatina, los componentes que han mostrado una mayor efectividad para la prevención del riesgo suicida, involucrar a los distintos sectores sociales y a la comunidad en la prevención del suicidio, contribuyendo así al logro de las metas de la ENS 2011-2020. Además se enmarca en el Plan Nacional de Salud Mental aprobado en la Resol. Ex. N°1286-2017, donde se establece el marco general de acciones de prevención en salud mental y donde específicamente, para efectos de la prevención del suicidio se establece: "en la Línea Intersectorial, Obj. Estratégico N°2: Elaborar e implementar planes de acción intersectoriales para dar respuesta a las necesidades en salud mental, particularmente para quienes los mecanismos habituales de atención, resultan insuficientes o incompatibles. Y desarrollando programas de capacitación intersectorial en temáticas comunes, tales como prevención del suicidio, entre otras". Con respecto al presente, el Programa de Gobierno plantea la necesidad de una "Cirugía mayor a la salud" en Bienestar y cultura de vida sana, punto 4°: Fortalecer los tratamientos de salud mental formando los profesionales adecuados y revisando los actuales protocolos de prevención y atención, a través de, la formación de equipos clínicos en el abordaje de la conducta suicida y del mejoramiento de los protocolos y procedimientos de manejo y gestión de estos casos.

¿El Programa descrito se vincula con un subsistema o conjunto articulado de programas de una determinada política pública?: Ninguno

Señale la Misión del Servicio o Institución Pública responsable del programa (acorde al Formulario A-1 Dirección de Presupuestos): La Subsecretaría de Salud Pública tiene como misión liderar las estrategias de salud que permitan mejorar la salud de la población ejerciendo las funciones reguladoras, normativas, de vigilancia y fiscalizadoras que al Estado de Chile le competen, en materia de promoción de la salud, prevención y control de enfermedades, alineados con las prioridades del programa de gobierno para el sector y a los objetivos sanitarios de la década, contribuyendo a un progreso sostenido en la calidad sanitaria y atención de los habitantes del país, asegurando un acceso oportuno y el respeto a la dignidad de las personas, con enfoque de género e inclusión social de grupos vulnerables, especialmente de personas en situación de discapacidad pueblos indígenas y migrantes.

Señale el/los objetivo/s estratégico/s de la institución responsable a los que se vincula el programa (acorde al Formulario A-1 Dirección de Presupuestos):

1. Profundizar el rol normativo y regulador de la Subsecretaría de Salud Pública a través del diseño y evaluación de estrategias de abordaje de problemas de salud considerando la promoción, detección precoz y hasta la recuperación, e incorporando la evaluación de las intervenciones con miras al mejoramiento del acceso, oportunidad, costo y calidad de los servicios, favoreciendo los derechos y garantías en salud.
2. Evaluar, formular y rediseñar las políticas públicas existentes, orientadas hacia una cultura de bienestar y calidad de vida, en áreas de promoción de estilos y hábitos de vida saludables; envejecimiento saludable; mayor acceso y disponibilidad de alimentos seguros y sanos; mayor cobertura de inmunizaciones; disminución del consumo de alcohol, tabaco y drogas; protección de la salud sexual y reproductiva; disminución de factores medio ambientales nocivos para la salud; acceso adecuado y uso racional de medicamentos.
3. Fortalecer el abordaje integral de las enfermedades no transmisibles y transmisibles, con énfasis en la salud sexual y reproductiva, reducción de la obesidad, y la salud mental, considerando acciones e intervenciones desde la prevención y promoción hasta la recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos, de manera de evitar el deterioro del bienestar de las personas en cada fase de la enfermedad

Identifique el marco normativo que regula al Programa, especificando Leyes, Decretos, Resoluciones, Bases, Convenios, detallando que contiene cada uno, su año de promulgación y cuáles son los aspectos regulados: El programa se sustenta en el DFL1, que crea la Autoridad Sanitaria, el Código Sanitario. Además, se sustenta particularmente en:

1. Resolución Exenta N°1286 de 2017 del Ministerio de Salud que aprueba el Plan Nacional de Salud Mental, el cual presenta una serie de estrategias sectoriales e intersectoriales, para la promoción de la salud mental y prevención de los trastornos mentales, y cuyo propósito es contribuir a mejorar la salud mental de las personas atención garantizada de salud mental e inclusión social, en el marco del modelo de salud Informe de detalle integral con enfoque familiar y comunitario.
2. Norma General Administrativa N° 27 de 2013, del Ministerio de Salud, sobre el Programa Nacional de Prevención del Suicidio, que tiene el

propósito de reducir la tasa de mortalidad por suicidio, en ambos sexos y cuyos objetivos son la instalación en cada región de los componentes que han mostrado una mayor efectividad para la prevención del riesgo suicida, involucrar a los distintos sectores sociales y a la comunidad en la prevención del suicidio y contribuir al logro de las metas de la Estrategia Nacional de Salud 2011-2020.

3. Resolución Exenta N° 296 de 2018 que aprueba el Modelo de Gestión de la Red Temática de Salud Mental en la Red General de Salud, el cual entrega las directrices para la organización y articulación de las acciones y relaciones entre los nodos y puntos de atención de la Red Temática de Salud Mental con la red de salud general; y los estándares de calidad que contemple la evaluación y mejora continua de su funcionamiento.

4. Resolución Exenta N° 374 de 2020 del Ministerio de Salud que aprueba la Comisión de Prevención de Suicidio, cuyo objetivo es ser una instancia de participación, coordinación, proposición y evaluación en la referida materia.

2. DIAGNÓSTICO

Problema principal que el programa busca resolver: Personas de 5 años y más presentan comportamiento suicida en el país.

Se considera a las personas 5 años o más, dado que este fenómeno no ocurre bajo esta edad o no debiera ser calificado como tal, en virtud de que los niños/as no comprenden previo a esta edad el fenómeno de la muerte y su irreversibilidad

Analice cómo ha evolucionado el problema o necesidad, identificando su variación desde que se inició la implementación del programa hasta la actualidad, presentando datos cuantitativos que permitan dimensionar esta evolución y la necesidad de un cambio de diseño. Asimismo, se debe caracterizar a la población afectada por el problema (población potencial), utilizando la fuente de información más actualizada e indicando si afecta de manera particular a algún grupo específico de la población (mujeres, pueblos indígenas, entre otros). Señale la fecha y fuente de información utilizada (Ej: CENSO, CASEN 2017, Registro Social de Hogares, etc.):

Según la Encuesta Nacional de Salud (ENS) 2016-2017 realizada a personas mayores de 18 años, el 2,2% de la población ha pensado alguna vez seriamente en suicidarse en los últimos 12 meses. En relación a la planificación suicida, el 1,5% refiere haber hecho un plan para suicidarse. Finalmente, el 0,7% refiere haber realizado un intento suicida, cabe destacar que es primera vez que se incorporan estas preguntas en la Encuesta.

Respecto de la muerte por suicidio, de acuerdo al Depto. de Estadísticas e Información en Salud (DEIS), si bien las tasas se han mantenido relativamente estables entre 2014 y 2017 entre los 20 y 65 años, correspondiente a 10,2 muertes cada 100.000 habitantes, las tasas en personas mayores ha mostrado un importante aumento, sobre todo en hombres (tasa por sobre 25 en mayores de 70 años y sobre 38 en mayores de 80 años, por 100.000 habitantes). Así mismo, y si bien las tasas de suicidio adolescentes y jóvenes han tendido a la baja, continúa siendo una de las primeras causas de muerte en este grupo etáreo. Se mantiene la razón de tasas de muerte por suicidio por sexo, con los hombres 4 veces mayores que las tasas de muerte para mujeres (3, 4 v/s 16 cada 100.000 habitantes.), en contraste con los intentos por suicidio que se observan mayormente en mujeres (ENS 2016-2017). Desde la perspectiva territorial, se observa que, en el año 2017 las regiones con las tasas más altas de mortalidad por suicidio son Los Lagos, Araucanía, Los Ríos y Maule, con tasas que superan a los 12 por 100 mil habitantes. Esto da cuenta de que no es un problema que ataca una población específica o edad en particular sino que va mutando con el tiempo. Por ello se considera a personas 5 años o más, dado que este fenómeno no ocurre bajo esta edad o no debiera ser calificado como tal, en virtud de que los niños/as no comprenden previo a esta edad el fenómeno de la muerte y su irreversibilidad (Zafartu, C., & Krämer, C. (2008). La muerte y los niños. Revista chilena de pediatría, 79(4), 393-397).

Desde el año 2015 el Programa se ha implementado en todos sus componentes en las regiones de Coquimbo, O'Higgins y Aysén. Es decir, se implementaron planes regionales, sistema de vigilancia, formación del personal, prevención en el ámbito educativo, sistema de ayuda en crisis y capacitación a medios de comunicación.

La priorización de estas 3 regiones corresponde a que al año 2012 estas zonas tenían tasas de suicidio (ajustadas por edad y sexo por 100 mil habitantes) mayores a las de la población general (10,1, 12,4, 13,2 respectivamente en comparación con 10 a nivel nacional). Desde el 2012 las tres regiones han logrado una disminución de sus tasas, con cifras al 2017 de 9,1, 10,5 y 10 para Coquimbo, O'Higgins y Aysén respectivamente, y Coquimbo logra mantenerse bajo la tasa nacional correspondiente a 9,2 por 100 mil habitantes, (DEIS, MINSAL 2020).

La reformulación del Programa comprenderá el problema de salud a todo el comportamiento suicida, entendiendo este como una diversidad de comportamientos que incluyen: pensar en el suicidio (o ideación suicida), planificar el suicidio, intentar el suicidio y morir por suicidio propiamente tal.

El comportamiento suicida es un fenómeno multicausal, asociado a factores de riesgo ambientales/sociales, familiares y del individuo. Entre los factores de riesgo que tanto la doctrina, la bibliografía internacional y la Organización Mundial de la Salud (OMS) reconocen, se encuentran:

Las dificultades para acceder a la atención de salud y recibir la asistencia necesaria, el sensacionalismo de los medios de difusión en lo concerniente a los suicidios, que aumenta el riesgo de imitación de actos suicidas. A nivel relacional la sensación de falta de apoyo social y los antecedentes familiares de suicidio, a nivel individual, cabe mencionar los intentos de suicidio previos, los trastornos mentales, el consumo nocivo de alcohol, historia de abuso y violencia y también se han identificado algunos grupos con mayor vulnerabilidad al comportamiento suicida, dado por situaciones de discriminación, como son la población LGBTI (Lesbiana, Gay, Bisexual, Transexual, Intersex), personas migrantes y pueblos indígenas. (Fuente: OMS 2014, Preventing suicide: a global imperative).

Este programa, netamente preventivo, buscará lograr su propósito a través de una estrategia planteada con actores estratégicos de las áreas que identifican los componentes (comunidad, salud, educación, y otras instituciones). Se entenderá por "actores estratégicos" a la comunidad en general y a funcionarios/as de instituciones públicas, privadas u ONGs, que están implicados de manera directa o indirectamente en la prevención del suicidio. Estos son: personal de salud, equipos educativos del Ministerio de Educación, funcionarios/as de SENAMA, SENAME, SENDA, entre otros sectores del Estado; periodistas y editores de medios de comunicación, encargados de seguridad de Centros Comerciales, dirigentes y líderes comunitarios.

A partir del problema o necesidad identificado, detalle la/s causa/s que generan dicha situación negativa, considerando aquellas causas que se relacionan al ámbito de acción de la institución responsable del programa y de la/s que el programa se hará cargo de resolver a través de los componentes de su estrategia de intervención. Señale la fecha y fuente de información utilizada: De acuerdo a lo señalado anteriormente, el fenómeno del suicidio es multicausal, y dentro de todas estas causas el Programa abordará:

- La falta de concientización de la comunidad de que el suicidio es prevenible y sobre la estigmatización de quienes buscan ayuda por comportamientos suicidas o problemas de salud mental en general y prestar apoyo social a los individuos vulnerables, a través del componente 1) Educación a la comunidad en comportamiento suicida

- La falta de competencias del personal de salud como de otros actores estratégicos de instituciones públicas, privadas u ONGs, que están implicados de manera directa o indirectamente en la prevención del suicidio. A través de los componentes 2) Formación del personal, 3) Formación de docentes y asistentes de la educación y 3) Formación de otros actores estratégicos.

Pese a los avances que han existido en la materia desde lo académico y de la consignación de la Organización Mundial de la Salud como un "imperativo global", fue necesario en paralelo crear una línea temática formal del Ministerio en esta materia dado que las formaciones de pregrado de las carreras de salud (incluso las de psiquiatría y psicología) no lo incluyen en su currículo de manera específica y es un tema que se ve superficialmente como parte de otras materias, ya sea en Salud Pública, Salud mental u otras. Y esto menos se ve en otras áreas profesionales como es en la formación de periodistas y educadores. (Esto puede ser visto accediendo a las mallas y programas de las distintas Universidades) Por ende, como consecuencia de esto, frente a esta delicada situación, no se cuenta con profesionales específicamente capacitados para trabajar esta materia y es necesarios, de acuerdo a la misión del Ministerio de Salud y los compromisos internacionales adquiridos, desarrollar una estrategia para reducir la brecha de formación y desarrollo de conciencia del intersector.

La capacitación a personal de primera línea como maestros, entrenadores, sacerdotes, personal de respuesta a emergencias, proveedores de atención médica primaria y urgente, y a otras personas de la comunidad relevantes en identificar a las personas que podrían estar en riesgo de suicidio y a responder de manera eficaz, e incluso facilitarles servicios de búsqueda de tratamiento y de apoyo, puede impactar positivamente en la disminución de las tasas de suicidio y los factores de riesgo relacionados (CDC, 2017. Prevención del suicidio: Paquete técnico de políticas, programas y prácticas).

El abordaje de estas causas de desarrollará en el marco de un Plan regional Intersectorial, al alero de las recomendaciones de OMS que define como clave en la prevención del comportamiento suicida la inclusión de diferentes actores del Estado y la sociedad civil, trascendiendo la labor de prevención del suicidio como exclusiva del sector Salud.

Según el problema o necesidad identificada, señale los efectos y/o consecuencias negativas que se espera evitar producto de la implementación del programa, tanto en el corto como en el largo plazo. Justifique su respuesta usando datos y evidencia empírica nacional o internacional: Cuando una persona se suicida, las personas cercanas también sufren, ya que produce una devastación emocional, social e incluso económica de familiares y amigos. Las reacciones más frecuentes en la familia, amistades, e incluso el equipo de salud tratante, son de culpa, vergüenza y remordimiento por no haber podido evitarlo. Este costo emocional también es experimentado por los familiares y amigos cuando la persona realiza un intento de suicidio. Así mismo también se debe tener en cuenta que el riesgo de suicidio aumenta considerablemente en familias y cercanos donde ya ha habido un suicidio.

Numerosos estudios efectuados en distintos países han demostrado que la mayoría de las personas que se suicidaron habían sido atendidas por un médico en el mes que antecedió a su muerte. Según una revisión sistemática (Bertolote JM. Prevención y control de la conducta suicida. En Rodríguez, J. (Ed) Salud mental en la comunidad Washington DC: Organización Panamericana de la Salud, 2009;285-297) más de un 83 % de los suicidios habían tenido contacto con un médico de atención primaria dentro del año de su muerte y más de un 66% dentro del mes. Observaron que no siempre el paciente expresó sus intenciones suicidas, o el médico pudo identificarla. A pesar de que los médicos están en una posición privilegiada para identificar y reducir los riesgos suicidas, en general, si no lo hacen es porque no han sido formados para eso (Man J, Apter A, Bertolote J. "Suicide Prevention Strategies, American Medical Association, 2005;294: 2064-2074). De este modo el efecto que busca evitar el programa es prevenir el comportamiento suicida.

De acuerdo con los efectos y/o consecuencias identificadas en la pregunta anterior, señale cuál es el costo fiscal que éstas generan, tanto en el corto como en el largo plazo. En caso de no contar con la valorización del costo fiscal, a modo de aproximación, especifique el detalle de los gastos asociados: Pero el suicidio también tiene costos económicos para las personas, las familias, las comunidades, los estados y la nación en general. Estos incluyen costos médicos para individuos y familias, pérdida de ingresos para familias y pérdida de productividad para empleadores. (Shepard, D. S., Gurewich, D., Lwin, A. K., Reed, G. A., Jr., & Silverman, M. M. (2015). Suicide and suicidal attempts in the United States: Costs and policy implications. *Suicide and Life-Threatening Behavior*).

Un estudio sobre costos e implicaciones de política sobre suicidio e intentos de suicidio en los Estados Unidos reveló lo siguiente: El costo promedio de un suicidio fue de U\$ 1,329,553. Más del 97% de este costo se debió a la pérdida de productividad. El 3% restante fueron costos asociados con el tratamiento médico. El costo total de suicidios e intentos de suicidio fue de U\$ 93.5 mil millones. Cada U\$ 1.00 gastado en intervenciones psicoterapéuticas e intervenciones que fortalecieron los vínculos entre los diferentes proveedores de atención ahorraron U\$ 2.50 en el costo de los suicidios (Shepard, D. S., Gurewich, D., Lwin, A. K., Reed, G. A., Jr., & Silverman, M. M. (2015). Suicide and suicidal attempts in the United States: Costs and policy implications. *Suicide and Life-Threatening Behavior*).

Justifique la solicitud de reformulación del programa, detallando los resultados positivos y negativos que ha logrado el programa con su intervención, para lo cual debe considerar la presentación de resultados de indicadores de desempeño y/o de evaluaciones realizadas anteriormente. Mencione las fuentes de información y fecha de los datos entregados: Luego de los recursos financieros conseguidos el inicio del Programa en el año 2015, se han presentado todos los años propuestas de expansión y reformulación. El año 2018 se buscó obtener más recursos e implementarlo en todo el territorio nacional, pero fue no aprobado en la discusión con DIPRES o parlamentaria y no han sido priorizados. Esto trajo como consecuencia una inconsistencia importante en el reporte del Programa y que la evaluación 2019 fuese negativa con observaciones sustanciales como por ejemplo que el programa presenta una baja cobertura 2019 (menor al 10%) respecto a la población potencial y a la población objetivo. Este tipo de observaciones se producen pues en la práctica lo que se evaluó no es lo que se realiza dado que pese a que se aprueba todos los años una versión mejorada del diseño, nunca se entregan los recursos en dotación y presupuesto para llevarlo a cabo.

Sin perjuicio de lo anterior, las 3 regiones en las que se ha implementado en su totalidad el programa, han logrado disminuir sus tasas ajustadas de suicidio por 100 mil habitantes, comparando el año 2012 con el 2017. Coquimbo de 10,1 a 9,1, O'Higgins de 12,4 a 10,5 y Aysén de 13,2 a 10 (DEIS, MINSAL 2020). Estas tres regiones, que son aquellas que cuentan con financiamiento para gestión del programa mantienen vigilancia de la conducta suicida, identifican a personas de riesgo, realizan acciones de educación a la comunidad, tienen servicios asistenciales capacitados e implementan estrategias intersectoriales de prevención de suicidio. (Datos DEIS, MINSAL). Según evaluación diciembre 2017 la cobertura del programa (Beneficiarios año t / población objetivo año t)*100 alcanzó 101%.

Además de las brechas de implementación integral del Programa en las demás regiones del país, aún queda la necesidad de estructurar y definir estándares para las instancias de formación, de manera de poder realizar análisis y comparaciones con mayor precisión. En esta línea, desde el año 2019 se implementa una estrategia integral de prevención de suicidio en establecimientos educacionales a lo largo de todo el país, a través de la realización de 3 módulos estructurados de formación, contando a la fecha con más de 1800 capacitados y casi 800 establecimientos.

Detalle los cambios y mejoras que se implementarán en el programa reformulado en comparación con el diseño anterior, es decir, mencione aquellos elementos del programa que serán modificados a partir de este nuevo diseño (Ej.: población potencial, componentes, estrategia de intervención, indicadores, etc.): La reformulación del Programa busca reparar las inconsistencias planteadas en evaluación de cierre 2019 por lo que se modificará completamente su diseño, para reportar lo que efectivamente se implementa.

Una de las modificaciones más importantes es clarificar que los beneficiarios directos del Programa no son las personas con comportamiento suicida, si no que actores estratégicos de instituciones públicas, privadas u ONGs, que están implicados de manera directa o indirectamente en la prevención del comportamiento suicida, como son el personal de salud, equipos educativos del Ministerio de Educación, funcionarios/as de SENAMA, SENAME, SENDA, periodistas y editores de medios de comunicación entre otros. Así también incluye estrategias de promoción universal, a través del desarrollo de acciones de educación a la comunidad con foco en adolescentes, jóvenes y persona mayores.

Se elimina componente de "Ayuda en crisis y medios de comunicación" y más bien se incorporan como un actor estratégico más a formar. Se genera componente sobre educación a la comunidad, que antes estaba incluido en el de planes intersectoriales el cual también se elimina. Continúan manteniéndose por separado los componentes de formación a personas y actores estratégicos .y el de prevención en el ámbito escolar, ahora focalizados en los actores que son formados en comportamiento suicida.

Para el año 2021 se continuará con la priorización de las 3 regiones, ya que en estas existe recurso humano para la gestión financiado por el Programa, esperando aumentar las regiones de focalización para el año 2021.

Proporcione evidencia de experiencias nacionales y/o internacionales (proyectos, programas, intervenciones, estudios, etc. y sus resultados) que permitan justificar este nuevo diseño (reformulación) y avalar la pertinencia de este tipo de intervención en la solución del problema identificado. Mencione las fuentes de información y fecha de los datos entregados: La formación de otros actores de primera línea como maestros, cuidadores, entrenadores, sacerdotes, otras personas de la comunidad en identificar a las personas que podrían estar en riesgo de suicidio y a responder de manera eficaz, e incluso facilitarles servicios de búsqueda de tratamiento y de apoyo. puede impactar positivamente en la disminución de las tasas de suicidio y los factores de riesgo relacionados (CDC, 2017. Prevención del suicidio: Paquete técnico de políticas, programas y prácticas).

Los trastornos mentales y la búsqueda de ayuda son objeto de estigmatización y actitudes negativas por parte de la población, por lo que las campañas de sensibilización procuran reducir el estigma relacionado con los trastornos mentales y la búsqueda de ayuda relacionada con el suicidio y aumentar el acceso a la atención. Los datos científicos que vinculan las campañas de sensibilización a una reducción del suicidio son pocos, pero muestran una repercusión positiva sobre las actitudes de la comunidad aumentando las posibilidades de diálogo público sobre estos temas. Las campañas eficaces de sensibilización en materia de salud mental se centran en solo uno o dos trastornos y usan diferentes tipos de exposición (por ejemplo, televisión, prensa, Internet, redes sociales, carteles) para reforzar los mensajes, adaptarlos apropiadamente, combinar varias estrategias y organizar a nivel local programas dirigidos a poblaciones específicas (Matsubayash T, Sawada Y, Ueda M. The effect of public awareness campaigns on suicides: evidence from Nagoya, Japan. *J Affect Disord.* 2014;152-154:526-9. doi: 10.1016/j.jad.2013.09.007.

63. Reynders A, Kerkhof AJ, Molenberghs G, Van Audenhove C. Attitudes and stigma in relation to help-seeking intentions for psychological problems in low and high suicide rate regions. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2014;49(2):231-9. doi:10.1007/s00127-013-0745-4.62, 63). Por lo anterior, se continuará con las estrategias de educación a la comunidad. El Proyecto SEYLE: Saving and Empowering Young Lives in Europe, programa de concientización en materia de salud mental y prevención de suicidio, observó que los adolescentes participantes en comparados con los participantes en la intervención mínima, tenían tasas significativamente menores de ideación suicida y de planes e intentos de suicidio graves al cabo de 12 meses.

Las estrategias estructuradas de prevención en las escuelas parecen ser efectivas y requieren de la formación de toda la comunidad educativa (Katz C, et al. 2013), por lo que se continuará con la formación de docentes y asistentes de la educación . Existe evidencia de que la capacitación del equipo médico, la identificación de personas en riesgo y la provisión de tratamientos efectivos tiene un impacto positivo en la reducción de las tasas de suicidio y sus factores de riesgo por lo que se aumentarán los esfuerzos en esta área. (Mann JJet al. 2005, Stone, D.M., Holland, K.M., Bartholow, B., Crosby, A.E., Davis, S., and Wilkins, N. (2017). Preventing Suicide: A Technical Package of Policies, Programs, and Practices. Atlanta, GA: National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention.).

Un programa con componentes múltiples que apunta a los trastornos depresivos en Nüremberg, Alemania, logró una reducción significativa de la conducta suicida en más del 20% El programa constaba de cuatro intervenciones diferentes, a saber: una campaña de relaciones públicas dirigida al público en general; la capacitación de facilitadores de la comunidad, entre ellos docentes, periodistas y policías; la capacitación de los médicos generales; y apoyo a los pacientes y sus familiares. Esta intervención polifacética ahora ha sido aplicada por la Alianza Europea contra la Depresión, que comprende a asociados de 17 países. Hegerl U, Rummel-Kluge C, Värnik A, Arensman E, Koburger N. Alliances against depression- a community based approach to target depression and to prevent suicidal behaviour. *Neurosci Biobehav Rev.* 2013;37(10):2404-9., Hegerl U, Network EAAD. The European Alliance Against Depression (EAAD): an evidence based cost-effective approach to improve depressed patients care and prevent suicidality. *Eur Psychiatry.* 2009;24:164.

3. OBJETIVO Y FOCALIZACIÓN

3.1) Objetivo

Fin del programa: Contribuir a mejorar la salud mental de las personas.

Propósito del programa: Contribuir a disminuir el comportamiento suicida en personas de 5 años o más.

3.2) Población potencial

Descripción: La población potencial del programa corresponde a personas del país de 5 años o más con comportamiento suicida.

Para su cálculo se consideró la categoría más abarcativa de comportamiento suicida que corresponde al 2,2% de personas con ideación suicida según Encuesta Nacional de Salud).

Incluye a personas 5 años o más, dado que este fenómeno no ocurre bajo esta edad o no debiera ser calificado como tal, según información entregada en diagnóstico.

Unidad de medida: Personas

Cuantifique la población potencial para el año 2021, en base a la unidad de medida señalada anteriormente: 406988

Fuente de información utilizada para cuantificar la población dada: Proyección población nacional 2021 en Base a Censo 2017 (Población General 5 años o más) Encuesta Nacional de Salud

3.3) Población objetivo

Descripción: La población objetivo, caracterizada de la misma manera que la población potencial, corresponde a personas del país mayor de 5 años o más con comportamiento suicida de las regiones de Coquimbo, Ohiggins y Aysén.

Estas tres regiones son priorizadas porque al 2012, cuando se inicia el programa, estas zonas tenían tasas de suicidio mayores a las de la población general y por esto también cuentan con refuerzo en SEREMI de Salud para la gestión a través del programa.

Igualmente, los componentes de formación del personal de salud y formación a docentes y asistentes de educación en prevención de suicidio se implementan en todas las regiones del país. Y en las regiones priorizadas se implementan todos los componentes, ya que estas regiones cuentan con la capacidad de gestión necesarias.

Se espera incorporar a partir del año 2022 6 regiones más, de acuerdo a aquellas que tienen mayores tasas de suicidio y por razones técnicas, de manera de avanzar progresivamente el resto de las regiones para la implementación de la totalidad de los componentes en cada una de ellas.

¿Se utiliza el Registro Social de Hogares (RSH) para seleccionar a los beneficiarios?: No

	2020	2021	2022	2023
Población objetivo	16.865	40.505	40.505	40.505

4.1) Estrategia

El programa presenta 4 componentes.

Nombre	Descripción
<p>Educación a la comunidad en comportamiento suicida Capacitaciones / Cursos / Charlas (Cursos, charlas y talleres)</p>	<p>Objetivo: Potenciar en la conciencia pública la noción de que el suicidio es prevenible, disminuir el estigma asociado a las personas con comportamiento suicida, conocer sobre los mitos, señales de alerta, factores y grupos de riesgo del comportamiento suicida, fortalecer la ayuda mutua, y la valorización de la búsqueda de ayuda y donde encontrarla, entre otros aspectos.</p> <p>Bien o servicio:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Material de difusión (trípticos, flyers, poster) 2. Espacios de educación en medios de comunicación radiales, televisivos o digitales 3. Sesiones educativas a grupos específicos como consejos consultivos de adolescentes, jóvenes y personas mayores, consejos asesores regionales y de los servicios de salud. Estas sesiones se realizan en espacios comunitarios, municipales o del sector salud y están orientadas a educar sobre señales de alerta, factores y grupos de riesgo, como ayudar a alguien con ideas suicidas y donde buscar ayuda. No tienen cupos predeterminados, se espera mas de 15 participantes por sesión y capacidad del lugar. <p>Población: Población en general de regiones priorizadas, Coquimbo, O'Higgins, Aysén.</p> <p>Modalidad: Spot publicitarios en TV, radios, o medios escritos o sociales, entrega de material de difusión, charlas presenciales o virtuales.</p> <p>Tiempo: Todo lo anterior se desarrolla en el marco de la planificación anual de prevención de suicidio y por lo tanto los tiempos difieren de acuerdo a la estrategia. Por ejemplo una campaña comunicacional a través de la entrega de trípticos en espacios comunitarios puede durar 1 semana o 1 mes. Las charlas a grupos específicos duran aproximadamente dos horas y la cantidad dependerá de las necesidades detetadas por cada región y plasmadas en el plan regional.</p> <p>Meta de producción año 2021: 40.505 Personas de la comunidad educadas en prevención del comportamiento suicida.</p> <p>Gasto por componente 2021(\$miles) : 6.000</p>
<p>Formación del personal de salud Capacitaciones / Cursos / Charlas (Cursos, charlas y talleres)</p>	<p>Objetivo: Que el personal de salud cuente con las competencias y herramientas técnicas necesarias para abordar de manera oportuna y efectiva el comportamiento suicida.</p> <p>Bien o servicio: instancias de capacitación en comportamiento suicida. Las temáticas de formación principales son: detección riesgo suicida, evaluación riesgo, manejo terapéutico, seguimiento de usuarios, construcción y difusión de protocolos de referencia y contrareferencia, entre otros.</p> <p>Población: personal de salud de diferentes niveles y dispositivos de la red asistencial, con énfasis en la Atención Primaria, servicios de urgencia y equipos terapéuticos del nivel de especialidad.</p> <p>Modalidad: Estas instancias de capacitación pueden ser presenciales o remotas, dependiendo de la evolución de la pandemia y las herramientas de capacitación propias de cada SEREMI y Servicio de Salud. Pueden realizadas directamente por SEREMI y Servicio de Salud, como también pueden gestionarse con instituciones o personas capacitadoras.</p> <p>Tiempo: Todo lo anterior en el marco de la planificación anual de prevención de suicidio- El estándar sobre modalidad, cupos y tiempos de capacitación del personal de salud, aún no ha sido definido. Esto se trabajará desde el nivel central, de manera de contar con directrices el próximo año.</p> <p>Meta de producción año 2021: 1.200 Personal de salud formado</p> <p>Gasto por componente 2021(\$miles) : 14.000</p>

Nombre	Descripción
<p>Formación a docentes y asistentes de educación en prevención de suicidio Capacitaciones / Cursos / Charlas (Capacitación general)</p>	<p>Objetivo: Que docentes y asistentes de la educación cuenten con conocimientos y competencias necesarias para prevenir, detectar y abordar oportunamente el comportamiento suicida en la comunidad educativa.</p> <p>Bien o servicio: instancias de educación y formación sobre alfabetización en salud mental, sensibilización y educación sobre suicidio, identificación de señales de alerta, evaluación de riesgo, primera respuesta y derivación.</p> <p>Población: docentes y asistentes de la educación de establecimientos educacionales públicos y privados de todo el país.</p> <p>Modalidad de producción: Estas instancias de capacitación, pueden ser presenciales o remotas y se encuentran estructuradas en módulos de formación. Son planificadas de manera conjunta con el sector Educación a nivel territorial. Incluye también el desarrollo e impresión de materiales para la formación.</p> <p>Tiempo: Todo lo anterior en el marco de la planificación anual de prevención de suicidio. La duración mínima de un curso de formación es de 12 hrs.(3 módulos de 4 horas cada uno), y se realiza al menos un curso de capacitación con un máximo de 60 personas, una vez al año por región. Cada año se incorporan los establecimientos educacionales de una comuna más por región, y dado que la cantidad de establecimientos por comuna es diferente de una a otra, varía el total de capacitaciones que se debe realizar por región.</p> <p>Meta de producción año 2021: 1.800 Docentes y asistentes de la educación formados</p> <p>Gasto por componente 2021(\$miles) : 14.000</p>
<p>Formación a otros actores estratégicos en prevención de suicidio Capacitaciones / Cursos / Charlas (Capacitación general)</p>	<p>Objetivo: Que actores estratégicos cuenten con conocimientos y competencias necesarias para prevenir, detectar y abordar oportunamente el comportamiento suicida.</p> <p>Bien o servicio: instancias de educación y formación en prevención de suicidio, en reconocimiento de señales de alerta, factores y grupos de riesgo, evaluación del riesgo, primera respuesta y derivación oportuna.</p> <p>Población: Otros actores estratégicos del intersector y de la sociedad civil como son: personal de SENAME, GENCHI, SENDA de atención directa a usuarios, instituciones privadas, ONGs, periodistas y editores de medios de comunicación. y otros actores definidos en el plan regional intersectorial de prevención de suicidio, de las regiones con refuerzo de recurso humano por el Programa.</p> <p>Modalidad de producción: Estas instancias de capacitación, pueden ser presenciales o remotas. Así mismo pueden ser realizadas directamente por SEREMI como también pueden gestionarse con instituciones o personas capacitadoras. Incluye también el desarrollo e impresión de materiales para la educación. Para el año 2021 se espera al menos la realización de dos instancias de formación por región a un mínimo de 15 personas. Considerando un total de 30 personas capacitadas en las tres regiones priorizadas.</p> <p>Tiempo: Todo lo anterior en el marco de la planificación anual de prevención de suicidio. El estándar sobre modalidad y tiempos de capacitación de estos actores, aún no ha sido definido. Esto se trabajará desde el nivel central, de manera de contar con directrices el próximo año.</p> <p>Meta de producción año 2021: 90 Actores Estratégicos Formados en regiones con refuerzo de recurso humano por el Programa</p> <p>Gasto por componente 2021(\$miles) : 6.000</p>

Estrategia de intervención: Cada región desarrolla una planificación anual intersectorial de implementación de las diferentes estrategias de prevención del comportamiento suicida, definidas por el Programa Nacional de Prevención de Suicidio, en función de la evidencia internacional y recomendaciones OMS. El plan regional intersectorial es liderado por las SEREMI de Salud en coordinación los Servicios de Salud, el intersector y otros. En este plan se enmarca el desarrollo de los componentes de este Programa, cuyo propósito es contribuir a disminuir el comportamiento suicida en la población de 5 años o más.

El Plan Regional se realiza en base a un diagnóstico de necesidades de formación y de acciones a realizar en virtud de los análisis del sistema de vigilancia de suicidios e intentos de cada región. Los sistemas de vigilancia, implementados de manera rudimentaria y herógena en cada región,

se nutren principalmente de la notificaciones de intentos de suicidio desde las urgencias y suicidio del Servicio Médico Legal, y permite realizar un análisis de diferentes variables (edad, sexo, nivel educacional, presencia de patología mental, entre otras) permitiendo la definición de perfiles de riesgo que requieren mayor focalización en estrategias de prevención.

El desarrollo de los componentes del programa es de manera paralela, pero al mismo tiempo se complementan entre sí. El componente 1) de educación a la a la población general, fomentará, entre otras cosas la detección de señales de alerta y la búsqueda de ayuda de la población, por lo que los profesionales del sector salud deben contar con las competencias para abordar de manera efectiva el comportamiento suicida (componente 2). Luego, considerando lo multifactorial del fenómeno del suicidio y la importancia de diferentes sectores en su prevención, el componente 3) desarrolla instancias de formación dirigidas a docentes y asistentes de la educación, orientadas a la implementación por parte de estos de una estrategia integral de prevención de suicidio en el ámbito educativo. Así mismo el componente 4) desarrolla instancias de educación y formación dirigidas otros actores del intersector y sociedad civil que han sido definidos como relevantes por la región, como son: funcionarios de SENAME, GENCHI y SENDA y a otros actores estratégicos entendidos como funcionarios de instituciones público y privadas u ONGs, que están implicados de manera directa o indirectamente en la prevención del comportamiento suicida.. El componente 3) se vincula con el componente 2), ya que la identificación de estudiantes en riesgo en los establecimientos educacionales, como uno de los focos de la formación, deben ser derivados a los establecimientos de salud para su atención por profesionales "competentes" en el abordaje del comportamiento suicida. Lo mismo ocurre con los procesos de detección y derivación a establecimientos de salud de niños, niñas y adolescentes de SENAME, o personas en tratamiento de consumo problemático en programas de SENDA, entre otros actores estratégicos derivantes a los servicios de salud, donde se encuentra el personal formado en comportamiento suicida. Para los procesos de derivación, se construyen protocolos intersectoriales, los cuáles de adaptan localmente y definen entre los establecimientos de salud y los centros territoriales que realizan derivaciones. La formación a los medios de comunicación, como otro actor estratégico(componente 4), también es fundamental para que los mensajes sobre el suicidio sean seguros, no generen imitación, eduquen a la población y promuevan la búsqueda de ayuda en los establecimientos de salud por profesionales competentes (componentes 2).

Tiempo de duración del ciclo de intervención del programa: Indique en cuántos meses/años promedio egresarán los beneficiarios del programa: 1 año

Criterios de egreso: Cada vez que un actor estratégico concluye su capacitación deberá egresar, sin perjuicio que en un siguiente año pueda ingresar nuevamente al programa, en tanto actor sujeto de formación.

¿Pueden los beneficiarios acceder más de una vez al programa?: Si, La planificación de las acciones de formación del programa son anuales. En un siguiente año, las personas formadas pueden ser sujetos de formación nuevamente, considerando la modificación o énfasis de temáticas asociadas al comportamiento suicida

Identifique si el programa atiende un riesgo potencial y por lo tanto es de carácter "preventivo", (como por ejemplo, programas que previenen la deserción escolar, o que proporcionan seguros ante distintos eventos) o bien, atiende o da solución a un problema ya existente (como por ejemplo programas que atienden a escolares que ya han desertado del sistema escolar): Si, atiende el riesgo potencial de suicidio de manera indirecta, ya que disminuyendo el comportamiento suicida podrán evitar que las personas se suiciden. El riesgo de morir por suicidio, es abordado a través del personal de salud capacitado (componente 2), como también por funcionarios del intersector y otros actores estratégicos que detectan y entregan una primera respuesta frente al riesgo suicida (componente 3). Así también la disponibilidad de información a la comunidad sobre recursos que activar en caso de comportamiento suicida propio o de terceros, también permite prevenir el riesgo de suicidio (componente 1). Dado lo anterior el programa es de carácter preventivo

Identifique si el programa incorpora en su intervención, al hogar/familia/cuidadores del beneficiario, (por ejemplo, la intervención a un niño o niña que incorpore a sus padres, sus hermanos, sus cuidadores, o a su familia). Describa el modo y las instancias en las que se incorpora este enfoque en la estrategia del programa: El primer componente del programa sobre educación a la comunidad incluye a la familia, y entrega información para que esta pueda apoyar a uno de sus miembros con comportamiento suicida.

4.2) Ejecutores, articulaciones y complementariedades

Ejecución: El programa es ejecutado por terceros.

Nombre	Tipo de institución	Nivel	Rol de la institución	Mecanismos
Subsecretaría de Redes Asistenciales	Subsecretaría, Servicio o Institución Pública del Nivel Central	Componente	Esta es la encargada de la Coordinación de la Red Asistencial a través de la División de Gestión de Redes, y de la Coordinación de la Atención Primaria de Salud a través de la DIVAP, para la implementación de todos los componentes del Programa. Los componentes de mayor participación son el de formación al personal de salud, identificando brechas de capacitación y coordinando las instancias de formación del personal en conjunto con la SEREMI.	Es apoyo establecido por ley en la definición de roles de cada Subsecretaría. Los componentes se ejecutan desde las Seremis de Salud que son propias de la SSP pero también desde la atención primaria que es coordinada por la SRA.

Nombre	Tipo de institución	Nivel	Rol de la institución	Mecanismos
Subsecretaría de Redes Asistenciales	Subsecretaría, Servicio o Institución Pública del Nivel Regional	Componente	También apoya la realización del componente 3) respecto de la formación de actores claves, principalmente a través del desarrollo de protocolos de derivación y gestión de casos desde instituciones del intersector. Así mismo la SEREMI de Salud aprovecha los Consejos Consultivo de los Servicios de Salud para realizar las acciones de educación a la comunidad (componente 1)	Es apoyo establecido por ley en la definición de roles de cada Subsecretaría. Los componentes se ejecutan desde las Seremis de Salud que son propias de la SSP pero también desde los establecimientos de atención primaria de especialidad que son coordinados por la SRA.

Articulaciones: El programa se articula con otras instituciones.

Nombre	Tipo de institución	Especifique tipo de institución	Descripción de la articulación
MINEDUC	Subsecretaría, Servicio o Institución Pública del Nivel Regional	Ministerio de Educación	El Programa se articula con MINEDUC a nivel nacional (MINSAL-MINEDUC), regional (SEREMIS) y local (municipios, CESFAM, sostenedores) para la implementación coordinada de los lineamientos de MINSAL ?Recomendaciones para la Prevención de la Conducta Suicida en Establecimientos Educativos?, lo que se desarrolla a través de asesorías, capacitaciones, coordinaciones periódicas, firmas de convenios, desarrollo de protocolos, gestión de casos, traspaso de información, etc.
Servicio Nacional de Menores	Subsecretaría, Servicio o Institución Pública del Nivel Regional	Servicio	El Programa se articula con MINEDUC a nivel nacional (MINSAL-MINEDUC), regional (SEREMIS) y local (municipios, CESFAM, sostenedores) para la implementación coordinada de los lineamientos de MINSAL ?Recomendaciones para la Prevención de la Conducta Suicida en Establecimientos Educativos?, lo que se desarrolla a través de asesorías, capacitaciones, coordinaciones periódicas, firmas de convenios, desarrollo de protocolos, gestión de casos, traspaso de información, etc.

Nombre	Tipo de institución	Especifique tipo de institución	Descripción de la articulación
Gendarmería de Chile	Subsecretaría, Servicio o Institución Pública del Nivel Regional	Servicio	En el marco del Plan regional Intersectorial, SEREMI se articula con GENCHI para fortalecer la competencias de los profesionales de unidades penales y otros programas de GENCHI, respecto de la detección y manejo del comportamiento suicida, planificando instancias presenciales o remotas (en actualización por la pandemia).
SENDA	Subsecretaría, Servicio o Institución Pública del Nivel Regional	Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol	En el marco del Plan regional Intersectorial, SEREMI se articula con SENDA para fortalecer la competencias de los profesionales y técnicos de los programas de prevención y tratamiento asociados al consumo de drogas, respecto de la detección y manejo del comportamiento suicida, planificando instancias presenciales o remotas (en actualización por la pandemia).

Complementariedades Internas: El programa no se complementa con programa(s) o intervención(es) de la misma Institución o Servicio Público.

Complementariedades Externas: El programa no se complementa con programa(s) o intervención(es) de otra(s) Institución(es) o Servicio(s) Público(s).

4.3) Enfoque de Derechos Humanos

Enfoques y/o perspectivas	¿Incorpora o no?	¿En qué etapas se incorpora?	Justificación de la no incorporación del enfoque o perspectiva
Género	Si	En la ejecución del programa, a través de cada una de las instancias de educación y formación en comportamientos suicida a la comunidad como a actores estratégicos incorporará el comportamiento del fenómeno de acuerdo al género y la consideración particular de aquellos grupos que presenten las mayores tasas de intentos y de muertes por suicidio, como la población LGTBI.	
Pueblos indígenas	Si	En la ejecución del programa, a través de cada una de las instancias de educación y formación en comportamientos suicida a la comunidad como a actores estratégicos incorporará el comportamiento del fenómeno de acuerdo a los pueblos indígenas, así también se fomentará la inclusión en las estrategias de formación generales de salud mental y pueblos indígenas la temática de suicidio y su prevención. Estas estrategias incluyen el desarrollo de competencias y habilidades en los equipos de salud, intervenciones preventivas en entornos comunitarios y familiares, rondas de conversación entre abuelos, padres e hijos para estimular el afecto e identificar factores protectores asociados a la cultura y prevenir problemas.	

Enfoques y/o perspectivas	¿Incorpora o no?	¿En qué etapas se incorpora?	Justificación de la no incorporación del enfoque o perspectiva
Pertinencia territorial	Si	La implementación del programa es territorial porque se busca relevar las las necesidades del territorio y la consideración de los factores de riesgo y protectores específicos de cada región para la planificación de instancias de formación.	
Niños, niñas y adolescentes (NNA)	Si	El componente 3) incluye instancias de formación a docentes y asistentes de la educación de establecimientos educacional. Formación que tiene como objetivo principal la prevención del suicidio en niños, niñas y adolescentes, a través de acciones de promoción y prevención en salud mental, así como también del manejo de casos en riesgo y de los suicidios consumados para evitar el contagio. Por otra parte, otro actor estratégico (componente 4) corresponde al SENAME, institución a cargo de la protección de niños, niñas y adolescentes con vulneración de derechos y adolescentes que han infringido la ley.	
Discapacidad	Si	La situación de discapacidad psíquica es uno de los factores de riesgo más importantes asociados al comportamiento suicida. Incorpora este factor de riesgo como parte de la ejecución del programa, en la formación de la comunidad y actores estratégicos en cada uno de los componentes, al relevar la identificación de signos de alerta y abordaje oportuno de cuadros como la depresión, consumo problemático de drogas y esquizofrenia.	
Migrantes	Si	Cada una de las instancias de educación y formación en comportamientos suicida a la comunidad como a actores estratégicos incorporará la educación sobre grupos de riesgo, entre estos los que se encuentran en situación migratoria, así también se fomentará la inclusión en las estrategias de formación generales de salud mental y migrantes la temática de suicidio y su prevención	
Otra condición	No		

4.4) Participación Ciudadana y Transparencia Pública

Mecanismos de participación ciudadana: Si

- Otros

Descripción: Como parte de las actividades del Programa, en el componente 1) se considera la incorporación de la temática de prevención de suicidio en instancias de participación coordinadas por el Servicio de Salud, SEREMI o gobierno regional como son los consejos asesores regionales, consejos consultivos de los Servicios de Salud y consejos consultivos de adolescentes.

Mecanismos de participación y transparencia pública: Si

- Rendición de gastos ejecutados, o de la implementación mensual/trimestral/ semestral o anual del programa

Descripción: Evaluación de monitoreo y seguimiento por MDSF.

5. INDICADORES

5.1) Indicadores

Indicadores a nivel de Propósito:

Nombre del Indicador	Fórmula de Cálculo	Metodología y definiciones conceptuales	2020 (Situación actual)	2021 (Con programa)	2022 (Con programa)
Tasa de muertes por suicidios	Sumatoria(N° muertes por suicidio población 5 años o mas en el año t)/Sumatoria (N° total de habitantes 5 años o más en año t)) *100.000 Fuente de información: DEIS MINSAL	para numerador se consideran las muertes por lesiones autoinflingidas, envenamiento y otras validadas por el Servicio Médico Legal y DEIS como suicidio y en el denominador, la población total (5 años o más) al período de medición. Todo lo anterior, se multiplica por 100.000	0,10	1,04	1,03
Porcentaje de SEREMIs que implementan anualmente el total de los componentes del Programa	(N° de SEREMI que implementan el total de los componentes del Programa en año t/Total de SEREMIs de Salud)*100 Fuente de información: DEIS	El numerador se calcula en base al reporte trimestral que realizan las SEREMIs de Salud sobre la ejecución de los diferentes componentes del Programa y el denominador considera el total de SEREMIs de Salud del país	19,00%	19,00%	56,00%

Mencione para cuáles de los indicadores se encuentra centralizada la información y describa los instrumentos utilizados para su recolección y cuantificación: Ninguno de los indicadores se encuentra centralizado, si no que en cada una de las SEREMIs del país y el levantamiento de la información para su cálculo se realiza de manera trimestral a través de el sistema de seguimiento de la implementación del Programa, que corresponde a una planilla excel de autollenado en drive.

Señale la evidencia que le permitió definir la situación actual y proyectada de los indicadores: Se realiza en base a la información del año 2019 reportada anualmente por SEREMIs de Salud en relación a la ejecución de los diferentes componentes del Programa, considerando que las 3 regiones que tienen refuerzo de recurso humano son aquellas que al menos deben formar a más de 3 actores estratégicos (indicador 1) e implementar el total de componentes (indicador 2).

Indicadores a nivel de Componentes:

Nombre del Indicador	Fórmula de Cálculo	Metodología y definiciones conceptuales	2020 (Situación actual)	2021 (Con programa)	2022 (Con programa)
Porcentaje de SEREMIs que incorporan en su Plan Regional anual al menos 2 estrategias de educación a la comunidad en comportamiento suicida	(N° de SEREMIs que incorporan en su Plan Regional al menos 2 estrategias de educación a la comunidad en comportamiento suicida en año t/ N° de SEREMIs del país)*100 Fuente de información: Reporte trimestral del Programa	De manera trimestral cada SEREMI de Salud da cuenta de la ejecución del Programa. Al menos las SEREMIs con recurso humano para la gestión del Programa deben realizar estrategias de educación a la comunidad (Spot publicitarios en TV, radios, o medios escritos o sociales, entrega de material de difusión, charlas presenciales o virtuales, entre otras). Para el año 2022, en caso de tener nuevas SEREMIs con refuerzo de recurso humano, se espera implemente el desarrollo de dichas estrategias.	19,00%	19,00%	56,00%

Nombre del Indicador	Fórmula de Cálculo	Metodología y definiciones conceptuales	2020 (Situación actual)	2021 (Con programa)	2022 (Con programa)
Porcentaje de SEREMI de Salud que establece brecha de formación de personal de salud en comportamiento suicida	(N ^o de SEREMI de Salud que establece brecha de formación de personal de salud en comportamiento suicida en año t/ N ^o de SEREMI de Salud)*100 Fuente de información: Reporte trimestral del Programa	De manera de poder realizar con mayor certeza las metas de producción de este componente, cada SEREMI debiera identificar la brecha de capacitación a partir de la construcción de una línea base de personal de Salud capacitable. Para el año 2022, en caso de tener nuevas SEREMIs con refuerzo de recurso humano, se espera mayor capacidad para realizar este análisis de brecha.	19,00%	19,00%	56,00%
Porcentaje de establecimientos educacionales del país con al menos 1 docente o asistentes de la educación formado en comportamiento suicida según estrategia MINSAL (componente 3)	(N ^o total de establecimientos educacionales del país con al menos 1 docente o asistentes de la educación formado en comportamiento suicida según estrategia MINSAL en el año t/ N ^o total establecimientos educacionales del país)*100 Fuente de información: reporte trimestral del programa	El numerador se establece a partir del número de establecimientos educacionales formados por cada región y el reporte de esto a través del reporte trimestral del Programa. El denominador se establece a partir de los registros de DEIS. Para el 2021, se considera contexto pandemia	7,00%	9,00%	13,00%
Porcentaje de SEREMIS que incorporan en su Plan Regional anual al menos 2 instancias de formación d en comportamiento suicida a "otros actores estratégicos"	(N ^o de SEREMIS que incorporan en su Plan Regional anual al menos 2 instancias de formación en comportamiento suicida a otros actores estratégicos en año t/ N ^o de SEREMIS del país)*100 Fuente de información: Reporte trimestral del Programa	De manera trimestral cada SEREMI de Salud da cuenta de la ejecución del Programa. Al menos las SEREMIS con recurso humano de refuerzo deben realizar formación a "otros actores estratégicos". Para el año 2022, en caso de tener nuevas SEREMIs con refuerzo de recurso humano, se espera implementen el desarrollo de dichas instancias	19,00%	19,00%	56,00%

Mencione para cuáles de los indicadores se encuentra centralizada la información y describa los instrumentos utilizados para su recolección y cuantificación: Ninguno de los indicadores se encuentra centralizado, si no que en cada una de las SEREMIs del país y el levantamiento de la información para su cálculo se realiza de manera trimestral a través de el sistema de seguimiento de la implementación del Programa, que corresponde a una planilla excel de autollenado en drive.

Señale la evidencia que le permitió definir la situación actual y proyectada de los indicadores: C1: se realiza en base a la información del año 2019 reportada anualmente por SEREMIs de Salud en relación a la ejecución de los diferentes componentes del Programa.

C2: se realiza en base a la información del año 2019 reportada anualmente por SEREMIs de Salud en relación a la ejecución de los diferentes componentes del Programa,

C3: en función de plan de implementación del programa en establecimientos educacionales y a la circular del 20/06/2018 de la Súper de Educación que mandata a establecimientos educativos a implementar acciones de prevención de suicidio.

C4: se realiza en base a la información del año 2019 reportada anualmente por SEREMIs de Salud en relación a la ejecución de los diferentes componentes del Programa,

5.2) Sistemas de información del programa

¿El Servicio o la institución responsable, cuenta con sistemas de información que permitan identificar beneficiarios (RUT, RBD, Datos de Contacto, etc.)? Si su respuesta es afirmativa, descríbalos. Indique además si esta información se encuentra digitalizada y centralizada en una base de datos: No existen sistemas de información para la identificación de beneficiarios. Cada SEREMI registra en listas de asistencia de personas a instancias de formación y reporta al nivel central el total de personas formadas en planilla de drive de registro trimestral del Programa.

6. PRESUPUESTO

6.1) Gastos

Componente	Gasto (M\$)	Detalle
Educación a la comunidad en comportamiento suicida	6.000	Continuidad del financiamiento de acciones de información y educación a la población a través de la impresión de material diseñado para ello, desarrollo y emisión de frases radiales y publicaciones redes sociales
Formación del personal de salud	14.000	Continuidad de financiamiento de actividades de transferencia de competencias para personal de salud respecto a temática del Programa Considera el arriendo de salones, servicios de alimentación y relatoría por parte de expertos en caso de que se requiera
Formación a docentes y asistentes de educación en prevención de suicidio	14.000	Continuidad financiamiento de servicios de elaboración y adecuación de material técnico para transferencia técnica y de competencias a educadores/as y docentes. Considera el Arriendo de Salones y servicios de alimentación para ejecución de instancias de transferencia de conocimientos.
Formación a otros actores estratégicos en prevención de suicidio	6.000	Continuidad financiamiento de compra de servicios de relatoría de expertos para instancias de educación, formación técnica de actores claves para la prevención de suicidio y arriendo de salones y servicios de alimentación para la realización de estas jornadas.

Gastos Administrativos: 118276

Detalle gastos administrativos: Continuidad de financiamiento de profesionales a cargo de la gestión administración, desarrollo e implementación del Programa

- Encargado Programa nivel central
- Referente Programa nivel SEREMIS Coquimbo, OHiggins y Aysén

Financiamiento de instancias de transferencia técnica y administrativa realizadas desde el nivel central a los referentes regionales, arriendo de salones y servicios de alimentación

Servicio de impresión de material de apoyo para instancias de transferencia técnica.

Total Gastos: 160172

6.2) Gastos de Inversión

Gasto Total del Programa (sumatoria del gasto por componente, gasto administrativo y gasto de inversión) (M\$): 160.172

6.3) Gastos por Subtítulo

Detalle el Gasto Total del Programa Social (componentes, gastos administrativos e iniciativas de inversión) por subtítulo, ítem y denominación, indicando el número de asignación y valor correspondiente:

Partida	Capítulo	Programa	Subtítulo, Ítem, Denominación	Asignación	Gasto (\$miles)
16	09	01	21 Gastos en personal	1	120.276
16	09	01	22 Bienes y servicios de consumo	999	10.500
16	09	01	22 Bienes y servicios de consumo	7	27.000

Partida	Capítulo	Programa	Subtítulo, Item, Denominación	Asignación	Gasto (\$miles)
16	09	01	22 Bienes y servicios de consumo	7	500

Gasto Total por Subtítulo (M\$): 158.276