



**PROGRAMA NACIONAL DE PREVENCIÓN DE
SUICIDIO:
DESARROLLO DE INDICADORES PARA EVALUAR SU
IMPLEMENTACIÓN A NIVEL REGIONAL EN CHILE**

RODRIGO MIRANDA FORCAEL

**ACTIVIDAD FORMATIVA EQUIVALENTE A TESIS PARA OPTAR AL
GRADO DE MAGISTER EN SALUD PÚBLICA**

PROFESOR GUÍA: DR. RUBÉN ALVARADO MUÑOZ

Santiago, agosto de 2024

Tabla de contenido

RESUMEN EJECUTIVO	3
I INTRODUCCIÓN	5
II ANTECEDENTES.....	7
2.1 ESTRATEGIAS Y PROGRAMAS DE PREVENCIÓN DEL SUICIDIO.....	8
2.2 PROGRAMA NACIONAL DE PREVENCIÓN DE SUICIDIO EN CHILE.....	10
2.3 ELEMENTOS CENTRALES PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA NACIONAL DE PREVENCIÓN DE SUICIDIO: FACTORES DE ÉXITO Y BARRERAS.....	14
2.4 INFORMES Y EVALUACIÓN DE PROGRAMAS NACIONALES DE PREVENCIÓN DE SUICIDIO EN OTROS PAÍSES.....	17
2.5 INFORMES Y EVALUACIONES EN RELACIÓN AL PNPS EN CHILE.....	20
III PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	23
3.1 PREGUNTAS.....	23
IV OBJETIVOS.....	24
4.1 OBJETIVO GENERAL.....	24
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:.....	24
V METODOLOGIA.....	25
5.1 ENFOQUE DE EVALUACIÓN Y TIPO DE ESTUDIO.....	25
5.2 TIPO DE ESTUDIO.....	26
5.3 DISEÑO DEL EJERCICIO DELPHI.....	26
5.4 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN.....	34
5.5 ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN Y CALIDAD.....	35
VI CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	37
VII RESULTADOS.....	38
7.1 EJERCICIO DELPHI RONDA 1.....	38
7.2 EJERCICIO DELPHI RONDA 2.....	44
VIII DISCUSIÓN.....	55
8.1 SITUACIÓN DEL PROGRAMA NACIONAL DE PREVENCIÓN DE SUICIDIO EN CHILE.....	55
8.2 EVOLUCIÓN DE LAS RONDAS DELPHI Y DESARROLLO DE LOS INDICADORES.....	57
VIII.2.1 Algunas consideraciones respecto de indicadores específicos.....	59
8.3 SOBRE PRINCIPALES RESULTADOS Y SELECCIÓN FINAL DE INDICADORES.....	62
IX CONCLUSIONES.....	71
X REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	74
XI ANEXOS.....	79

RESUMEN EJECUTIVO

Antecedentes: Según la OMS cada año, cerca de 700.000 personas se suicidan y hay muchos más intentos de suicidio, lo que representa un grave problema de salud pública que afecta a familias y comunidades. Debido a la gravedad de esta situación, varios países han implementado programas o estrategias nacionales en esta materia. En 2013, nuestro país lanzó el Programa Nacional de Prevención del Suicidio (PNPS) para reducir la tasa de suicidios, especialmente entre adolescentes. Dada la falta de revisiones sobre el PNPS y las recomendaciones de evaluar su desarrollo, este trabajo propuso utilizar la técnica Delphi y la validación por expertos para desarrollar indicadores que evalúen el proceso de implementación del PNPS en las diferentes regiones del país.

Objetivos:

Objetivo general: Desarrollar un conjunto de indicadores que permitan evaluar, a nivel regional, la implementación del Programa Nacional de Prevención de Suicidio en Chile desde 2013 a la fecha.

Objetivos específicos:

1. Validar, un conjunto de indicadores y criterios para evaluar, a nivel regional, la implementación del Programa Nacional de Prevención de Suicidio en Chile.
2. Generar recomendaciones que permitan mejorar la implementación del Programa Nacional de Prevención de Suicidio en Chile.

Método: Se utilizó un diseño de Delphi clásico o convencional, con una aproximación de tipo descriptivo. Su foco apuntó a la búsqueda de consenso de un panel conformado por 12 expertos de distintas regiones del país. La recolección de información se realizó por medio del instrumento que para esta técnica se conoce como Cuestionario. El análisis cualitativo y cuantitativo de la información se efectuó en paralelo al desarrollo de las rondas de consulta, siendo de carácter iterativo y de avance progresivo hacia la obtención de una propuesta de indicadores final.

Resultados: Se obtuvo y validó por juicio de expertos un total de 54 indicadores, distribuidos en 14 Dimensiones generales, estas son: Sistema de estudio de casos y Vigilancia epidemiológica; Multisectorialidad; Capacitación a equipos de salud; Recursos Humanos; Prevención en Educación; Sistemas de ayuda en situaciones de crisis; Medios de comunicación en la prevención del suicidio; Programa prevención como estrategia Independiente; Financiamiento; Gestión y liderazgo; Acceso a servicios; Continuidad de atención; Evaluación y Otros sugerida por experto. De los 54 indicadores obtenidos, 35 corresponden a indicadores de proceso (64,81%) y 19 a indicadores de estructura (35,19%).

Conclusiones: Los indicadores son congruentes y complementarios a los ejes que señala el PNPS y pertinentes para evaluar el proceso de implementación del Programa. El estudio aporta nuevos

ámbitos para evaluar la implementación. En ese sentido, se identifican cinco dimensiones esenciales, que no están contempladas en la base del PNPS, estas son: Recursos humanos requeridos, Financiamiento, Acceso a servicios, Continuidad de atención y Multisectorialidad.

Recomendaciones: se sugiere realizar una prueba piloto del conjunto de indicadores, a fin de poder validarlos empíricamente, así como desarrollar estándares, que proporcione niveles de desempeño deseables para cada indicador. El éxito del PNPS, como estrategia nacional, depende de contar con los recursos humanos y financieros necesarios. Por ello se debe asegurar una asignación adecuada de fondos a SEREMIS de Salud y Servicios de Salud, de lo contrario se compromete el cumplimiento de los objetivos del PNPS.

Nuestro país dispone de un Modelo de Salud Mental Comunitaria instalado y una cobertura del Programa de Salud Mental Integral en APS que crece cada año. Estos elementos son una base sólida para generar mejoras y reforzar la implementación del PNPS.

I INTRODUCCIÓN

El suicidio, como problema de salud pública relevante, debe ser comprendido desde su acepción amplia, asociado al término de suicidabilidad. Este se define como un continuo que va desde la mera ocurrencia hasta la consecución del suicidio, pasando por la ideación, la planificación, el intento suicida y finalmente el suicidio consumado (1).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) cada año se suicidan cerca de 700.000 personas y por cada suicidio consumado hay muchos intentos de suicidio. Es un grave problema de salud pública, que afecta a familias y comunidades, que impacta además en las personas cercanas a la víctima. Se puede presentar a cualquier edad, y en 2019 “fue la cuarta causa de defunción en el grupo de 15 a 29 años en todo el mundo” (2).

La severidad y el impacto que esta problemática genera a nivel de salud pública ha motivado la implementación de programas específicos por parte de diversos países y organismos, sobre todo considerando que es un problema prevenible mediante intervenciones oportunas(2). Ejemplo de ello, es también el Programa de Prevención del Suicidio (SUPRE) impulsado por OMS en 2012, con orientaciones específicos para los distintos niveles de intervención (3).

Siguiendo esta tendencia, nuestro país impulsó el año 2013 el Programa Nacional de Prevención del Suicidio (PNPS), que se mantiene en desarrollo hasta la fecha, cuyo propósito es contribuir al logro de las metas sanitarias, y entre esas, a la disminución de la tasa de suicidio en población general y específica adolescentes.

Sin embargo, a 10 años de la puesta en marcha del PNPS, existen escasos antecedentes respecto de evaluaciones o informes realizadas en relación a la implementación del Programa, siendo el principal, un Informe de Seguimiento de Programas Sociales, actualizado cada año en el contexto de proceso de elaboración presupuestaria anual. En el mismo contexto, se hace mención que en la actualidad, el PNPS se ha implementado en su totalidad sólo en las regiones de Coquimbo, O’ Higgins y Aysén.

El PNPS dispuesto por el Ministerio de Salud (MINSAL) cuenta con una serie de indicadores generales diseñados principalmente para evaluar a nivel nacional. Sin embargo, estos indicadores están en su mayoría contruidos desde una mirada nacional y no regional. Por lo tanto, es fundamental desarrollar indicadores específicos que sean pertinentes y útiles para los actores descentralizados.

A partir de lo anterior, considerando los escasos antecedentes existentes en torno a revisiones respecto del proceso y desarrollo del PNPS, y ante las recomendaciones realizadas por algunos autores sobre la importancia de efectuar una evaluación de este (4), el presente trabajo se propuso utilizar la técnica Delphi y validación por juicio de expertos, para desarrollar un conjunto de indicadores que permitan evaluar el proceso de implementación del PNPS en las distintas regiones de nuestro país.

II ANTECEDENTES

Según señala el Informe regional de Mortalidad por suicidio en la Región de las Américas (OPS, 2021), la tasa mundial de suicidio ajustada por edad es de 11,4 por 100.000 habitantes, siendo además un problema de salud que contribuye significativamente a la carga mundial de enfermedad. Afecta sobre todo a personas jóvenes y en edad laboral. Así, en nuestra región, los años de vida perdidos (AVP) por suicidio en personas de 10 a 24 años aumentaron de 6,9% en 1990 a 8,8% en el 2014. Además, “el 60% de los suicidios se registran en población de 15 a 50 años, lo que corresponde a 75% de AVP (5).

Las cifras a nivel global indican que el suicidio es más frecuente en hombres, con tasas en 2017 de 6,3 por 100 mil habitantes en mujeres y 13,9 por 100 mil habitantes en hombres. En Chile, esta diferencia también es constante desde 2010, con una razón de 4 es a 1. Nuestro país también muestra que, luego del alza en 2008, las tasas ajustadas de mortalidad mostraron una tendencia al descenso desde 2013, llegando a una tasa observada de 10,39 el año 2018 (6).

No obstante, el comportamiento de la tasa cruda nacional es necesario dar cuenta del detalle de las tasas por rango etario, por cuanto cobra relevancia revisar los datos observados en población de jóvenes y personas mayores.

Las tasas más altas, se encuentran en la población de 45 a 54 años. A nivel mundial, es similar y las tasas más altas se ubican en población de 70 años y más. Esto refleja un patrón en la población de mayor edad con tasas de muerte más altas que los otros grupos de edad. La situación en Chile para este mismo grupo mostró la tasa de mortalidad acumulada más alta entre los años 2000 y 2018 (6).

Un estudio realizado en Chile entre 2000 y 2017 registró 6.292 suicidios en adolescentes y jóvenes, donde 2.676 corresponden al grupo de población adolescente (10-19 años) con una tasa de mortalidad por suicidio de 5,4 por 100.000 habitantes (7). Otro estudio del año 2007 realizado con población adolescente de Santiago Metropolitano analizó los factores relacionados con el suicidio y observó una prevalencia de 62% para ideación suicida y 19% para intento de suicidio. Estas cifras fueron significativamente más altas para mujeres y quienes asistían a escuelas públicas (8).

La severidad de este problema se relaciona con su alta frecuencia, el impacto económico y el aumento en el tiempo, lo que genera preocupación, más aún si consideramos que es un problema prevenible posible de ser abordado mediante intervenciones oportunas y de bajo costo, que además sean multisectoriales e integrales, que considere, entre otros, análisis de la situación, la sensibilización, creación de capacidad, financiamiento, vigilancia, seguimiento y evaluación (2,9).

2.1 Estrategias y Programas de Prevención del suicidio

Actualmente, existe consenso a nivel mundial en torno a cuáles debieran ser las medidas de prevención del suicidio a nivel de políticas públicas. Distintos organismos de salud han establecido criterios y sugerencias en relación a la pesquisa e intervención oportuna en este problema.

La OMS impulsó el año 2012 el Programa de Prevención del Suicidio (SUPRE), el cual consistía en instrumentos de referencia específicos para los diferentes intervinientes en esta materia: profesionales y equipos de salud, instituciones de educación, medios de comunicación, personal policías, rescatistas, bomberos y primeros respondedores, entre otros (3). Este programa además, pone en evidencia la necesidad de que las estrategias de prevención apunten a objetivos claves, como por ejemplo, orientarse hacia procesos educativos adecuados, contemplen el tratamiento de los trastornos mentales, se consideren los factores de riesgo y, tenga además una mirada multidimensionales para el abordaje (10).

Luego en 2014, la OMS publicó su informe: Prevención del suicidio: un imperativo mundial (OMS, 2014). En este, hizo un llamado a la acción “para que los países empleen un enfoque multisectorial que aborda el suicidio de manera integral”. Desde entonces, la OMS ha recibido solicitudes de diversos países para apoyo técnico a sus programas de prevención del suicidio y estrategias nacionales (11).

En las últimas décadas, se han implementado numerosos Programas nacionales de prevención de suicidio. Para el 2017, se estima que alrededor de 40 países habían adoptado una estrategia en esta materia, reafirmando con ello su preocupación con las acciones de prevención de suicidio. Se estima que el 10% de los países de ingresos bajos y medianos disponen de una estrategia nacional y aproximadamente un tercio de los países de ingresos medianos altos y altos tienen una estrategia similar. Además, algunos países cuentan con un marco nacional de prevención de suicidio, programas dirigidos a grupos específicos o la incorporación de la prevención del suicidio en sus planes y programas de salud y salud mental (11).

Algunos países que han desarrollado políticas o programas de prevención amplios (nivel nacional) son por ejemplo Inglaterra, que impulsa un plan en el año 2012 y que recientemente ha actualizado para el periodo 2020 – 2025. Los resultados de este trabajo han mostrado que el número de suicidios en hombres cayó por cuatro años consecutivos, teniendo hoy una de las tasas de suicidio más bajas de Europa (11,12).

Destaca además, que las autoridades locales, el National Health Service (NHS) y los grupos de prevención del suicidio han coordinado sus actividades en concordancia con la estrategia nacional.

Han implementado nuevos programas para abordar métodos suicidas y mejorar la cobertura de apoyo en crisis y duelo. Todos estos esfuerzos conjuntos para mejorar la seguridad del paciente han resultado en una reducción del 35% en los suicidios en entornos hospitalarios de salud mental en Inglaterra entre 2010 y 2020 (12).

Dos factores de mucha relevancia que han contribuido a este avance son, por una parte el financiamiento y por otro lado, los apoyos transversales. Respecto del primero, mencionar que este Plan dispone de un Fondo de Subvenciones para la Prevención del Suicidio de £10 millones y que además, el gobierno invierte £2.300 millones adicionales al año en servicios de salud mental. Respecto de los apoyos transversales, se hace hincapié en la participación de profesionales y el mundo académico, apoyos gubernamentales e incluso de familias en duelo, ya que a partir de sus propias experiencias han sumado a líderes políticos y medios de comunicación. Se ha prestado atención a que las acciones y estrategias estén basadas en datos y evidencia actualizados y que además, se haga énfasis en la evaluación y supervisión del plan en cuanto a su desarrollo y de ese modo, detectar prioridades emergentes. Se hace énfasis en que este plan se vincule con programas de salud mental que operen de manera más general a nivel de atención socio comunitaria o de terapias psicológicas y reducción del estigma (11).

Otro país que ha implementado una Estrategia Nacional de prevención de suicidio es Escocia. En los últimos años, el gobierno escocés ha colaborado con distintos actores (NHS, servicios sociales, policía) para reducir y prevenir el suicidio mediante la estrategia Choose Life y la Estrategia de Prevención del Suicidio. Durante este tiempo, la tasa de suicidios en Escocia ha disminuido un 20%, siendo consistentemente más baja que el promedio europeo. Los factores clave del éxito incluyen una estrategia nacional evaluada y actualizada, un gobierno descentralizado con fácil acceso a equipos de prevención del suicidio, liderazgo dedicado, un enfoque amplio de salud pública, capacitación para profesionales de la salud, colaboración entre agencias, campañas de sensibilización, abordaje de problemas de alcohol, y mejoras en la seguridad del paciente (11).

En el caso de Japón, el suicidio empezó a considerarse un “problema social” alrededor de 2005-2006, lo que trajo acciones concretas para su abordaje. Luego de la crisis económica de 2008, el Gobierno destinó financiamiento a través de un Fondo especial y urgente para el fortalecimiento de la prevención del suicidio. Este fondo se destinó principalmente a reforzar las actividades locales de prevención del suicidio y campañas intensivas de información pública. De la mano de la Ley Básica para la Prevención del Suicidio y de una política integral, “el número de suicidios descendió por debajo de 30.000 en el 2012 por primera vez desde 1998” y si bien, la tasa de suicidio en jóvenes es alta, el suicidio en personas mayores ha disminuido, provocando a su vez una disminución general (13).

Otras experiencias similares se han desarrollado en Europa (Irlanda, Portugal, Hungría y Alemania) con implementación de estrategias en diversos niveles y efectividad comprobada, considerando: entrenamiento a médicos de la atención primaria; campañas de información en medios de comunicación, capacitación de gatekeepers o agentes/gestores comunitarios y actividades de apoyo a personas en alto riesgo (líneas de atención, grupos de autoayuda, entre otras). Se estima que, los programas que adoptan este tipo de enfoque, interviniendo de manera diversa y en distintos niveles, presentan mejores resultados, los que además tienden a mantenerse en el tiempo (10).

2.2 Programa Nacional de Prevención de Suicidio en Chile.

En la misma lógica de desarrollo de Programas y estrategias de prevención de suicidio a nivel mundial, nuestro país, en 2013 y en el contexto del objetivo sanitario de “fomentar las competencias en la población para el autocuidado y la protección de estilos de vida y entornos saludables”, publicó el **Programa Nacional de Prevención del Suicidio (PNPS): Orientaciones para su implementación**. Este incluye orientaciones entregadas a las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud (SEREMI de Salud) y tiene el propósito de reducir la tasa de mortalidad por suicidio en ambos sexos, a partir del 5º o 6º año desde su instalación (3,14).

EL PNPS, según describe en su Norma General Administrativa N° 027, declara los siguientes objetivos:

1. “Instalar en cada SEREMI de Salud, los 6 componentes que han mostrado una mayor efectividad para la prevención del riesgo suicida”.
2. “Involucrar a los distintos sectores sociales y a la comunidad en la prevención del suicidio”.
3. “Contribuir al logro de las metas de la Estrategia Nacional de Salud 2011-2020 (entre esas, disminuir la tasa de suicidio en población general y específica adolescentes al 2020)”.

El Programa se despliega en cada región de Chile y es coordinado por las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud. Tiene un carácter intersectorial, con alcance público y privado y se postula que su instalación sea gradual, con un plazo de 3 a 4 años para tener todos los componentes operando a nivel nacional.

En el documento de PNPS, se definen seis componentes, los que “han demostrado una mayor efectividad en la prevención del riesgo suicida” (14). Estos son:

1. **Instalación de un sistema de estudio de casos.** Es un sistema que debe estar a cargo de cada SEREMI de salud, que incluye el registro y estudio de intentos de suicidios y suicidios consumados.

Este componente, incluye una serie de actividades sugeridas, entre las que se pueden mencionar el acceder mensualmente al reporte de defunciones del Departamento de estadísticas de MINSAL (DEIS) a fin de obtener la data de suicidios consumados de la Región.

Se propone también algunas acciones que en la practicas ha resultado complejas en su ejecución como son el capacitar a profesionales de salud en autopsia psicológica o bien que por medio de equipos profesionales de SEREMI de Salud se realice autopsia psicológica a todos los casos de suicidio ocurridos en una Región, así como llevar adelante la vigilancia del 100% de los intentos de suicidios informados para un periodo” (14).

2. **Implementación de un Plan Regional Intersectorial de prevención de suicidio.** Considera que cada SEREMI debe desarrollar “estrategias para sensibilizar y movilizar” a los diversos sectores interesados y crear una mesa regional que elabore y evalúe un Plan Regional Intersectorial de Prevención del Suicidio. En esta mesa deberán participar actores claves de otros sectores: Educación, Salud, SENAME, SENDA, MIDESO, SENAMA, SERNAM, Justicia, PDI, Carabineros, entre otros (14).
3. **Fortalecimiento de las competencias de los profesionales de la salud.** Este apunta a la necesidad de capacitación focalizada a los equipos de salud, especialmente del Nivel de Atención Primaria y servicios de urgencia, en materias como detección de riesgo suicida y primera respuesta (4).

Además, se espera que la SEREMI difunda normas y orientaciones técnicas, elabore protocolos de derivación y de atención y trabajar con los organismos formadores de profesionales.

4. **Incorporar programas preventivos en establecimientos educacionales.** En este apartado se apunta a desarrollar “las mejores condiciones posibles para la educación de los niños y jóvenes, por lo tanto, deben implementarse en coordinación con las SEREMI de Educación, diversos planes preventivos en las comunidades escolares, articulados a nivel intersectorial, sobre todo con el nivel de atención primaria (4,14).

Entre los programas preventivos propuestos, se incluyen: Programas educativos para la comunidad educacional, docentes, paradocentes, padres y apoderados; capacitaciones a comunidad escolar en herramientas que permitan actuar ante casos de intento de suicidio.

5. **Desarrollar un sistema de ayuda en situaciones de crisis.** Dispuesto en cada región, debe incluir: una línea telefónica de ayuda (en coordinación con Salud Responde¹); una página de ayuda en Internet; un programa de intervención por servicio de salud. Además de “difusión de Orientaciones Técnicas para el desarrollo del Programa de Intervención en Crisis en cada Servicio de Salud” (14).

6. **Apoyo técnico para una correcta cobertura mediática y refuerzo del papel de los medios de comunicación en la prevención del suicidio.** En este componente los medios de comunicación juegan un rol “activo en la prevención del suicidio”. Por ello, se contempla un plan comunicacional para sensibilizar y capacitar a los medios en su importante rol en la prevención y en la transmisión adecuada de información sobre el suicidio.

Se propone además realizar reuniones de coordinación con los medios de comunicación: sensibilizar y capacitar a periodistas y editores, dar recomendaciones sobre la manera adecuada de informar sobre el suicidio e “implementar un sistema de monitoreo de los contenidos relativos al suicidio que se difunden en los medios” (14).

Por otro lado, el Programa Nacional de Prevención de Suicidio, señala una serie de indicadores generales. Estos resultan de mucho interés para el presente estudio y a partir de ello, se transcriben íntegramente en el siguiente recuadro (14):

¹ Salud Responde: Corresponde a una plataforma multicanal, que ofrece atención a través de la línea telefónica, Twitter, Facebook e Instagram. A través de su línea telefónica durante las 24 horas del día, los 365 días del año, informan, orientan, apoyan y educan a sus usuarios sobre los más diversos temas relacionados con salud.

Componente	Indicadores
1. Instalación de un sistema de estudio de casos	1.1 Porcentaje de SEREMIs de Salud con Sistema de Estudio de Casos operando. 1.2 Porcentaje de SEREMIs de Salud que cuentan con análisis de la información obtenida en el Sistema de Estudio de Casos. 1.3 Porcentaje de SEREMIs de Salud que cuentan con informe de estudio de autopsia psicológica.
2. Implementación de un Plan Regional Intersectorial de prevención de suicidio	2.1 Porcentaje de SEREMIs de Salud con Plan Regional Intersectorial de Prevención del Suicidio en desarrollo. 2.2 Porcentaje de SEREMIs con Planes Regionales Intersectorial de Prevención del Suicidio que incorporan líneas de acción orientadas a restringir el acceso a los medios letales. 2.3 Porcentaje de SEREMIs con Planes Regionales Intersectorial de Prevención del Suicidio que incorporan líneas de acción orientadas a aumentar las competencias organizativas y de ayuda mutua de la comunidad. 2.4 Porcentaje de SEREMIs con Planes Regionales Intersectorial de Prevención del Suicidio que incorporan líneas de acción orientadas a aumentar la conciencia pública y la valorización de la búsqueda de ayuda.
3. Fortalecimiento de las competencias de los profesionales de la salud	3.1 Porcentaje de profesionales de APS (pública y privada) con competencias en detección e intervención temprana del riesgo suicida. 3.2 Porcentaje de Unidades y Servicios de Urgencia, (públicos y privados) con profesionales capacitados en detección e intervención temprana del riesgo suicida. 3.3 Porcentaje de establecimientos de salud (públicos y privados), con normativa local para utilización del protocolo regional de detección e intervención temprana del riesgo suicida.
4. Incorporar programas preventivos en establecimientos educacionales	4.1 Porcentaje de establecimientos de educación básica y media, municipalizada y particular subvencionado, con programa preventivo implementado. 4.2 Porcentaje de alumnos de educación básica y media de establecimientos municipalizados y particulares subvencionados que participan en programa preventivo implementado.
5. Desarrollar un sistema de ayuda en situaciones de crisis	5.1 Porcentaje de Servicios de Salud con Programa de Intervención en crisis implementado. 5.2 Porcentaje de SEREMIs de Salud con programa de seguimiento y evaluación del Sistema de ayuda en situaciones de crisis implementado.
6. Apoyo técnico para cobertura mediática y refuerzo del papel de los medios de comunicación en la prevención del suicidio	6.1 Porcentaje de noticias sobre suicidio publicadas en medios de comunicación regional, que siguen las pautas recomendadas. 6.2 Porcentaje de medios de comunicación que difunden información sobre prevención del suicidio.

Fuente: Programa Nacional de Prevención de Suicidio (MINSAL 2013).

Como se observa, el PNPS considera indicadores generales y amplios, y tienden en su mayoría a evaluar aspectos del Plan desde una dimensión nacional. Si bien esto puede resultar útil para MINSAL, no necesariamente de adecúa a las necesidades o realidad de los niveles locales, esto es, SEREMI de Salud o Servicios de Salud. Si apuntamos a un sistema de salud descentralizado como el nuestro, este aspecto (sobre la evaluación de la implementación del PNPS) debiera tener en cuenta de manera más específica, la dimensión regional.

Los indicadores descritos en el PNPS se orientan más bien a la puesta en marcha del Programa, y el monitoreo, a corto plazo de determinados avances. No se indica periodicidad en la revisión o evaluación de éstos o detalles respecto de sus numeradores/denominadores, fuentes y medios de verificación, operacionalización de ciertos tópicos, entre otros. En ese sentido, varios de los indicadores propuestos, parecen no ser pertinentes para poder evaluar la implementación del PNPS (de hecho, no son considerados explícitamente en el PNPS para tal efecto) o bien requieren ser ajustados o mejorados.

Por ejemplo, se incluye en el Componente 1 sobre implementación de un sistema de información y vigilancia, el indicador de porcentaje de SEREMIs de Salud que cuentan con informe de estudio de autopsia psicológica. Si bien, esta estrategia se considera útil en términos de prevención, “su implementación es muy costosa y difícil de ejecutar” (4).

Por otro lado, no se explicita o define para cada indicador, algún comparativo/referencia (o estándar esperado), entendiéndose por ello, a la descripción de un (o más de un) criterio que se espera esté presente o como un “componente subjetivo que mide y señala el límite diferenciador entre lo que es o no aceptable” (15).

2.3 Elementos centrales para la implementación de un Programa Nacional de Prevención de Suicidio: factores de éxito y barreras.

Siguiendo en la línea de los procesos de implementación, la OMS, a través de su documento National Suicide Prevention Strategies (2018), detalla una serie de consideraciones que resultan clave para el éxito, sostenibilidad y desarrollo de un programa de prevención de suicidio a nivel nacional (11). Se sugiere prestar especial atención a estos elementos los que se presentan en resumen en el siguiente recuadro:

Línea	Detalle
Partes interesadas	Es crucial identificar a las partes interesadas clave en la prevención del suicidio al diseñar una estrategia nacional. Esto implica involucrar a diversos actores, como ministerios, autoridades sanitarias, organizaciones no gubernamentales, universidades y la sociedad en diferentes niveles (nacional, regional y comunitario).
Análisis de situación	Realizar un análisis exhaustivo de la situación es esencial para comprender la magnitud del problema en una determinada área geográfica. Esto incluye la identificación de barreras para la implementación y la propuesta de soluciones para superarlas. Sin abordar estas barreras, las estrategias nacionales pueden enfrentar dificultades para llevar a cabo sus actividades.
Evaluar los recursos	Evaluar la disponibilidad y el acceso a recursos humanos y financieros es fundamental para el éxito de cualquier intervención en salud pública. Esto incluye evaluar la voluntad de los responsables de políticas para comprometerse con las cuestiones clave. La evaluación de recursos también puede incorporarse en el análisis de la situación.
Lograr el compromiso político.	Es esencial para asegurar la efectiva implementación de estrategias de prevención del suicidio. Sin este compromiso, la estrategia corre el riesgo de implementarse de manera parcial o nula. Este compromiso político debe ser sostenible y trascender los cambios de gobierno. Es un proceso desafiante pero crucial para garantizar que la prevención del suicidio reciba los recursos y la atención necesarios de los líderes nacionales, estatales y locales. Implica además aumentar la conciencia sobre el suicidio, lo cual es fundamental para el éxito de cualquier intervención. Requiere buscar el apoyo de los medios de comunicación durante la implementación y lograr que el público comprenda la importancia de la prevención del suicidio.
Mejorar el registro de casos	Los sistemas de vigilancia son fundamentales para aumentar la disponibilidad y calidad de los datos, incluidos los intentos de suicidio, que son predictores significativos de suicidio futuro. Es crucial mejorar este aspecto, ya que frecuentemente se clasifica incorrectamente o no se denuncia adecuadamente.
Seguimiento y evaluación	Estos deben ser planificados con anticipación para involucrar a todas las partes interesadas pertinentes, lo que permite ajustar intervenciones según sea necesario y ampliar aquellas que demuestren ser efectivas. Evaluaciones periódicas no solo ofrecen oportunidades para mejorar las intervenciones individuales, sino también para examinar el impacto general de la estrategia en términos de sus objetivos establecidos.

Fuente: Resumido por investigador de National Suicide Prevention Strategies (OMS, 2018).

Este documento también menciona una serie de barreras que pueden surgir en los países, a la hora de implementar estrategias de prevención de suicidio a nivel nacional por lo que superarlas es fundamental. Así mismo, sin la identificación temprana de las posibles barreras y su planificación “dentro de la implementación de las estrategias de prevención de suicidio, es probable que este proceso sea más difícil o fracase por completo” (11). Se describen específicamente 14 barreras a considerar en la implementación de estrategias nacionales de prevención del suicidio (detalle en Anexo N° 11.2). A continuación, se describen en forma resumida algunas de las cuales podrían resultar más relevantes para efectos del presente estudio:

1. A nivel de gestión y logística:

1.1. Acciones e intervenciones. Esto es, “una mala descripción de las acciones e intervenciones puede resultar en una estrategia desorganizada e ineficaz” (11). Lo anterior también considera, como parte de estas acciones, la definición de objetivos, recursos y responsables del proceso implementación.

2. A nivel de partes interesadas:

2.1 Liderazgo y administración. Este señala que los gestores o actores clave en la temática de suicidio deben tener experiencia en el trabajo con tomadores de decisiones, directivos o líderes gubernamentales, con quienes se aborda esta problemática. “Un liderazgo ineficaz o que no sea aceptado por las partes interesadas, puede dificultar el logro de objetivos” (11).

2.2 Legislación y políticas. Se señala que si esta legislación o políticas no sintonizan con la prevención del suicidio, se puede obstaculizar la implementación.

3. Recursos financieros

3.1 Presupuesto para la implementación del plan. Esta barrera, parece también de mucha relevancia para el presente trabajo por cuanto el presupuesto o financiamiento para el proceso de implementación del PNPS ha sido señalado como un punto de preocupación y se describe en los próximos apartados. De este modo, esta barrera es explícita en señalar que “la falta de apoyo político puede resultar en una falta de financiación”. A su vez una estimación inadecuada de los recursos y financiamiento necesario puede obstaculizar la implementación del programa (11).

4. Recursos Humanos:

4.1 Capacitación. Implica que equipos de salud pueden no estar preparados para manejar las conductas suicidas y con ello, la calidad de la atención otorgada puede ser inadecuada.

5. Participación multisectorial:

5.1 Acceso a los servicios. La cobertura de salud o asistencia social limitada “reduce la capacidad de implementar intervenciones o seguimiento necesario para aquellos que han intentado suicidarse”, o por las personas cercanas afectadas por el suicidio (familias, amigos) (11).

5.2 Continuidad de la atención en el cuidado de la salud. Equipos de salud que no están coordinados, pueden no hacer un seguimiento de personas que buscan ayuda y con ello, afectar la continuidad de la atención.

5.3 informes de los medios de comunicación. Requiere supervisión activa a los medios, formación continua y sesiones de sensibilización a los profesionales; sumar a este rubro a las mesas de prevención de suicidio regionales; incluir a los medios de comunicación en el relato de historias de éxito o resiliencia y campañas de sensibilización.

6. Data:

6.1 Recopilación de datos: tomadores de decisiones desinformados, puede significar un obstáculo en la priorización y asignación de recursos. “La recopilación de datos inadecuada, a lo largo del proceso de implementación, puede llevar a que se desperdicien recursos en intervenciones ineficaces” (11).

Para quienes hemos visto de cerca el proceso de implementación del PNPS, desde la vinculación propia de los Servicios de Salud y la Red asistencial, nos resulta clara la ausencia de la mayoría de las consideraciones expuestas previamente, transformándose en barreras, tanto en el detalle mismo de cada uno de los seis componentes del Programa Nacional de Prevención de Suicidio, como en el apartado de indicadores dispuestos.

Salvo la barrera de Recursos Humanos (capacitación), en general, no se contempla dentro de la composición y el alcance proyectado para los indicadores del PNPS, aspectos que resultan fundamentales y claves para un proceso de estas características, como por ejemplo **Liderazgo, Legislación y Política, Participación multisectorial** con aspectos como el **Acceso a servicios o la Continuidad de atención** o bien el **Presupuesto para la implementación**. Este último, resulta particularmente relevante a propósito de las dificultades acarreada desde 2013 a la fecha en términos apoyo financiero y de su impacto en la cobertura y desarrollo del PNPS (16).

Así mismo, tampoco se aprecia que los indicadores señalados en el PNPS, y como parte del proceso de implementación de este, considere e identifique otros aspectos relevantes como barrera, como lo son la **recopilación de datos**, con el desfase de tiempo en el acceso a información de suicidios consumados por parte de Servicio Médico Legal (SML) y de la **cobertura de salud** a usuarios. Considerar estos elementos, como parte de un proceso de implementación parece particularmente importante, sobre todo, teniendo en cuenta los requerimientos de acceso y atención de usuarios que surgen a partir del desarrollo del PNPS y de la demanda, además, vinculada a intentos de suicidio.

2.4 Informes y evaluación de programas nacionales de prevención de suicidio en otros países.

Respecto de este punto y habiendo realizado diversas búsquedas, se puede señalar que existe abundante información y antecedentes respecto de estudios y trabajos orientados a evaluar el desarrollo o ejecución de programas de prevención de suicidio. Sin embargo estos antecedentes en su mayoría aluden a 3 dimensiones:

1. Tienen foco en la evaluación de resultados de dicho programa de prevención a nivel clínico individual o terapéutico.
2. Evalúan programas preventivos en suicidio dirigidos a grupos específicos o bien se circunscriben a universos definidos (ejemplo, evaluación de un programa de prevención de suicidio desplegados por un equipo de atención de especialidad en salud mental y psiquiatría en un territorio definido, o aplicado a un grupo dentro de una comuna o distrito, experiencias desarrolladas al interior de un centro educativo, entre otros).
3. En general no dan cuenta de evaluaciones a Programas de prevención de suicidio que se hayan implementado a nivel nacional.

Existen sin embargo algunas experiencias que se han recogido en relación a evaluación de programa de prevención de suicidio implementadas en países a nivel nacional. De estas es posible mencionar algunas:

2.4.1. Estrategia Nacional para la Prevención del Suicidio (NSSP) en EE.UU.

Para este caso, el Centro para el control y la prevención de enfermedades (CDC) en Estados Unidos desempeñó un papel clave en la creación y ejecución de la Estrategia Nacional para la prevención del suicidio (NSSP). Esta estrategia busca abordar el suicidio de manera sistemática, coordinando recursos y ofreciendo servicios a nivel público y privado. La NSSP recibe apoyos individuales y contribuciones de diversas organizaciones y tiene como objetivo orientar las acciones de prevención del suicidio en Estados Unidos durante la próxima década, con 13 metas y 60 objetivos. Se estructura en cuatro áreas: bienestar comunitario, servicios de prevención, tratamiento y apoyo, y vigilancia e investigación (17).

Fue este mismo CDC el que llevo a cabo una evaluación de los procesos para analizar cómo se desarrollaron los planes de prevención en cada estado. Se describieron los componentes clave de una implementación efectiva para la prevención del suicidio. Los objetivos principales del estudio fueron documentar los procesos de elaboración de los planes estatales y recopilar estos resultados en una plantilla para la toma de decisiones. Se identificó cuatro factores clave para facilitar una implementación y ejecución efectivas. El primero fue contar con un **grupo de liderazgo**, el que de acuerdo a la evaluación, resultó crucial para desarrollo del plan. Otro factor fue que el describir la prevención del **suicidio como un problema de salud pública** o de salud mental afectaba al proceso. Un tercer factor apuntaba a disponer de **apoyo legislativo**, lo que se consideró útil pero dependía de establecer previamente una visión y metas. El último factor clave fue pasar de los “dichos a los hechos”, es decir, tener la capacidad de tomar **medidas basadas en un plan elaborado** (17).

2.4.2. Programa Nacional de Prevención y Atención a la Conducta Suicida en Cuba

Corresponde a una evaluación realizada en 2015 a este programa, que incluyó la aplicación de cuestionarios, entrevistas y observaciones, dirigido a 176 individuos (trabajadores de salud, agentes comunitarios, usuarios de servicios de salud mental, líderes de organizaciones de base, entre otros) vinculados al Programa. Se establecieron indicadores de estructura, proceso y resultado y sus respectivos estándares. La evaluación de cada criterio se consideró adecuada si el valor obtenido igualaba o superaba el estándar, y no adecuada si era inferior. Se definió que la ejecución del programa era adecuada si al menos el 70 % de los criterios establecidos se cumplían. Se compararon los resultados antes y después de la implementación de las acciones del programa (18).

2.4.3. Programa de Prevención Terciaria de la conducta suicida. Madrid, España.

Este trabajo desarrollado en 2021 buscó evaluar la efectividad de un programa de prevención de suicidio en la comunidad de Madrid (430,000 habitantes) atendida por el Hospital Universitario 12 de Octubre, dirigido a quienes han tenido un primer intento de suicidio y que recibieron atención en los servicios de Psiquiatría y Salud Mental del Hospital, específicamente a través de un Programa Intensivo de Prevención de Reintentos de Suicidio (PIPRS). A la base de dicha estrategia, estaba la aplicación de un programa de psicoterapia breve cognitivo-conductual, con énfasis en la terapia de resolución de problemas, y una atención personalizada mediante un enfoque de gestión de casos. De este trabajo, se concluye que la aplicación de un programa de prevención de reintentos de suicidio mediante psicoterapia breve, enfocado en la resolución de problemas y gestionado de manera individualizada, redujo significativamente la tasa de repetición de intentos de suicidio durante el siguiente año. Además, este enfoque también retrasó el tiempo hasta la repetición de nuevos intentos (19).

Es efectivo, que la experiencia de este programa de prevención terciaria en la comunidad de Madrid no ahonda en aspectos puntuales sobre evaluación de la implementación de la estrategia y enfatiza más bien aspectos de la intervención clínica y resultados del programa de prevención mediante psicoterapia breve y enfoque de gestión de caso. Sin embargo, destaca también entre sus resultados y conclusiones, aspectos relevantes como por ejemplo, relacionar el impacto de un programa de prevención de suicidio con la capacidad y organización de los servicios de salud mental y psiquiatría dispuestos en un área específica, lo que llevaría a optimizar los recursos, mejorar la calidad y obtener una intervención más eficaz (19).

2.5 Informes y evaluaciones en relación al PNPS en Chile

Un reciente artículo, publicado durante el 2022 en nuestro país, comparó el PNPS con la evidencia internacional, teniendo como referencia los componentes señalados por ésta como efectivos. El análisis detecta que las medidas planteadas por el PNPS son concordantes con la literatura, pero que su implementación aún es deficitaria, detectando que varias de las estrategias propuestas, requieren de mayor desarrollo y, especialmente, de una ejecución con un nivel equivalente en los distintos territorios del país. Además, detalla, propuestas de mejora acordes con la evidencia internacional y viables de implementar en Chile, entre esas, el poder realizar una evaluación del programa (4).

Por otro lado, la revisión preliminar de información respecto de evaluaciones o informes realizadas en relación al PNPS, hasta la fecha, reporta escasos antecedentes o referencias.

Por una parte, se cuenta con un Informe de Seguimiento de Programas Sociales de los años 2015 – 2016 (16), actualizado al 2020 en el contexto de proceso de elaboración presupuestaria anual para 2021 (realizado por Departamento Salud Mental de la Subsecretaría de Salud Pública de MINSAL) y un informe elaborado, también por MINSAL el año 2013, a petición de la Cámara de Diputados (20).

Lo anterior, resulta relevante por cuanto, a más de 10 años de su puesta en marcha, este Programa se ha implementado en su totalidad sólo en las regiones de Coquimbo, O’ Higgins y Aysén, que despliegan la gestión, la 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 (16).

Este mismo Informe de Seguimiento de Programas Sociales señalado anteriormente, detalla las dificultades que se han presentado para la obtención de más recursos (desde DIPRES y Parlamento), que permitan reforzar la implementación, lo que, a su vez ha acarreado inconsistencias en el reporte del Programa, en la evaluación general del año 2019 y una baja en su cobertura a nivel de las regiones, que ronda solo el 10% (16).

Por otro lado, también ha habido algunas revisiones que se han centrado en analizar la respuesta estatal, de manera general, en relación a la prevención de suicidio. Una de estas revisiones se enfocó en la gobernanza, evaluando el papel del PNPS diseñado a partir de recomendaciones de la OMS. En esta se señala que, si bien el PNPS contempla el enfoque territorial con mesas regionales intersectoriales, su implementación se ha visto limitada por la escasez de recursos. Además, debido a su carácter centralizado, estas mesas regionales carecen de los recursos humanos y financieros necesarios (21).

Una segunda experiencia de revisión, llevada a cabo en nuestro país, se propuso analizar el PNPS en Chile en comparación con el Marco de Salud Pública para la Prevención del Suicidio de la OMS. Entre sus hallazgos se destaca que, aunque el PNPS sigue varios lineamientos establecidos por la OMS, aún es necesario profundizar en aspectos fundamentales de la prevención del suicidio. Por ejemplo, se necesita establecer un sistema centralizado de registro y estudio de casos que recoja información de manera integrada. Además, se sugiere ampliar la presencia de agentes comunitarios de prevención más allá del ámbito educativo, incluyendo a la seguridad pública y los niveles laborales y comunitarios. Se hace hincapié en la importancia de aumentar la cobertura de respuesta a los casos y garantizar la implementación de los seis componentes del PNPS en todas las regiones del país (22).

Otro antecedente disponible en torno a evaluaciones o informes realizadas en relación al PNPS, es una investigación llevada adelante en 2019. Su objetivo no fue puntualmente evaluar la implementación o resultados de este, sino que más bien apuntaba a analizar el Programa Nacional de Prevención del Suicidio en Chile a la luz del Marco de Salud Pública para la Prevención del Suicidio de la Organización Mundial de la Salud. Este trabajo señala entre sus conclusiones que, aunque el PNPS sigue varios lineamientos de la OMS, aún necesita abordar y mejorar aspectos importantes en torno al desarrollo e instalación en todas las regiones del país y con el despliegue de sus seis componentes declarados. Además, debe avanzar en mejoras específicas, respecto al sistema de vigilancia, estudio de casos y financiamiento (21).

Así entonces, centrar nuestra atención respecto del proceso de implementación del PNPS resulta de relevancia por distintos motivos. Por un lado, porque se ha estimado, por ejemplo, que buena parte de los esfuerzos que despliegan las organizaciones (instituciones) para implementar programas o servicios fallan (23). Por ello, es necesario comprender estos procesos de implementación y de ese modo aportar a la mejora de las intervenciones (24).

Por otro lado, existe evidencia que señala que la efectividad y calidad de servicios o programas de salud ejecutados, pueden estar afectados por la forma en que estos se implementan y dependen en buena medida de este proceso (25).

Investigar y estudiar estos procesos (que permitan luego superar los obstáculos o barreras en la implementación efectiva de programas o políticas de salud) es también una acción relevante y muy reconocida (26). Estas barreras en la implementación pueden surgir en distintos niveles (usuario, proveedor de salud u organización). Por ello, es necesario evaluar no solo los resultados finales, sino también considerar si este proceso de implementación es efectivo para un determinado contexto y así, optimizar sus beneficios y considerar la difusión de éstos en otros contextos (23).

A partir de lo todo lo anterior, es que el presente trabajo se ha propuesto diseñar un conjunto de indicadores que permitan evaluar la implementación del Programa Nacional de Prevención de Suicidio en Chile.

Se espera, además, como producto adicional, poner a disposición de los tomadores de decisiones a nivel Ministerial, Servicios de Salud y SEREMIs, los resultados de este diseño de indicadores con la finalidad que, a posterior, puedan ser utilizados para evaluar la implementación de PNPS en las distintas regiones del país.

III PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

3.1 Preguntas

El presente estudio, busca abordar la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuáles son los mejores indicadores y criterios para evaluar la implementación del Programa Nacional de Prevención de Suicidio en las diferentes regiones de Chile?

IV OBJETIVOS

4.1 Objetivo General

Desarrollar un conjunto de indicadores que permitan evaluar, a nivel regional, la implementación del Programa Nacional de Prevención de Suicidio en Chile desde 2013 a la fecha.

4.2 Objetivos específicos:

1. Validar, un conjunto de indicadores para evaluar, a nivel regional, la implementación del Programa Nacional de Prevención de Suicidio en Chile.
2. Generar recomendaciones que permitan mejorar la implementación del Programa Nacional de Prevención de Suicidio en Chile.

V METODOLOGIA

5.1 Enfoque de evaluación y tipo de estudio

El presente estudio se enmarca en la Evaluación de Proceso. A través de esta, es posible obtener información para contribuir a la mejora de la gestión de los programas. Se ha sugerido que sea realizada a partir del tercer año de operación de estos y es una de las de mayor utilidad para fortalecer y mejorar la implementación de procesos. Permite además, detectar dificultades, oportunidades y amenazas en la estructura y funcionamiento de los programas (27).

Por otro lado, durante el desarrollo de este trabajo, se validó, mediante la participación de expertos y la aplicación de la técnica Delphi, un conjunto de indicadores para evaluar la implementación del PNPS en Chile.

Se optó por el método o técnica Delphi por diversas razones asociadas a la naturaleza y propósitos de este estudio y porque entrega además ciertas ventajas que justifican su uso.

Por una parte, este ejercicio ha sido muy utilizado en la investigación de salud mental y ha brindado avances relevantes en esta área, sobre todo para dar respuesta a problemáticas o preguntas que no son posibles de abordar desde otras metodologías, cuando no se cuenta con datos epidemiológicos o bien éstos no aplican al problema de interés. También ha resultado muy útil, cuando se tiene información compleja o abundante para obtener conclusiones o bien se requiere un consenso (28). Por otro lado, el método Delphi representa una manera eficaz, directa y eficiente desde la perspectiva del tiempo, para la obtener consenso entre una propuesta teórica y la implementación de un servicio de salud mental (29,30).

Además, de los métodos de consenso que existen, el más recomendado en la generación de indicadores es el Delphi (31).

Es propio del enfoque y diseño de múltiples estudios consultar a personas que actúen en calidad de expertos. Sin embargo, traducir el conocimiento de estos expertos en “información científica, requiere de la aplicación controlada de un método de obtención de la información” (32). Dicha aplicación, requiere también del desarrollo de instancias o métodos de consenso.

En lo específico, el ejercicio Delphi, es un método de aproximación mixto (cuali-cuantitativo), reconocido como parte de los métodos de validez por consenso, que permite estructurar el proceso de comunicación de un grupo de personas, para tratar con problemas complejos (33). A su vez, tiene alcances “como metodología estructurada para recolectar sistemáticamente juicios de expertos”,

procesar la información y transformar durante la investigación, “las apreciaciones individuales de los expertos en un juicio colectivo superior” (32).

Como se ha señalado previamente, los métodos de consenso han sido frecuentemente usados en la construcción de indicadores de salud. Algunos se orientan a la evaluación de estructuras, procesos y/o resultados, creando criterios o estándares, siendo útiles cuando hay carencia de la evidencia empírica y los factores decisivos son algo subjetivos (30,31).

5.2 Tipo de estudio

Para el presente estudio se utilizó un diseño de Delphi clásico o convencional, con una aproximación de tipo descriptivo.

Su foco apunta a la búsqueda de consenso para un grupo de expertos vinculados a la temática de prevención de suicidio, salud mental y psiquiatría, desde la óptica de la gestión de planes y programas para atención de salud mental especializada en diversos niveles (se detalla criterios en apartado de grupo de expertos). Cabe señalar además, la propia participación del investigador en el diseño y retroalimentación durante el proceso, como en la evaluación, adecuación y sistematización de las respuestas surgidas en cada ronda del ejercicio Delphi y etapa del estudio.

Algunas de las características o principios básicos que rigen la realización de un estudio Delphi y que resultan pertinentes para el desarrollo del presente trabajo, son: que es un proceso iterativo desarrollado en rondas sucesivas de consultas para que los participantes revisen sus opiniones; requiere retroalimentación y los expertos reciben las valoraciones de todos los participantes antes de cada ronda para contrastar criterios y que cada ronda se ve influida por el resultado grupal de la anterior; requiere del anonimato para las respuestas individuales, lo que además evita que los participantes de más prestigio influyan en las opiniones del resto y tiene como propósito la construcción de un consenso: este es un acuerdo general de grupo a partir del procesamiento estadístico de las diferencias y coincidencias entre las apreciaciones individuales y sus modificaciones a través de las rondas (32,34).

5.3 Diseño del ejercicio Delphi

El diseño se desarrolló de acuerdo con las siguientes etapas:

- **Etapa 1 de Preparación.** Esta se orientó fundamentalmente a la revisión bibliográfica y propuesta preliminar de dimensiones. Para ello, se realizó, antes de la conformación del panel de expertos e inicio de las rondas Delphi, una revisión bibliográfica con el objetivo de cotejar la evidencia y/o

recomendaciones existentes en torno a procesos de evaluación de programas de prevención de suicidio (a nivel nacional e internacional), orientados específicamente a la implementación de dichos programas y que dispusieran de eventuales indicadores que permitan evaluar dicho proceso. Esta revisión arrojó abundante información respecto de la ejecución de diversos programas y estrategias de prevención de suicidio de manera general, pero muy escasa información en torno a procesos específicos de evaluación de implementación de programa de prevención de suicidio o de indicadores a nivel nacional.

Como se mencionó en el apartado previo de Antecedentes, estas revisiones en su mayoría se centran en evaluar: resultados del programa de prevención a nivel individual o terapéutico; programas preventivos de suicidio dirigidos a grupos específicos o en contextos definidos (atención especializada en salud mental y comunidades escolares, entre otros).

De las evaluaciones de programas de prevención de suicidio implementados a nivel nacional, ya fueron señaladas las estrategias descritas en relación a la Estrategia Nacional para la Prevención de Suicidio (NSSP) de EE. UU. Y el Programa Nacional de Prevención y Atención a la Conducta Suicida en Cuba.

Ante este escenario, se decidió entonces construir una propuesta de dimensiones o áreas dentro de las cuales estuvieran contenidos determinados indicadores (todo en versión preliminar). Que pudieran servir de base para el inicio del ejercicio Delphi y permitiera orientar una respuesta en torno a la pregunta ¿Qué se requiere o necesita para que el PNPS se desarrolle o implemente de manera adecuada? Para ello, se tomó a modo de guía, algunos lineamientos sobre procesos de implementación señalados por la OMS en su documento de 2018 National Suicide Prevention Strategies, puntualmente relacionados a barreras que surgen en los países, al implementar estrategias de prevención de suicidio a nivel nacional (11). Dentro de este proceso de construcción, también se consideraron las seis dimensiones propuestas por el PNPS en su documento de Orientaciones para su Implementación (14). Todo lo anterior, fue además complementado y nutrido con la experiencia y conocimiento propia del investigador en relación al tema estudiado.²

Dentro de este apartado es relevante explicitar que para efectos de este estudio, el concepto de indicador será entendido, de manera general, como una medición que describe una situación determinada (35). Como su nombre lo señala, este “indica” o da señales del comportamiento del

² Como parte de su labor profesional, y por más de 15 años, el investigador se ha desempeñado como Encargado y Gestor en Salud Mental en dos Servicios de Salud en el país, correspondiéndole, entre otros, participar a nivel local, de la ejecución del PNPS, desde el quehacer de Redes Asistenciales, y vincularse en áreas afines y específicas en torno a este Programa, como es el sistema de seguimiento, participación en mesas regionales intersectoriales, gestión de casos, capacitación a equipos, entre otros.

proceso o resultados en torno a un fenómeno y de los cambios que pueda presentar en el tiempo (35,36).

Así mismo hay que aclarar que no fue propósito de este trabajo y del ejercicio Delphi, el establecer estándares, entendidos estos como un nivel de cumplimiento o de cuánto se aproxima o no (un indicador específico) a un grado de aceptación esperado (31,36).

Además, en las etapas posteriores, específicamente en los apartados de Análisis y Resultados, se puso especial énfasis, dado su relevancia para los objetivos de esta AFE y del proceso de implementación del PNPS, en la revisión de indicadores de estructura y proceso que surgieron. Los primeros, asociados al tipo y cantidad de recursos (RRHH, insumos, infraestructura, entre otros) dispuestos por las entidades de Salud (Servicios y Seremis de Salud) para llevar adelante la implementación y por otro lado, indicadores de proceso que se relacionan con tareas y acciones desarrolladas durante las distintas fases y que se orientan al cumplimiento del objetivo (35,37).

No se pone el énfasis en los indicadores de resultado por cuanto estos tienen su foco principal en la evaluación de cambios en las condiciones o estado de salud de personas o grupos que pueden atribuirse a una variable (37). Para nuestro caso podría ser la variación en las tasas de suicidio o cambios en el total de intentos de suicidio de una región por año. Lo anterior, no es objetivo de esta investigación.

Cerrada entonces esta fase de revisión y construcción, se tuvo una primera propuesta de cuestionario, que incluía 13 dimensiones a tener en cuenta dentro del proceso de evaluación de la implementación del PNPS y es la que fue presentada en primera instancia al grupo de expertos, al inicio de las rondas del ejercicio Delphi.

Se describen más detalles y complementos de este paso en el apartado de Desarrollo de Método Delphi con Grupo de expertos.

- **Etapa 2: Conformación de panel de expertos.**

Dentro del proceso de implementación del PNPS, la perspectiva y experiencia de gestores y encargados en salud mental, Referentes de SEREMIs de Salud y otros actores, invitados a participar del panel, es fundamental. Todos ellos, y para fines de este estudio, tuvieron el carácter de expertos. El término experto puede entenderse como aquel “cuya formación y experiencia, le han permitido alcanzar un dominio sobre un asunto, que excede el nivel promedio de sus iguales”. Este puede plantear sus opiniones sobre un tema para que sean utilizadas como “juicios conclusivos y se considera apto para emitir criterios certeros, por quien se los solicita” (32).

Sobre el número total de personas que se espera conformen un grupo de expertos para el ejercicio Delphi, la literatura es variable y señala que este total dependerá de los objetivos de cada estudio. En general, se considera que no deben ser menos de siete expertos y un máximo de treinta. Se contempla que el aumento de este número no compensa o es sinónimo de mejoras (32,38).

Teniendo en cuenta lo anterior, la conformación del panel de expertos consideró a un total de 12 profesionales vinculados a las temáticas de Prevención de Suicidio, Implementación del PNPS, Salud Mental y Psiquiatría, desde los ámbitos de la Gestión de Servicios, Planes y Programas en Salud Mental a nivel de Direcciones de Servicios de Salud y Secretaria Regional Ministerial de Salud, dependientes de las Subsecretarías de Redes Asistenciales y Subsecretaría de Salud Pública. Todos los integrantes del panel fueron seleccionados por conveniencia y factibilidad.

Se procuró que todos los integrantes del panel experto reunieran las siguientes condiciones:

- a. Alto grado de conocimiento en torno al tema de estudio.
- b. Experiencia de al menos 10 años en gestión de Servicios de Salud Mental e implementación de programas en la Red Pública de Salud, considerando para ello alguna de las siguientes funciones:
 1. Jefe/Gestor de Programa Prevención Suicidio en SEREMIs de Salud.
 2. Jefe/Gestor de Programa Prevención Suicidio en Servicios de Salud
 3. Jefe Regional Programa Salud Mental de SEREMI de Salud.
 4. Jefe Departamento Salud Mental en Servicios de Salud
- c. Participación como experto en Mesas Técnicas de trabajo en Suicidio y/o de implementación del PNPS, a nivel nacional o regional.
- d. Participación en elaboración de Planes o Programas de Prevención de Suicidio a nivel nacional o regional.
- e. Experiencia como expositor en seminarios y encuentros de nivel nacional o regional, en temas vinculados a la Prevención Suicidio en la Red de Salud Pública e implementación del PNPS.

De acuerdo con lo señalado anteriormente, la constitución del panel de expertos quedó conformado del siguiente modo:

Panelista	Profesión	Sexo	Edad	Años experiencia específica	% Profesión
1	Médico psiquiatra	M	40	10	17%
2	Médico psiquiatra	F	38	11	
3	Psicóloga	F	47	17	50%
4	Psicóloga	F	47	16	
5	Psicóloga	F	43	13	
6	Psicóloga	F	50	19	
7	Psicóloga	F	40	15	
8	Psicóloga	F	37	11	
9	Enfermera	F	44	19	8%
10	Trabajadora social	F	40	10	17%
11	Trabajadora social	F	43	12	
12	Psicopedagoga	F	46	17	8%
Total		12			100%

Fuente: Elaboración propia

El proceso de conformación de este panel se llevó adelante entre los meses de julio y septiembre de 2023. A cada participante se le extendió una invitación formal, así como también una carta de aceptación y voluntad para poder participar del estudio. Del mismo modo, se solicitó a sus respectivas instituciones, también de manera formal, el respaldo y visto bueno para que cada profesional pudiera participar en su calidad de experto, en el presente trabajo.

Se consideró además poder tener representantes de distintas regiones del país, que puedan a su vez retratar, realidades y niveles de desarrollo diferentes respecto del PNPS. De este modo, se incluyó profesionales que integran SEREMIs de Salud y Servicios de Salud de las regiones de Atacama, Bio-Bio, Ñuble, Araucanía y Los Lagos. Esto último permite una mayor heterogeneidad en el panel, otorgando más validez a los resultados.

- **Etapas 3: Desarrollo de Ejercicio Delphi con Panel de expertos.**

Como parte del diseño de este estudio, el desarrollo del ejercicio Delphi dispuso de 3 tiempos o momentos: una primera etapa de preparación y revisión bibliográfica (y definición preliminar de dimensiones propuestas para la evaluación de la implementación del PNPS) y dos rondas de consulta al panel de expertos.

Luego de etapa de revisión bibliográfica, se construyó un documento/propuesta con 13 dimensiones, la que sirvió de base para el inicio de la primera consulta del ejercicio Delphi. Las dimensiones propuestas fueron las siguientes:

1. Sistema de estudio de casos y Vigilancia epidemiológica
2. Multisectorialidad
3. Capacitación
4. Recursos Humanos
5. Prevención en Educación
6. Sistemas de ayuda en situaciones de crisis
7. Medios de comunicación en la prevención del suicidio
8. Programa o estrategia Independiente
9. Financiamiento
10. Gestión y liderazgo
11. Acceso a servicios
12. Continuidad de atención
13. Evaluación

Dentro de esta propuesta, se mantuvieron las seis dimensiones que contempla actualmente el PNPS a las que se sumaron las restantes siete dimensiones surgidas de la revisión y construcción realizada por el investigador. Además, para cada dimensión, se elaboró una definición conceptual en base a literatura de respaldo, con objeto de que los integrantes del panel concuerden y comprendan lo mismo respecto del alcance y detalle de cada una.

El siguiente Cuadro N°1 especifica las definiciones conceptuales para cada Dimensión:

Cuadro N°1 Definición Conceptual para las Dimensiones de la implementación del Programa Prevención Suicidio consideradas en el estudio.

Dimensión	Definición
Sistema de estudio de casos y Vigilancia epidemiológica	Hace mención, a que un programa de prevención de suicidio dispuesto a nivel nacional debe contar con un sistema de vigilancia epidemiológica para los suicidios e intentos de suicidio. En Chile, esta función se asigna a las SEREMI de salud.
Multisectorialidad	Se refiere al desarrollo de un trabajo conjunto que involucre a diferentes sectores (salud, educación, organizaciones civiles) y organismos (SENDA, SERNAM, SENAME, MIDESO, Carabineros, Bomberos, entre otros) y con ello, sumar al objetivo de la prevención de suicidio. Puede traducirse en la creación de Mesas intersectoriales y desarrollo de planes regionales de prevención del suicidio.
Capacitación	Se refiere al fortalecimiento de las competencias en profesionales de la salud y que éstos, en detección y manejo del riesgo suicida. Se sugiere, que el énfasis y fortalecimiento apunte a la atención primaria y los servicios de urgencia. Incluye también la disposición de normas, orientaciones y protocolos, por parte de los organismos y autoridades de salud.
Recursos Humanos	Se refiere a la disponibilidad de profesionales, técnicos y apoyo administrativos necesarios, para llevar adelante el proceso de implementación del PNPS (considerando cantidad y calidad suficientes) en el país.
Prevención en Educación	Esta dimensión, apunta a la disposición de estrategias, planes o acciones de prevención de suicidio en establecimientos educacionales, con prioridad de población de niños, niñas, adolescentes y jóvenes (NNAJ). Incluye la comunidad escolar y la coordinación intersectorial. Se sugiere especialmente, el trabajo de comisiones mixtas de salud y educación (COMSE).
Sistemas de ayuda en situaciones de crisis	Implica a los servicios de urgencia y además canales de apoyo como líneas telefónicas de ayuda en crisis, plataformas, protocolos de intervención en crisis y un sistema de seguimiento a personas con intentos de suicidio. Los sistemas de ayuda en crisis son un componente y factor protector principal en la prevención de suicidio. Debe considerarse por tanto, dentro de cualquier programa preventivo.
Medios de comunicación en la prevención del suicidio	Dice relación con el trabajo coordinado con los medios de comunicación, dado la relevancia de éstos en su rol preventivo y efecto de contagio suicida a través de una correcta información. Poseen un alcance promotor en salud mental y favorecen la búsqueda de ayuda de las personas en riesgo.
Programa o estrategia Independiente	Hace mención a que las Estrategias Nacionales de Prevención del Suicidio, sean implementadas como un “programa o fuerza de tarea” diferenciada e independiente del programa de salud mental general y no como un componente o elemento más de este.
Financiamiento	Se refiere a la estimación y disposición de presupuesto y financiamiento para un Programa de Prevención de Suicidio y su implementación. Implica además, la mantención del financiamiento, para que las acciones y estrategias sean sostenibles en el tiempo y no se vean obstaculizadas.
Gestión y liderazgo	Implica que los actores claves, directivos o gestores del proceso de implementación de un programa nacional de prevención de suicidio, tengan la capacidad requerida para la comunicación, intercambio y articulación con distintos líderes gubernamentales involucrados en dicho proceso.
Acceso a servicios	Como parte del proceso de implementación, se debe disponer de una adecuada cobertura de atención, intervenciones y seguimiento en salud mental, para los casos de riesgo o intento de suicidio. Esto implica una respuesta priorizada a estos casos, atención especializada, hospitalización si es requerida, y apoyos posteriores.

Continuidad de atención	Es la disposición de equipos de salud mental y servicios afines, vinculados y coordinados entre sí, con objeto de dar un adecuado seguimiento de los casos con riesgo o intento suicida. Implica la no interrupción de la continuidad en la atención y supone un rol activo de los equipos en derivación asistida, participación en comités de continuidad de cuidados, consultorías, reuniones técnicas y otros. En resumen, promueve la integración de servicios.
Evaluación	Dice relación con que las Estrategias o Programas de Prevención de Suicidio, cuenten con mecanismos de evaluación y seguimiento de los procesos desplegados y su implementación, de manera formal y con periodos o tiempos definidos.

Fuente: Elaboración propia.

El documento con las 13 dimensiones señaladas previamente fue el que se envió al grupo de expertos, para el inicio de las rondas del ejercicio Delphi.

Según el diseño de Método Delphi, se propone avanzar en rondas de consultas sucesivas al panel, en secuencia, a fin de priorizar e ir acotando un número de indicadores en la medida que se revisan. Se estima que en estos diseños, la menor dispersión se produce entre la primera y quinta ronda (33).

Así mismo, la definición del número total de rondas de consultas a ejecutar es variable y en general puede estar sujeto a varios factores. Algunos autores, señalan que un “criterio práctico” dentro de este proceso es el de desarrollar dos o tres rondas (38). Se espera que esto pueda ser decidido de antemano y puede depender del nivel de desacuerdo que se observe (39).

Muchos estudios han utilizado dos rondas, y en ocasiones sólo una. Incluso se señala que más de dos rondas pudiera generar un desgaste en el grupo de expertos (39). En concordancia a lo anterior y a elementos que surgieron a partir del desarrollo de ejercicio y que se exponen en los apartados siguientes de recolección de información, análisis y resultados, el diseño Delphi de este estudio contempló dos rondas de consultas.

Durante la primera ronda del ejercicio, el propósito fue que el panel de expertos, en base al documento base de 13 Dimensiones, propusiera un total de 5 indicadores por cada dimensión, permitiendo también que los participantes puedan agregar otras dimensiones que a su juicio no estuvieran siendo contempladas. Se instó además la realización de comentarios y sugerencias por parte de los integrantes del panel.

Para la segunda ronda del ejercicio, el propósito fue, teniendo un set de indicadores propuestos por los expertos y ya sistematizados por el investigador, realizar una priorización de éstos, a fin de obtener un número igual o menor a 5 indicadores por dimensión.

Ambas rondas se realizaron a través de cuestionarios consulta enviados por correo electrónico a cada integrante del panel, disponiendo a su vez para ello un plazo estimado de respuesta y retroalimentación.

5.4 Técnicas de recolección de información

La recolección de información fue realizada principalmente por medio del documento que habitualmente se conoce como *Cuestionario*. Este puede estar “basado en uno preexistente, en evidencias de investigación, experiencia práctica o se construye con la participación de los mismos expertos”. Además, para la primera ronda, se sugiere iniciar con preguntas abiertas a fin de que los investigadores no impongan sus puntos de vista a los participantes y además, evitar eventuales sesgos (32).

Sobre la base de este primer cuestionario, los panelistas fueron dando su opinión o respuestas a través de dos rondas, lo que permitió estabilizar las opiniones. Esto da la posibilidad al experto, de reflexionar o reconsiderar su opinión, a la luz de los planteamientos propios o lo que señalen los demás expertos (38).

Para la primera ronda, se puso a disposición de panel el documento Cuestionario (se detalla en Anexo N° 11.3) que contenía las 13 dimensiones para evaluación de la implementación del PNPS propuestas. Dentro de la consigna se incluyó la pregunta abierta *¿Cuáles serían los principales criterios/indicadores a considerar, para evaluar la implementación del Programa Nacional de Prevención de Suicidio en Chile?* A partir de esto, se solicitó a cada panelista que propusiera un máximo de 3 indicadores por dimensión. Se reforzó además la posibilidad de que el panelista puede proponer nuevas dimensiones, sugerir modificaciones a estas, dar observaciones u opiniones durante todo el desarrollo de la ronda.

Como información adicional o complementaria, se dispuso al panel de una ficha resumen con los indicadores actuales que están contenidos en el documento MINSAL “Programa Nacional de Prevención de Suicidio: orientaciones para su implementación” (14). Esto último con el objeto de que, si bien estos indicadores son generales y no apuntan explícitamente a evaluar la implementación de dicho Programa, cada panelista tuviera la posibilidad de considerar o no, según su criterio experto (manteniendo, eliminando o modificando) alguno de estos indicadores descritos.

Como parte de la segunda ronda de consulta, y en base a las respuestas y opiniones de la ronda anterior, se construyó un segundo cuestionario de priorización y pregunta ranking (33). Este contó

con 14 dimensiones, esto es, 13 dimensiones iniciales más una nueva dimensión surgida de las respuestas y opiniones del panel en la ronda 1.

Según señala la literatura, para las distintas rondas de revisión de los expertos, el cuestionario puede requerir respuestas de distinta índole: dicotómica, abierta, de ponderación o tipo Likert. Es usual además, solicitar al panel brindar nuevos aportes, considerando un límite a estas propuestas (32).

Para el caso de esta segunda ronda, se solicitó a los panelistas que priorizaran cinco indicadores por cada dimensión y luego, jerarquizar estos indicadores en un rango de 5 a 1, considerando 5 como el más importante y 1 el menos importante (se detalla en Anexo N° 11.4).

Como se ha señalado previamente, el envío de cuestionarios y recolección de información de respuestas, opiniones, observaciones y complementos, entregada por cada experto, se realizó por correo electrónico.

5.5 Análisis de la información y calidad

El análisis de la información se dio en paralelo al desarrollo de las dos rondas Delphi, teniendo un carácter iterativo y de avance progresivo. Lo anterior cobra sentido, a medida se fueron desarrollando las distintas etapas de esta técnica y se avanzó hacia la obtención de una propuesta de indicadores final (38).

Para la Ronda 1, se sistematizó todas las respuestas recibidas a través de análisis cualitativo simple. Se revisó cada uno de los indicadores propuestos (en algunos también criterios). Dentro de este análisis correspondió reagrupar, eliminar repetición, duplicidad de respuestas y también criterios que respondían más a indicadores de resultado final. Se integró y sistematizó además todas las opiniones y comentarios que realizaron los expertos, considerada como información adicional a la pregunta inicial del cuestionario de ronda 1.

Las respuestas se dieron en torno a las 13 dimensiones previstas y se sumó una nueva dimensión denominada como Otros, que emerge de las opiniones y sugerencias del panel.

A modo de producto de esta ronda y de manera aún incipiente, se tiene una primera versión (preliminar) de un conjunto de indicadores propuestos. Esto es al mismo tiempo, el insumo para la elaboración del cuestionario correspondiente a la siguiente ronda.

Para la Ronda 2, se consideró para el análisis aspectos cuantitativos y cualitativos.

En el primer caso, se utilizó el cálculo de frecuencias relativas (porcentaje) como criterio de corte, definiendo la jerarquización y consenso con un total igual o mayor al 50% de votos del panel respecto de un indicador. Es muy relevante señalar, que en la mayoría de los indicadores que fueron consensuados por el panel este porcentaje fue mayor, sin embargo, dado el carácter específico de algunos indicadores, su calidad desde el punto de vista de lo propuesto (pertinentes, comparables, costo-efectivos, simples, entre otros) y la relevancia que presentaron para este estudio, se optó definir el consenso en el 50% de votos. Esto va en concordancia a lo sugerido para el desarrollo de las rondas Delphi y las preguntas de ranking y dice relación con que, la definición del porcentaje de consenso no resulta categórica y va a depender del propósito, justificación y el tipo de estudio que se desarrolla (33,40).

A partir de lo anterior, en el caso puntual de la Dimensión de *Acceso a Servicios*, se observó una notoria dispersión en las respuestas del panel. Además el aplicar el criterio (de 50%) implicaba la selección de solo un indicador en una dimensión que además, era de relevancia para el propósito y naturaleza del estudio, por lo que se optó (solo para esta dimensión) aplicar un criterio de consenso de menor exigencia, considerando para ello un 40% de los votos del panel. Esta definición puede ser posible también cuando se busca acotar las respuestas o sobre la base de un criterio que pudiendo ser arbitrario, resulte racional y explícito (33). En los casos en que se ha definido un criterio previo para el consenso, de acuerdo con la literatura, este puede presentarse en un rango variable, de igual o mayor a 50% y el 100% de acuerdo entre los integrantes del grupo de expertos (41).

Por otro lado, se consideró aspectos de análisis cualitativo simple, también en esta ronda, con objeto de complementar el trabajo de jerarquización y consenso de indicadores señalado en los párrafos anteriores. En específico, se analizó cada indicador a fin de que puedan cumplir requisitos básicos como son: pertinencia; permita comparaciones y brinde información útil; costo-efectividad especificidad y sensibilidad; sea simple y comprensivo; esté basado en evidencia y fuente confiable (29,37).

Además se analiza sus características, a fin de poder diferenciar entre indicadores de proceso o estructura, como insumo posterior para la elaboración del cuadro final de indicadores propuestos que considere su nombre, definición, tiempo y fuente de obtención de información para su elaboración.

Completada la segunda ronda, se finalizó el ejercicio de consultas como tal, por cuanto se observó en los resultados la variación de las respuestas y además, se estimó que el total de indicadores resultantes para cada dimensión, luego de la priorización y consenso (en promedio de 3 a 5) resultaba manejable y, en modo razonable no excedería la capacidad de análisis de quienes eventualmente podrían usarlos (tomadores de decisión, gestores, evaluadores, entre otros) (29,38).

VI CONSIDERACIONES ÉTICAS

El foco y desarrollo de este trabajo, centrado en una técnica específica como lo es el Delphi, consideró a un grupo de participantes, todos profesionales con experticia en la materia de estudio, que entregaron sus opiniones y sugerencias. En este contexto, se contempló el resguardo de los siguientes aspectos éticos:

1. Voluntariedad para participar del estudio e integrar el panel.
2. Consentimiento firmado para participar del estudio. En este documento (detallado en Anexo N°11.5) se describen además de aspectos relevantes en relación al anonimato y confidencialidad, otros de importancia como los objetivos, procedimientos, etapas, riesgos, beneficios y aclaración de no compensación.
3. Confidencialidad de las opiniones que entreguen. Una de las características del ejercicio Delphi es su anonimato. Para el caso de este estudio, este elemento fue resguardado en la medida que las opiniones de cada participante se obtuvieron a partir de cuestionarios enviados por correo electrónico a cada uno de los panelistas por separado. No hubo interacción entre los integrantes del panel.
4. Resguardo de uso de las opiniones para uso exclusivo del estudio y del ejercicio Delphi.
5. Derecho del participante para poder retirarse del estudio cuando así lo deseen, al igual que las opiniones que hayan emitido.

Como se mencionó, este trabajo consideró la participación de profesionales o referentes expertos muchos de los cuales se vinculan a Servicios de Salud o Secretaría Regional Ministerial de Salud. En concordancia a ello, se contempló también extender una carta formal de apoyo dirigida a sus respectivas jefaturas o Directores a modo de asegurar las facilidades en la participación de los panelistas y procurar un respaldo también formal.

No hubo uso de bases de datos, como tampoco solicitud de disponer de datos personales o uso de información sensible respecto de los participantes del panel.

VII RESULTADOS

En este apartado se exponen los resultados obtenidos de las rondas de ejercicio Delphi y el conjunto de indicadores surgidos luego de la priorización, jerarquización y consenso realizada por el panel de expertos. Estas rondas de consulta y opinión se desarrollaron entre los meses de octubre y noviembre de 2023.

7.1 EJERCICIO DELPHI RONDA 1

En esta primera etapa, el objetivo fue poner a disposición del panel el Cuestionario con las 13 dimensiones sugeridas y el cuadro con su respectiva definición conceptual señalado en el apartado de metodología. En concordancia con esto, se solicitó a los expertos la validación de éstas y además propusieran, para cada dimensión, un total de 5 indicadores para evaluar la implementación del PNPS en Chile.

Contestaron al cuestionario un total de 12 expertos lo que corresponde al 100% del panel.

Las respuestas se dieron en torno a las 13 dimensiones previstas, las cuales fueron validadas por el panel y además, los expertos propusieron indicadores que no se podían agrupar en las dimensiones establecidas, por lo que se creó una categoría denominada “otros asociados a la evaluación” para consolidarlos. Estas respuestas se orientaron principalmente a evaluar aspectos como la disposición de programas de cuidado y prevención con pertinencia territorial; la prevención del riesgo de suicidio por grupos vulnerables y por ciclo vital; en manejo de situación de estrés en usuarios de servicios de salud mental y la existencia de estudios epidemiológicos e información pertinente en relación al suicidio.

Se obtuvo un total de 378 respuestas. En su detalle, resultaron 356 respuestas (94,2%) distribuidas dentro de las 13 dimensiones y 22 respuestas (5,8%) para la dimensión “Otros asociados a la evaluación”.

Se presenta el detalle en la siguiente Tabla N° 1 sobre respuestas de panel de expertos en Ronda 1:

Tabla N° 1. Respuestas panel en Ronda 1

Dimensión	Respuestas	%
1. Sistema de Vigilancia y estudio de casos	34	8,99
2. Multisectorialidad	29	7,67
3. Capacitación a equipos de salud	42	11,11
4. Recursos Humanos	21	5,56
5. Prevención en ámbito educacional	36	9,52
6. Sistemas de ayuda en crisis	25	6,61
7. Medios de comunicación en la prevención	21	5,56
8. Prevención como estrategia independiente	17	4,50
9. Financiamiento	26	6,88
10. Gestión y Liderazgo	29	7,67
11. Acceso a servicios	26	6,88
12. Continuidad de atención	29	7,67
13. Evaluación	21	5,56
14. Otras asociadas a evaluación	22	5,82
Total Indicadores	378	100%

Fuente: Elaboración propia.

La dimensión que obtuvo el mayor número de indicadores propuestos fue *Capacitación a equipos de Salud* con un total de 42 respuestas (11,1%). Le siguen *Prevención en el ámbito de educación* con 36 respuestas (9,5%), *Sistema de Vigilancia y estudio de casos* con 34 respuestas (9,0%) y *Gestión y Liderazgo* con 29 respuestas (7,6%).

Por otro lado, los ámbitos con menor número de respuestas fueron *Prevención como estrategia independiente* con 17 indicadores propuestos (4,5%), seguidas de *Medios de comunicación en la prevención* y *Evaluación*, ambos con 21 indicadores (5,5%).

Luego, dentro de esta etapa, se analizó todas las respuestas en detalle, revisando cada criterio o indicador. En los casos necesarios se reagrupó las propuestas y eliminó la repetición o duplicidad de respuestas. También se analizó e integró algunos indicadores de resultado surgidas entre las propuestas. Como se señaló en apartados anteriores, este tipo de indicadores no fueron considerados como parte de la propuesta final del estudio, sin embargo se decidió mantenerlos durante el desarrollo de esta etapa a propósito de que son productos surgidos y sugeridos desde el panel de expertos.

Cabe indicar que, se incluyeron e integraron todos los comentarios y opiniones que realizaron los expertos.

Finalizado lo anterior, se obtuvo una síntesis con un total de 206 indicadores, distribuidos en 14 dimensiones, que posteriormente serían presentados al panel como parte de la segunda ronda Delphi.

Se presenta el detalle en la siguiente Tabla N° 2 sobre indicadores para evaluación de implementación de PNPS resultantes en primera ronda Delphi

Tabla N° 2. Número de indicadores para evaluación de implementación de PNPS resultantes en primera ronda Delphi

Dimensión	Indicadores proceso	Indicadores de estructura	Indicadores de resultado	Total Indicadores	%
1. Sistema de Vigilancia y estudio de casos	7	7	1	15	7,3%
2. Multisectorialidad	11	2	0	13	6,3%
3. Capacitación a equipos de salud	8	6	0	14	6,8%
4. Recursos Humanos	3	13	0	16	7,8%
5. Prevención en ámbito educacional	11	8	0	19	9,2%
6. Sistemas de ayuda en crisis	9	5	0	14	6,8%
7. Medios de comunicación en la prevención	8	2	0	10	4,9%
8. Prevención como estrategia independiente	6	3	1	10	4,9%
9. Financiamiento	6	8	1	15	7,3%
10. Gestión y Liderazgo	12	5	1	18	8,7%
11. Acceso a servicios	11	7	0	18	8,7%
12. Continuidad de atención	13	4	0	17	8,3%
13. Evaluación	12	1	0	13	6,3%
14. Otras asociadas a evaluación	10	2	2	14	6,8%
Total Indicadores	127	73	6	206	100,0%
%	61,7%	35,4%	2,9%	100%	

Fuente: Elaboración propia.

Ahora bien, el desglose de resultados obtenidos en esta primera ronda Delphi, por cada una de las dimensiones es el siguiente:

Para la dimensión 1 de *Sistema de Vigilancia y estudio de casos*, se observó igual número de indicadores tanto para evaluación de estructura como de proceso. En general, estos se orientan a evaluar aspectos relacionados con la disposición de un sistema de vigilancia en las SEREMIs de Salud,

así como de mecanismos para el seguimiento de personas usuarias riesgo e intentos de suicidio y acciones de coordinación entre SEREMIs de Salud y Servicios de Salud.

Como parte de las propuestas y observaciones señaladas por el panel, se hace mención en los comentarios al *Estudio de casos* y dentro de este, a una actividad puntual que señala el PNPS y que es la autopsia psicológica. Respecto de ello, tres de los expertos sugieren mantener esta acción como objetivo dentro del plan, sin embargo se insiste en que esta labor debería ser ejecutada por un equipo centralizado y que otorgue cobertura nacional en casos específicos.

En relación a la dimensión 2 de *Multisectorialidad*, la mayoría de los indicadores propuestos fueron de proceso (84,6%) y apuntan a la evaluación de aspectos puntuales en la implementación del PNPS como lo son el contar con planes y protocolos de prevención de suicidio a nivel regional, la ejecución de mesas de trabajo intersectorial y jornadas para la prevención, entre las que se incluyen además, espacios de intercambio con líderes comunitarios.

Lo anterior, es complementado por opiniones en torno a ampliar la mirada de la prevención de conductas suicidas más allá del quehacer de instituciones públicas y privadas. En ese sentido, se insta a desarrollar un trabajo comunitario involucrando a juntas de vecinos, iglesias y líderes del territorio con el fin involucrar a organizaciones sociales y comunidad.

La dimensión 3 sobre *Capacitación a equipos de salud*, fue la que obtuvo el mayor número de respuestas sugeridas por el panel de expertos, agrupando un total de 42 indicadores. Estos fueron en su mayoría de proceso (57,1%) y dicen relación con evaluar la disposición de instancias de capacitación y formación dirigidas a los equipos de salud de los distintos niveles, en temáticas de detección precoz y riesgo suicida. Por otro lado, también se relacionan con la existencia de protocolos de atención y manejo de la conducta suicida.

Respecto de la dimensión 4 de *Recursos Humanos*, entendida esta como la disponibilidad de profesionales, técnicos y apoyo administrativos necesarios para llevar adelante el proceso de implementación del PNPS en el país, destaca con un importante número de indicadores de estructura propuestos (81,3%). Se entiende esto por la naturaleza de la dimensión considerada y que en su desarrollo focalizó propuestas en un recurso específico que es el de capital humano profesional necesarios para llevar adelante este proceso. En general, los indicadores sugeridos apuntaron a medir el número de profesionales destinados a la gestión del programa de prevención de suicidio en SEREMIs de Salud y Servicios de Salud, al seguimiento de casos de riesgo y apoyo en servicios de urgencia por medio de duplas psicosociales.

En el caso de la dimensión 5 *Prevención en ámbito educacional*, el panel también consignó aquí un número importante de respuestas, con un total de 36 indicadores propuestos, los que en su mayoría apuntan a evaluar dos ámbitos. En primer lugar, la existencia de programas preventivos en suicidio y de fortalecimiento en factores protectores en los establecimientos educacionales (municipales, particulares subvencionados y/o privados) y por otro lado, disponer de recurso humano capacitado, a nivel de duplas psicosociales en educación y agentes comunitarios, en prevención de suicidio y primera ayuda psicológica.

De acuerdo a lo comentado por el panel en relación a este ámbito, no existen planes preventivos ampliados en todos los establecimientos educacionales, siendo así mismo escasos los espacios y facilidades que se otorgan para trabajar esta línea temática.

En cuanto a la dimensión 6 *Sistemas de ayuda en crisis*, las propuestas estuvieron dirigidas a evaluar la implementación y disposición de sistemas de ayuda 24 horas (fono *41141 o en línea) para apoyo de personas con riesgo suicida y poder asegurar las acciones de seguimiento a esos casos posterior al llamado o requerimiento de ayuda. Además, evaluar la existencia de canales de difusión de redes de apoyo y la entrega de orientaciones técnicas a otros sectores sociales en detección precoz y apoyo en situaciones de crisis.

En la dimensión 7 sobre *Medios de comunicación en la prevención*, las propuestas apuntaron principalmente a evaluar acciones destinadas a vincular e integrar a medios de comunicación en instancias claves como son las Mesas Regionales de Prevención de Suicidio y espacios de capacitación/sensibilización para la entrega y difusión de información respecto de intentos de suicidio o suicidios consumados, según las orientaciones y recomendaciones vigentes. Se propone también, evaluar el desarrollo de planes de trabajo local conjuntos entre las SEREMIs de Salud y medios de comunicación a nivel local y/o regional.

Para la dimensión 8 *Prevención como estrategia independiente*, las propuestas se orientaron a evaluar la existencia de estrategias locales de prevención, intervención y posvención de suicidio implementadas en cualquier sector del Estado u organización privada con apoyo técnico desde el Sector Salud. Se propuso además, evaluar el desarrollo de programas de prevención de suicidio, dispuesto en la red de atención de forma exclusiva, con gestión financiera asegurada y RR.HH. protegidos, que opere en conjunto con los programas de salud.

En el caso de la dimensión 9 sobre *Financiamiento* el panel propuso principalmente indicadores que apuntan a evaluar la existencia de un presupuesto asignado para la implementación del PNPS (que considere RR.HH., gastos operacionales, entre otros). Además se sugirió evaluar tipos de financiamiento específico como por ejemplo, para reforzar las atenciones en los servicios de

urgencias por medio de duplas psicosociales como lo tienen actualmente los Servicios de Atención Primaria de Urgencia de Alta Resolutividad (SAR) y los Servicios de Atención Primaria de Urgencia (SAPU) a través de los Programas de Refuerzo a la APS (PRAPS).

Para la dimensión 10 sobre *Gestión y Liderazgo*, los indicadores sugeridos hicieron hincapié en que el proceso de implementación del PNPS cuente con actores claves establecidos y formalizados, entendiendo por ello a un encargado /referente nacional de prevención de suicidio y además de gestores o referentes de esta temática a nivel de todas las regiones. Se apunta a que, desde el trabajo de Redes Asistenciales sean los Directores de Servicio de Salud quienes lideren la estrategia y generen espacio de intercambio y sensibilización que son claves para el desarrollo e implementación del PNPS.

Se mencionó también para esta dimensión, el que se cuente con definiciones claras en los roles y alcances específicos de SEREMI de Salud y Servicios de Salud en la implementación y conducción del PNPS.

En relación a la dimensión 11 de *Acceso a servicios*, el panel propuso un total de 26 indicadores, los cuales en general están dirigidos a evaluar el acceso de las personas con riesgo o intento de suicidio a tratamiento garantizado en la red de servicios, ya sea a nivel de APS o especialidad en salud mental y psiquiatría.

En concordancia a esto, se propone además evaluar los tiempos de espera para inicio de tratamiento y la disposición de protocolos locales de referencia y contra referencia para la derivación de usuarios con riesgo de suicidio por parte de los equipos de salud y las redes de atención.

Para la dimensión 12 sobre *Continuidad de atención*, se propuso un total de 29 respuestas, siendo también una de las que obtuvo un mayor número de indicadores. Estos apuntan principalmente a evaluar el desarrollo de Planes de Continuidad de Cuidados para los casos identificados con intento o riesgo suicida, por parte de equipos de salud mental APS o especialidad. Así mismo se considera como parte de las acciones de continuidad de cuidado la articulación de la red, el seguimiento y el apoyo con gestores de caso.

En este ámbito el panel también sugiere evaluar el cumplimiento de protocolo del sistema *4141.

Respecto de la dimensión 13 de *Evaluación*, el panel consideró indicadores que busquen evaluar de forma periódica los avances en la implementación del PNPS, a través de un plan anual y monitoreo en Mesa Regional de Prevención Suicidio o espacios de reunión e intercambio formales lideradas por SEREMI de Salud a cargo del PNPS. Se propuso además, evaluar el cumplimiento de las acciones,

según componente del PNPS que son responsabilidad de las SEREMIs de Salud, Servicios de Salud y otros sectores sociales.

Finalmente, para la dimensión 14 que surgió de las diversas opiniones y sugerencias del panel experto y que fue denominada como *Otras asociadas a evaluación*, se propuso en esta primera ronda un total de 22 indicadores. En lo central estos apuntan a evaluar la disposición de programas de cuidado de la salud mental y prevención del suicidio en entornos específicos (ámbitos laborales, personas privadas de libertad, personas en situación de calle, población LGBTIQANB+, entre otros). Así mismo se indicó que estos programas y líneas de acción consideren la pertinencia territorial en su ejecución.

En esta dimensión también se propuso indicadores específicos para evaluar resultados finales del PNPS, los cuales, para fines de este estudio y sus propósitos, no serán incluidos como parte de la propuesta final.

Teniendo en cuenta todo lo anterior, se elaboró un segundo cuestionario con la síntesis obtenida de 206 indicadores distribuidos en 14 dimensiones, el que fue presentado al panel como parte del segundo ejercicio Delphi.

7.2 EJERCICIO DELPHI RONDA 2

Para la segunda ronda contestaron al cuestionario 10 expertos de un total de 12 participantes, lo que corresponde al 83% del panel.

En esta etapa, el objetivo era priorizar y jerarquizar los indicadores propuestos por los expertos en el ejercicio previo, para lo cual se le solicitó a cada integrante del panel seleccionar cinco (5) indicadores que a su juicio resultan ser los más importantes en cada una de las 14 dimensiones. Luego de ello, se le pidió ordenar estos cinco (5) indicadores escogidos por dimensión, según importancia y relevancia, en un rango de 5 a 1 (donde 5 era el más importante y 1 el menos importante). Es decir, a cada indicador seleccionado, se le asignó el número: 5, 4, 3, 2 ó 1 según fuera la relevancia asignada.

Lo anterior a su vez implicó que cada experto podía seleccionar un total de 70 indicadores, sobre el total de 206 indicadores presentados en el cuestionario de ronda 2.

El panel no realizó observaciones o ajustes en torno a las 14 dimensiones, las que se mantuvieron sin cambios y fueron aceptadas por los participantes.

Hubo un total de 20 indicadores que no fueron seleccionados ni priorizados por el panel, lo que representa un 9.7% sobre el total de 206 indicadores que fue presentado a los participantes. Se presenta el detalle en la siguiente Tabla N°3:

Tabla N° 3. Número de indicadores no seleccionados resultantes en segunda ronda Delphi

Dimensión	N° indicadores no seleccionados	Total Indicadores Dimensión	%
1. Sistema de Vigilancia y estudio de casos	1	15	6,7%
2. Multisectorialidad	1	13	7,7%
3. Capacitación a equipos de salud	1	14	7,1%
4. Recursos Humanos	3	16	18,8%
5. Prevención en ámbito educacional	4	19	21,1%
6. Sistemas de ayuda en crisis	1	14	7,1%
7. Medios de comunicación en la prevención	0	10	0,0%
8. Prevención como estrategia independiente	0	10	0,0%
9. Financiamiento	1	15	6,7%
10. Gestión y Liderazgo	3	18	16,7%
11. Acceso a servicios	1	18	5,6%
12. Continuidad de atención	3	17	17,6%
13. Evaluación	0	13	0,0%
14. Otras asociadas a evaluación	1	14	7,1%
Total Indicadores	20	206	
%	9,7%	100%	

Fuente: Elaboración propia.

Como se observa, la dimensión de *Prevención en educación* es la que tuvo la mayor proporción de indicadores no seleccionados (4 en total) los que en general estaban referidos a aspectos de capacitación a los servicios locales de educación y la participación de establecimientos de educación básica y media en programas de prevención de suicidio con herramientas o enfoques terapéuticos específicos como por ejemplo DBT (Dialectical Behavior Therapy).

Le siguen las dimensiones de *Recursos Humanos*, *Gestión y liderazgo* y *Continuidad de atención* cada uno con 3 indicadores no seleccionados. En cuanto al apartado de *Recursos Humanos* los indicadores se vinculaban principalmente a evaluar la disposición (o no) de funcionarios administrativos para apoyo al PNPS y la necesidad de resguardo de horas específicas para el abordaje de casos con riesgo

suicida. En el caso de la dimensión de *Gestión y Liderazgo*, los indicadores tenían relación con poder evaluar la ejecución financiera y programática del PNPS. Respecto de la dimensión *Continuidad de atención* se sugería principalmente evaluar satisfacción usuaria dentro del proceso de atención de usuarios y el número de visitas domiciliarias a personas con intento o riesgo suicida por parte de equipos de salud de APS. Este último ámbito, sin embargo y dada su relevancia, quedó previamente contemplado como parte de un indicador de la dimensión de *Recursos Humanos*.

Se aprecia finalmente un total de 7 dimensiones, cada una de las cuales tiene 1 indicador que no fue seleccionado. En su conjunto, se trata de indicadores cuyos aspectos o elementos a evaluar se encuentran contenidos en otros indicadores más amplios y que sí fueron sugeridos por el panel.

INDICADORES OBTENIDOS EN RONDA 2

Considerando el criterio de corte que establecía un porcentaje de votación igual o mayor al 50%, y luego de revisados y analizados los resultados en cada una de las dimensiones, se obtuvo un total de 54 indicadores, de los cuales 35 corresponden a indicadores de proceso (64,81%) y 19 a indicadores de estructura (35,19%). No se consideró ningún indicador de resultado de los 6 que habían sido sugeridos por el panel y que se incluían en el cuestionario.

Para el caso específico de la dimensión de *Acceso a Servicios* y tal como se describió en el apartado de Método, el criterio fue menos exigente con un 40% de los votos. Aplicando dicho criterio, se obtenía un total de 7 indicadores, sin embargo dos de ellos no cumplían con condiciones y características mínimas de especificidad, pertinencia y entrega de información útil, razón por la cual no fueron considerados, quedando finalmente un total de 5 indicadores incluidos para esta dimensión.

Exceptuando este ámbito de Acceso a Servicios, las dimensiones que arrojaron el mayor número de indicadores propuestos y validados fueron las de *Sistema de Vigilancia y estudio de casos*, *Recursos Humanos*, *Continuidad de atención* y *Evaluación*, todas ellos con 5 indicadores que obtuvieron un total igual o mayor a 50% de votos.

El detalle de indicadores obtenidos luego del análisis y revisión y aplicado el criterio de consenso por dimensión para la segunda ronda Delphi se resume en la siguiente Tabla N°4:

Tabla N° 4. Indicadores obtenidos según criterio consenso ronda 2 Delphi.

Dimensión	Indicadores proceso	Indicadores de estructura	Indicadores de resultado	Total Indicadores	%
1. Sistema de Vigilancia y estudio de casos	3	2	0	5	9,3%
2. Multisectorialidad	2	2	0	4	7,4%
3. Capacitación a equipos de salud	2	1	0	3	5,6%
4. Recursos Humanos	0	5	0	5	9,3%
5. Prevención en ámbito educacional	2	1	0	3	5,6%
6. Sistemas de ayuda en crisis	2	2	0	4	7,4%
7. Medios de comunicación en la prevención	3	1	0	4	7,4%
8. Prevención como estrategia independiente	2	1	0	3	5,6%
9. Financiamiento	1	1	0	2	3,7%
10. Gestión y Liderazgo	1	2	0	3	5,6%
11. Acceso a servicios *(criterio >40%)	5	0	0	5	9,3%
12. Continuidad de atención	4	1	0	5	9,3%
13. Evaluación	5	0	0	5	9,3%
14. Otras asociadas a evaluación	3	0	0	3	5,6%
Total Indicadores	35	19	0	54	100%
%	64,81%	35,19%	0,00%	100%	

Fuente: Elaboración propia.

El número de indicadores y las temáticas a las cuales están referidos estos, fue variable en cada una de las dimensiones. Se presenta a continuación una descripción:

Para el caso de la dimensión 1 de *Sistema de vigilancia y estudio de casos*, y luego de la priorización del panel, se obtuvo un total de 5 indicadores, los que en su mayoría están referidos a evaluar el sistema de notificación, vigilancia y seguimiento de casos, la coordinación entre los responsables de llevar adelante estos procesos y la disposición de informes anuales con datos epidemiológica obtenida a partir de los sistemas de notificación y vigilancia implementados.

El indicador 1 de este apartado referido a evaluar el “Porcentaje de establecimientos de salud con atención de urgencias en SAPU, SAR o Unidad de Emergencia Hospitalaria (UEH) que cuentan con sistema de notificación de casos de intentos de suicidio o personas con LAIN (Sistema seguimiento personas con lesiones autoinfligida) en funcionamiento” obtuvo el porcentaje más alto de votación con un 70%.

En relación a la dimensión 2 de *Multisectorialidad*, se obtuvo un total de 4 indicadores seleccionados, 2 de proceso y 2 de estructura, los que se centran en poder evaluar la disposición a nivel de SEREMIs de Salud de planes regionales intersectoriales de prevención de suicidio y el desarrollo de jornadas de trabajo con líderes comunitarios por parte de los equipos de salud locales (APS).

El indicador referido a evaluar la “Existencia de Planes operativos en las distintas instituciones de otros sectores sociales en la línea de prevención del suicidio, para especificar las intervenciones que se llevarán a cabo” obtuvo el porcentaje más alto de votación con un 70%. Este indicador resulta además importante, por cuanto en el complemento señalado a través de las opiniones del panel, se hace énfasis en que la disposición de estos planes en instituciones que no pertenecen en rigor al sector salud (Educación, Justicia, Servicio Nacional de Drogas y Alcohol, SENAMA, SERNAMEG, entre otros) tienen un rol estratégico y de importancia en la prevención de suicidio.

Respecto de la dimensión 3 de *Capacitación*, el ejercicio y votación del panel dio como resultado un total de 3 indicadores. Estos se orientan principalmente a evaluar aspectos de formación competencias y capacitación en riesgo suicida a los equipos de salud, con énfasis en los profesionales y técnicos de los servicios de urgencia. Se incluye además, evaluar la proporción de centros de salud de atención primaria que cuentan con protocolo de atención y manejo del riesgo suicida.

El indicador 7 de este apartado que señala “Servicio de Salud cuenta con un Programa Anual de Formación de competencias con foco en pesquisa temprana de problemas de salud mental y riesgo suicida.” obtuvo el porcentaje más alto con un 90% de la votación.

Por otro lado, en la dimensión 4 de *Recursos Humanos*, el panel de expertos seleccionó un total de 5 indicadores. En su mayoría estos están referidos a evaluar la existencia de un recurso humano exclusivo para la gestión de prevención de suicidio y el seguimiento de los casos, a nivel de SEREMIs de Salud, Direcciones de Servicios de Salud y equipos de salud en APS. Por otro lado, se seleccionó un indicador que considera la evaluación del número de profesionales de salud mental en APS destinados a apoyar las acciones del PNPS.

Los indicadores 1 y 5 en esta dimensión que señalan “Porcentaje de Servicios de Salud con cargo exclusivo de encargado o gestor de prevención del suicidio dispuesto en la institución” y “Porcentaje de Servicios de Urgencias (UE, SAPU, SAR) con duplas psicosociales de apoyo en salud mental, operando al menos 8 horas diarias” tuvieron el porcentaje más alto de votación, ambos con un 80%.

Cabe destacar en este apartado un indicador específico que no fue seleccionado según el criterio de corte (obtuvo un 40% de la votación) y que está referido a un aspecto relevante dentro del quehacer de los profesionales de salud. Dice relación con la “Existencia de planes de cuidado y protocolos de

manejo al interior de los equipos tras la pérdida de un paciente por suicidio consumado”. Este indicador, apuntaba a aspectos más cualitativos dentro de esta dimensión y se enfoca en un ámbito que habitualmente no se considera y que es garantizar que los equipos puedan estar preparados para enfrentar la difícil situación de la pérdida de un paciente por suicidio.

En cuanto a la dimensión 5 de *Prevención en educación*, los participantes de acuerdo a su votación definieron un total de 3 indicadores los que en general apuntan a evaluar aspectos como la disposición de programas de prevención y posvención de suicidio. Se sugiere además evaluar la proporción de agentes comunitarios en la prevención de suicidio en los establecimientos educacionales.

En esta dimensión, el indicador 1 relacionado con el “porcentaje de establecimientos educacionales municipales, particulares subvencionados o privados que cuentan con programas de prevención y posvención de suicidio validados y simulados” obtuvo un porcentaje de votación del 80% por parte del panel.

Cabe señalar que, también en esta dimensión, el panel propuso un indicador relacionado con “Disponer de un Programa educativo dirigido a toda la comunidad educacional, centrado en el fortalecimiento de los factores protectores, que incluyan actividades e intervenciones para fortalecer la autoestima y desarrollo de habilidades para la vida, con recursos asociados para su socialización y diseñado desde el nivel central”. Este indicador no fue incluido por cuanto se consideró que no establecía algunas características mínimas requeridas como tal, resultaba difícil de operacionalizar y además declaraba un criterio claramente “centralista” en la concepción de su diseño, lo que se alejaba del énfasis de estudio (definición de indicadores que reflejen el ámbito local/regional de la implementación del PNPS).

Para la dimensión 6 sobre *Sistema de ayuda en situaciones de crisis*, se obtuvo un total de 4 indicadores, los que están relacionados en general con poder medir la existencia de sistemas de ayuda telefónica u online, en sistema 24 horas, para personas con riesgo suicida, así como también disponer de orientaciones para la detección precoz y ayuda en situaciones de crisis a instituciones específicas como Carabineros, Bomberos y Seguridad Pública. Se propone también el seguimiento a usuarios que hayan realizado llamado al *4141 (Fono MINSAL de prevención de suicidio) dentro de las 72 horas posteriores.

En esta dimensión el indicador 1 relacionado con la “Disponibilidad de sistema de ayuda en línea *4141 (fono 24 horas) para apoyo a personas con ideación o riesgo suicida que opere a nivel regional” obtuvo el porcentaje de votación más alto del panel con un 70%.

Cabe también destacar el indicador referido al “Porcentaje de usuarios con seguimiento dentro de los 72 horas posterior ha llamado a *4141 definido como ideación suicida grave o alto riesgo”. Este indicador fue muy comentado y discutido por los expertos dada su relevancia en torno al abordaje de la problemática de usuarios con alto riesgo suicida y fue el segundo indicador con más votación de panel con un 60%.

Respecto de la dimensión 7 sobre *Medios de comunicación en la prevención del suicidio*, los expertos votaron y seleccionaron un total de 4 indicadores. En su mayoría, están orientados a evaluar la participación de medios de comunicación en espacios como Mesas Regionales de Prevención de Suicidio, así como también a involucrarlos en la difusión y comunicación responsable de información respecto al suicidio. Se consideró en este apartado también indicadores específicos que den cuenta por ejemplo, de actividades o campañas de educación pública que promuevan la salud mental y la prevención del suicidio, así como la ejecución de acciones de monitoreo respecto de la comunicación asertiva de información sobre el suicidio en la región.

El indicador 4 de esta dimensión, que señala “SEREMIs de Salud cuenta con un Plan Anual de trabajo con medios de comunicación de su territorio, vigente y que incluya estrategias para la difusión de información sobre la prevención del suicidio y comunicación de noticias sobre muertes por suicidio” obtuvo la votación más alta de este apartado y del ejercicio de segunda ronda Delphi, con el 100% del panel.

En la dimensión 8 de *Programa de prevención como estrategia independiente*, si bien el panel sugirió por votación la inclusión de 5 indicadores, finalmente se definió por efectos de esta dimensión del estudio dejar un total de 3. Esto tuvo relación con la proposición de 2 indicadores que aludían de manera muy amplia a: 1) la existencia de planes de prevención de suicidio en todos los sectores del aparato público que tuvieran participación directa o indirecta en la materia y 2) disponer indicadores de prevención de suicidio en todos los programas de salud del sector (programa adolescente, personas mayores, adolescente, infancia, odontológico, entre muchos otros). Estos dos indicadores no cumplían con requisitos básicos de especificidad, comparabilidad y ser por otro lado, simples y comprensivos. Implicaban además, dificultades en términos de poder determinar fuentes de información confiables y precisas para su construcción.

Respecto de los 3 indicadores seleccionados, estos en su mayoría apuntan a constitución de Consejos Locales de Prevención de Suicidio a nivel de municipios que impulsen estrategias locales con apoyo técnico desde el Servicio de Salud y al aumento de establecimientos educacionales que despliegan de forma proactiva la Estrategia de Dupla psicosocial de apoyo para la intervención temprana y prevención de suicido en alumnos/as de enseñanza media.

El indicador número 1 de esta dimensión que propone “Porcentaje de municipios que han constituido Consejos Locales de Prevención de Suicidio que impulsen estrategias locales con apoyo técnico desde el Servicio de Salud” es el que obtuvo el mayor porcentaje de votación, con un 70%.

Por otro lado, los resultados en la dimensión 9 sobre *Financiamiento*, requirieron ser revisados con detención. Este ámbito fue particularmente discutido y relevado por la mayoría de los integrantes del panel. Luego de la priorización y votación se obtuvo un total de 5 indicadores. Los principales tópicos a los cuales están referidos dicen relación con evaluar la asignación de un presupuesto y financiamiento específico a las SEREMIs de Salud y Servicios de Salud que permita asegurar requerimientos que tiene la implementación del PNPS (RRHH, gastos operacionales). En la misma línea, se sugiere que lo anterior tenga una mirada convergente, con definición de presupuestos local, que apoyen el PNPS en sus necesidades propias y regionales.

Sin embargo, de estos indicadores seleccionados, 3 de ellos no resultaban viables de ser seleccionados como indicadores adecuados, por las razones que se exponen a continuación.

En el primero (que tuvo una votación del panel de un 70%), proponía la incorporación del indicador “PNPS cuente con financiamiento para reforzar las atenciones en todos los servicios de urgencia (con duplas psicosociales) en la línea del actual Programas de Refuerzo en Salud (PRAPS) dirigidos a los servicios SAPU y SAR en Atención Primaria”. Este indicador no se incluyó, dado que el ámbito específico de refuerzo de duplas psicosociales en servicios de urgencia ya está considerado con un indicador de la dimensión 4 de Recursos Humanos, evitando así una duplicidad.

Luego los indicadores “SEREMI de Salud y Servicios de Salud, cuenta con financiamiento específico para la gestión y promoción de las acciones delineadas en el Programa Nacional de Prevención del Suicidio” y “Porcentaje de recursos destinados a Servicios de Salud, resguardados para reforzamiento de estrategias locales en prevención del suicidio”, si bien son relevantes, tampoco fueron incluidos en la selección de esta dimensión. En su revisión, análisis y aplicación práctica, estos indicadores resultan muy difíciles de operacionalizar. Se consideró además que en general, el PNPS no cuenta con una línea de financiamiento propia y protegida (no la menos a nivel de Servicios de Salud). Por otro lado, aspectos señalados desde el panel en relación a estos indicadores que aluden a disponer de un financiamiento “específico o suficiente” o determinados “porcentajes de recursos destinados”, carecen de especificidad, resultan complejos en su valoración y no disponen de fuentes de información específicas y claras.

Este punto será abordado en el apartado siguiente de Discusión.

Respecto de los 2 indicadores finalmente seleccionados, estos se refieren a “El Programa Nacional de Prevención del Suicidio -PNPS, cuenta con presupuesto asignado para el RR.HH. y gastos operacionales, para apoyar las atenciones por riesgo suicida de manera continua en APS” y por otro lado si “Se implementa un presupuesto local en apoyo al Programa Nacional de Prevención del Suicidio para abordar las necesidades regionales”. Este último tuvo el mayor porcentaje de votación con 70 % del panel.

En la dimensión 10, de *Gestión y Liderazgo*, la votación del panel experto permitió la selección de un total de cinco indicadores, dos de los cuales si bien resultaban valiosos para el desarrollo del PNPS, proponía ser vinculados a algún compromiso directivo y específicamente a un compromiso de gestión de MINSAL (COMGES). Esta sugerencia puede resultar relevante sin embargo la naturaleza de estos COMGES (y sus indicadores y metas) tiene una definición más bien centralizada y de carácter nacional, lo que se aleja de nivel de evaluación intencionado en este estudio, que busca generar indicadores que permitan valorar aspectos de la implementación del PNPS a nivel regional.

Los tres indicadores restantes se orientan a evaluar la existencia de un Plan Operativo complementario al PNPS, que defina tareas y roles específicos de SEREMI de Salud y Servicios de Salud para la implementación del PNPS a nivel regional. Por otro lado, se sugiere evaluar la disponibilidad de horas profesionales a nivel de Unidades o Departamentos de Salud Mental de Servicios de Salud para la gestión e implementación del PNPS en cada región.

También en este apartado, se incluye un indicador que resulta muy relevante para la gestión del PNPS a nivel regional. Este dice relación con evaluar la “Existencia de un Referente de Programa Prevención de Suicidio a nivel nacional, que oriente a los Referentes locales de Prevención del Suicidio y realice monitoreo a la implementación de los diversos componentes del PNPS a nivel regional”. Este fue además el indicador con el porcentaje de votación más alto de la dimensión, con un 70%.

Para la dimensión 11 sobre *Acceso a Servicios de atención* y como ya se señaló en el apartado de Análisis de la información, se consideró un criterio de corte y selección de indicadores de 40%. A partir de ello, hubo total de 5 indicadores que cumplieron con este criterio de corte, los cuales apuntan a evaluar aspectos como el uso de protocolos escritos, accesibles y actualizados cada 3 años en la atención de casos de riesgo o intento de suicidio, el acceso y tiempos de espera para ingreso a tratamiento de especialidad ambulatoria en salud mental y hospitalización efectiva en Unidades de Cuidados Intensivos en Psiquiatría (UHCIPI).

El indicador número 1 de esta dimensión sugiere evaluar “Establecimientos de salud (APS) del territorio, disponen de protocolos de prevención, intervención y/o posvención escritos, accesibles y

actualizados cada 3 años, aplicables en casos de conductas suicidas” y tuvo una votación del 50% por parte del panel.

Para la dimensión 12 de *Continuidad de atención*, la votación del panel arrojó un resultado de 6 indicadores que cumplen el criterio de corte, no obstante uno de ellos referido al “Porcentaje de casos con intento o riesgo suicida con seguimiento efectivo por establecimiento de salud” expresa un ámbito que ya fue considerado como un indicador (a juicio del investigador más específico y completo) en la dimensión 6 de Sistemas de ayuda en crisis. Por esta razón, y a fin de no duplicar la evaluación de un mismo componente, no fue incluido. Se considera así como producto para esta dimensión, un total de 5 indicadores resultantes.

Este es uno de los apartados que tuvo el mayor número de indicadores resultantes. En su mayoría, los indicadores se orientan a evaluar diferentes aspectos que puedan facilitar la continuidad de cuidados como: elaboración de planes de cuidado integral para usuarios con riesgo intento de suicidio, seguimiento efectivo de casos de riesgo (referidos desde servicios de urgencia a centros de salud mental comunitaria (COSAM) o Servicios de psiquiatría ambulatoria de un Hospital de alta complejidad. Así mismo se hace énfasis en evaluar la disposición de gestores terapéuticos para la población y casos priorizados (riesgo suicida) en centros de especialidad en salud mental.

Hubo además dos indicadores de relevancia con los mayores porcentajes de votación. El primero que se expresa como la “Implementación de Planes de Continuidad de Cuidados para todos los casos identificados como intento o alto riesgo suicida, por parte de equipos de salud mental de especialidad del territorio” y un segundo indicador que apunta al “Porcentaje de establecimientos de APS y especialidad que cumplen con protocolo de *4141 (en tiempos establecidos para abordaje de casos con intento de suicidio)”. Ambos obtuvieron el porcentaje de votación más alto, con un 70%.

La dimensión 13 sobre *Evaluación*, también obtuvo un mayor número de indicadores resultantes según votación, con un total de 6. Sin embargo dentro de estos, el panel propone como indicador uno referido a evaluar el “Porcentaje de cumplimiento de las actividades consignadas en cada uno de los 6 componentes del PNPS que son responsabilidad del nivel central MINSAL”. Este indicador si bien es relevante, sitúa el proceso de evaluación desde la mirada y responsabilidad de un ente centralizado (MINSAL), y que como ya se ha señalado previamente, se aleja de una mirada de evaluación eminentemente regional o local. Por ello, este indicador no fue incluido, quedando esta dimensión constituida por total de 5 indicadores.

Estos 5 indicadores definidos apuntan en general, a evaluar las acciones de monitoreo y seguimiento que realiza las SEREMI de Salud respecto del PNPS, y de su proceso de implementación en sus

distintas acciones y componentes. Propone además que esta se realiza considerando la función y roles que tienen específicamente las SEREMIs de Salud y Servicios de Salud.

El indicador número 1 de esta dimensión sobre “Evaluación del PNPS liderada por SEREMI de Salud, ejecutada a través de un plan anual revisado en instancia formal de reunión de Mesa Regional de Prevención Suicidio.” fue el más votado con un 60%.

Finalmente, para la dimensión 14 señalada como *Otros asociados a la evaluación*, se obtuvo un total de 3 indicadores seleccionados. En general estos indicadores resultaron muy variados en cuanto a los ámbitos que abordan, por cuanto sugieren evaluar aspectos vinculados a salud mental y prevención de suicidio con pertinencia cultural y/o dirigido a poblaciones específicas y a la realización de boletines epidemiológicos por parte de las SEREMI de Salud que permitan profundizar en aspectos específicos del fenómeno del suicidio y de ese modo proponer estrategias de prevención más eficaces y pertinentes a sus territorios.

El indicador que propone la “Implementación de programas de promoción de la salud mental y prevención del suicidio en grupos específicos (población LGBTIQANB+)” obtuvo una votación por parte del panel un 70%.

Cabe señalar que el indicador “Porcentaje de SEREMIs del país que cuentan con mapa de hotspot (mapas de calor) respecto de los casos de intento o riesgo suicida” también había sido sugerido por el panel, sin embargo (como se analizó en dimensiones previas) este indicador sitúa el proceso de evaluación poniendo énfasis en una valoración comparativa nacional y centralizada desde MINSAL, lo que si bien resulta valioso, escapa al ámbito de evaluación o mirada regional intencionado en este estudio. Por ello, este indicador no fue incluido.

Considerando lo anterior, se detalla en apartado de Anexo 11.6 el Cuadro N°2 con resumen de indicadores surgidos luego de los resultados y análisis de la ronda 2 del Ejercicio Delphi (última ronda del estudio).

VIII DISCUSIÓN

Para el desarrollo de este apartado, como una forma de recoger aspectos del proceso Delphi en la definición de indicadores propuestos para evaluar la implementación del PNPS y además, profundizar en los resultados finales del estudio, se ha organizado la discusión en 3 ejes: *Situación del Programa Nacional de Prevención de Suicidio en Chile, Evolución de las rondas y desarrollo de los indicadores; Discusión de principales resultados y selección final de indicadores.*

8.1 Situación del Programa Nacional de Prevención de Suicidio en Chile.

Como se ha señaló en el apartado de Antecedentes de este estudio, nuestro país a través MINSAL y siguiendo las recomendaciones de la OMS, implementó a partir de 2013 el Programa Nacional de Prevención del Suicidio el que, en concordancia a los objetivos sanitarios de la década 2010-2020, tiene el propósito de reducir la tasa de mortalidad por suicidio, en ambos sexos (14).

Durante estos once años de ejecución, el PNPS ha mostrado avances en ámbitos que han sido señalados como eficaces. En ese sentido destaca el hecho de contar con un Programa de esta índole normado para todo el país, que integra diversas acciones preventivas y en distintos niveles, poniendo además foco en la coordinación regional (4). Estas acciones no solo han quedado circunscritas a ámbitos preventivos sino que además se han vinculado a los distintos niveles de atención en salud y salud mental.

Por otro lado, también ha prevalecido una lógica de continuidad del PNPS a nivel nacional, con impulso en las Mesas Regionales de Prevención del Suicidio, acciones de prevención en escuelas y colegios. Del mismo modo, en los últimos años se ha potenciado un eje relevante en la implementación del PNPS que es el de Sistema de Ayuda Remota para respuesta a crisis suicidas, a través de su fono ayuda *4141 (14,42).

No obstante lo anterior, el PNPS también ha presentado trabas y limitaciones en su implementación, las que en general resultan ser coincidentes con barreras y dificultades que han sido señaladas en la literatura, entre las que se mencionan: dificultades en la gestión, brechas de recursos financieros y humanos, falta de liderazgo y coordinación efectivos (26,43).

Estas dificultades fueron también comentadas y discutidas por el panel de expertos durante las rondas del ejercicio Delphi, haciendo particularmente énfasis en lo que identifican como deficiencias en la implementación del PNPS. Dentro de éstas señalan, un marcado protagonismo del sector salud en torno a la estrategia, en el sentido de que el despliegue de acciones, que se espera sea transversal en materia de prevención de suicidio, ha terminado recayendo y ejecutándose bajo una lógica

sectorial. Se asume además por parte de los otros sectores involucrados, una especie de responsabilidad única y final del sector salud en esta materia.

Lo anterior, ha sido expuesto por algunos autores, quienes señalan que el PNPS no ha podido superar esta lógica sectorial, manteniendo la toma de decisiones concentrada en el MINSAL a través de sus SEREMIs de Salud y Servicios de Salud. A pesar de que hay espacios de encuentro y trabajo intersectorial, no existe evidencia de colaboración con entidades no gubernamentales en la gobernanza del PNPS lo que se estima, ha debilitado la coordinación de las acciones de prevención (22).

Por otro lado, se reconoce que la centralización en torno a la toma de decisiones y ejecución del PNPS, puede también tener relación con el origen y proceso de construcción del Programa, llevado adelante fundamentalmente por MINSAL. Así al menos ha sido señalado desde una reciente revisión centrada en los procesos de gobernanza colaborativa entorno a la estrategia de prevención de suicidio entre los años 2013-2021. Para ese entonces, el MINSAL centró el diseño del Programa básicamente en las recomendaciones de la OMS y con espacios de colaboración y co-construcción acotados. Si bien se propone un enfoque con una mirada territorial que se ha traducido en las Mesas Regionales Intersectoriales, éstas han visto limitado su accionar ante la falta de recursos humanos y financieros necesarios (22).

En este contexto, ha surgido la necesidad de actualizar y en algunos casos de ampliar el rango de los componentes del PNPS, más allá de sus actuales 6 ejes declarados. Por otro lado, los países como el nuestro, que implementan planes de prevención a nivel nacional, deben realizar ajustes de modo permanente a éstos, a fin de mejorar sus alcances. Se sugiere incluso actualizar algunos de sus contenidos específicos, propuestos hace más de 10 años, acorde a los desafíos actuales en salud pública y a la nueva evidencia en materia de prevención de suicidio y salud mental (21,42).

Siguiendo esta misma línea, se ha planteado que, en la medida que los componentes del PNPS logran adaptarse a los diferentes contextos, podría verse facilitada su implementación (43). Además, las estrategias y acciones para la prevención que propone, requieren de más desarrollo y, sobre todo de que sean ejecutadas “con un nivel equivalente” en las distintas regiones del país (4).

Así entonces, la posibilidad de disponer de una batería de indicadores con un enfoque regional y que su vez que permita valorar este nivel de equivalencia en la implementación del programa en distintas zonas del país, surge como una herramienta útil y necesaria, para hacer frente a los desafíos presentes que se han venido planteando desde distintos sectores en relación al PNPS.

8.2 Evolución de las rondas Delphi y desarrollo de los indicadores

Durante todo el ejercicio y las rondas, destacó la activa participación y continuidad de los integrantes del panel. Este compromiso se manifestó en el aporte constante de opiniones, comentarios y sugerencias, así como de discusión y recomendaciones, abarcando no solo la construcción de indicadores y criterios, sino también la temática amplia de las acciones de prevención y abordaje del suicidio y riesgo suicida en Chile. Estos elementos fueron fundamentales para identificar la información necesaria y los ámbitos de interés requeridos para evaluar la implementación del PNPS en nuestro país.

La participación de los expertos revela el alto grado de interés y responsabilidad que tienen en la implementación del PNPS, reflejando su motivación en avanzar en la evaluación y actualización de este programa.

El método Delphi representó una forma eficaz y directa para lograr un consenso posible sobre un tema puntual que para el caso de este estudio, fue obtener un conjunto de dimensiones con sus respectivos indicadores. Permitió abordar una situación que usualmente resulta compleja, en donde por un lado se intenta contrastar lo que teóricamente (o hipotéticamente) podríamos esperar respecto de dimensiones e indicadores para evaluar la implementación del PNPS, y por otro lado, la mirada práctica y de experiencia, representada por el panel de profesionales expertos, quienes son conocedores de cómo se ha desarrollado este proceso en distintos contextos y regiones del país (44).

A partir del desarrollo de las rondas y del intercambio entre los miembros del panel, surgió un primer producto consensuado que se refiere al marco general de 14 dimensiones propuestas para evaluar la implementación del PNPS. Este marco incluye 6 dimensiones que son a su vez coincidentes con los 6 ejes actuales del Programa Nacional de Prevención del Suicidio, ejecutado por el MINSAL, y añade 8 nuevos ámbitos derivados de este estudio, aportando un esquema más amplio para la evaluación del proceso de implementación (14).

Incorporar estos nuevos ejes o dimensiones permite ampliar el campo de evaluación más allá de lo planteado inicialmente por el PNPS, que ha puesto un énfasis principal en áreas como el sistema de vigilancia, el trabajo de mesas regionales de prevención del suicidio y la prevención en el ámbito educativo. Los nuevos ámbitos identificados incluyen aspectos como el recurso humano requerido, el acceso a servicios, financiamiento y la gestión y liderazgo, entre otros. Todos estos aspectos son cruciales para llevar adelante una evaluación integral y amplia del proceso de implementación del PNPS o de estrategias de prevención del suicidio similares a nivel nacional. Estos elementos adicionales aseguran una perspectiva más completa y detallada, mejorando así la capacidad de evaluar y actualizar el programa de manera efectiva (11,13,14,42).

Lo anterior concuerda además con lo sugerido en términos de la necesidad que tiene los países que aplican programas de esta índole, de afinar sus estrategias en sintonía con la nueva evidencia a fin de optimizar sus acciones preventivas. En nuestro caso, implica reforzar nuestro PNPS, ampliando sus componentes y actualizando sus contenidos de acuerdo a los avances y cambios socio culturales o al enfrentamiento de nuevas realidades sanitarias como lo fue la pandemia por COVID 19 y sus consecuencias en la salud mental (42,45).

Desde una perspectiva general, los resultados obtenidos sumado a diversas opiniones y complementos del panel, destacaron áreas de interés prioritario para la ejecución e implementación del PNPS como lo son el fortalecimiento del sistema de vigilancia, asegurar la continuidad de atención y favorecer procesos de evaluación al PNPS. Estos ámbitos coinciden con las observaciones de los actores directamente involucrados en la implementación del PNPS, como son los equipos de salud mental de atención primaria, los referentes y gestores de prevención de suicidio y salud mental, así como gestores comunitarios. Además, estos hallazgos son consistentes con recientes revisiones realizadas en Chile, que han generado recomendaciones para la actualización del PNPS (21,22,42).

También, destacan otras áreas de interés expresadas en dimensiones y sus respectivos indicadores propuestos que, aunque se presentan en menor proporción, reflejan la conexión del proceso de implementación del PNPS con ámbitos cruciales para abordar los problemas de salud mental y suicidio. Estas áreas incluyen el refuerzo de los sistemas de ayuda en crisis, el fortalecimiento de la multisectorialidad y el trabajo permanente con los medios de comunicación (14). Estos aspectos son coincidentes con la evidencia recogida a nivel nacional e internacional en relación al abordaje de la problemática del suicidio (4,21,42).

Por otro lado, se observa concordancia con los pilares y elementos propuestos en el Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025 y el Modelo de Gestión de la Red Temática de Salud Mental en Chile, los que han resultado fundamentales para el desarrollo e integración adecuados de las redes asistenciales en salud y salud mental. La atención a estas áreas garantiza una respuesta más efectiva e integral en la prevención del suicidio y el manejo de los problemas de salud mental en nuestro país (46,47).

Además de estos aspectos generales, es necesario mencionar brevemente algunas consideraciones sobre el desarrollo de los indicadores y su revisión. Esto se realizó con el fin de precisarlos y asegurar que cumplan con condiciones y características básicas (37). Lo anterior responde a su vez, al proceso iterativo propio y característico del ejercicio Delphi, que a partir de las sucesivas rondas recogió, analizó y permitió refinar los diversos aportes de los expertos (33,44). Lo anterior resultó valioso y necesario por cuanto se observaron indicadores que eran relevantes para este estudio y reflejaban

aspectos importantes del proceso de implementación del PNPS, pero que sin embargo, debían ser ponderados en cuanto a su alcance y aplicación práctica y precisados en cuanto a su configuración como indicador.

Cabe también hacer referencia a otros dos aspectos en relación al desarrollo de los indicadores: su integración dentro de cada dimensión y el carácter de aplicación regional. El primer aspecto, se refiere a la armonización de los indicadores dentro de cada dimensión, de manera que resultaran en un adecuado complemento entre ellos y de ese modo, reflejaran el funcionamiento de la dimensión de la mejor forma posible. Lo anterior, se vio facilitado además por un consenso grupal que en general resultó rápido, no solo a través de la votación, sino también porque las opiniones de cada participante fueron facilitadas, evitando comentarios individuales dominantes (32).

El segundo aspecto, apunta a que en su mayoría los indicadores propuestos por el panel y posteriormente seleccionados fueron priorizados de manera que su ámbito de aplicación resultara eminentemente regional. Este sello en cierto modo “regionalista” de los indicadores, tiene relación con los roles propios de los integrantes del panel, que siendo conocedores de todo el proceso de puesta en marcha desde 2013, han podido ver el despliegue de cada componente en distintos contextos y territorios. Era por tanto, necesario rescatar e integrar estos aportes, lo que sin duda, se vio reflejado en la batería de indicadores propuesto. Además, el énfasis en disponer de indicadores de evaluación de la implementación del PNPS que apliquen a un nivel regional, responde a lo que el mismo Programa enfatiza a partir de su enfoque territorial declarado (representado por ejemplo en la Mesas de Prevención Regional) y además en poder aportar una mirada del proceso en cada zona del país (14,22). Lo anterior también responde a lo que ha señalado la evidencia, la cual plantea que la implementación del PNPS ha tenido una variabilidad significativa entre las distintas regiones del país, mostrando además que las actividades propuestas varían notoriamente en cantidad y calidad a nivel local (21,42).

VIII.2.1 Algunas consideraciones respecto de indicadores específicos

Antes de adentrarse en la *Discusión de principales resultados y selección final de indicadores* como producto final de este estudio y dado que en varios pasajes de las rondas surgieron opiniones diversas y divergentes respecto a una misma temática o incluso contrarias al resultado final de la votación de las rondas, es pertinente en esta parte de la discusión, hacer mención sobre ciertos indicadores específicos o áreas que fueron de particular interés para el panel. Estas dicen relación con: *Financiamiento, Rol de SEREMIs y Servicios de Salud en la implementación, Estudio de casos y autopsia psicológica, Planes de cuidado en equipos de salud mental y Prevención de suicidio como una estrategia independiente*. Debido a su importancia para el PNPS y su implementación, es necesario profundizar y debatir estos temas, independientemente de su priorización o selección final.

El primer ámbito se relaciona con la *dimensión 9 de Financiamiento*. Como se señaló en el apartado de resultados y análisis, esta área seleccionó sólo 2 indicadores de un total de 5 propuestos. No obstante lo anterior, esta dimensión fue amplia y activamente discutida por casi la totalidad del panel, señalándola como un aspecto central en la implementación del PNPS.

Desde el año 2015, el PNPS recibe asignación de presupuesto al ser considerado como Programa Social, lo que permitió destinar recursos a las acciones desarrollada por las SEREMIs de Salud (21). Sin embargo, estos recursos son muy limitados y se destinan en su mayoría a la ejecución de actividades preventivas masivas o jornadas de capacitación anuales a actores claves (4).

En esta misma línea, a través de los dos indicadores propuestos, se puso de manifiesto debilidades identificadas por los expertos, como por ejemplo, la necesidad de disponer de una asignación de recursos de manera local que permita resolver las necesidades regionales del PNPS y también contar con un presupuesto de apoyo a la atención asignado para RR.HH. y gastos operacionales. Estas necesidades o señalamientos concuerdan con lo expuesto en revisiones y análisis actuales que se han realizado al PNPS en Chile, que han puesto de manifiesto que el no contar con una asignación de presupuesto adecuada compromete la implementación de todos los componentes del Programa y el cumplimiento de sus objetivos, siendo necesario que se aumente el presupuesto (42).

Se ha observado además que dado el carácter centralista de este componente del PNPS, las regiones carecen de los recursos financieros necesarios que actúen como incentivos. Como resultado, la implementación enfrenta importantes desafíos para enfrentar la problemática del suicidio, la que varía según cada región (22).

Una segunda área de interés particular, podemos vincularla a la *dimensión 10 de Gestión y Liderazgo*. Dentro de esta, existe un ámbito que, a juicio del panel, ha jugado un papel fundamental en la estrategia de prevención de suicidio en nuestro país y es lo referida al *Rol de SEREMIs y Servicios de Salud en la implementación del PNPS*. En este punto, surgieron múltiples opiniones entre los participantes, principalmente en torno a temas de superposición de funciones, liderazgo, gestión y la necesidad de delinear de la manera más clara posible, las responsabilidades de cada institución en la implementación del Programa. Dentro de estas responsabilidades, se hizo hincapié también en el papel que juegan las SEREMIs de Salud en cuanto a la evaluación y sobre todo al seguimiento en las actividades y acciones asociadas a la implementación del PNPS. Todo lo anterior, se tradujo en indicadores que ponen de manifiesto la necesidad de disponer de un Plan Operativo complementario al PNPS, que defina tareas y roles específicos de SEREMI de Salud y Servicios de Salud y de la designación de gestores de prevención de suicidio a nivel regional y de las Direcciones de Servicios de Salud. Lo descrito anteriormente, es consistente con las recomendaciones para la actualización del PNPS realizadas para el periodo 2013-2023, que ponen de manifiesto la importancia de ejes

primordiales para el proceso como son mejorar la gestión y articulación de acciones, contar con un liderazgo fuerte y avanzar hacia una gobernanza colaborativa (22,42).

La tercera área de interés, que requiere ser discutida se refiere a la realización de autopsias psicológicas, entendida como una herramienta para la investigación del suicidio consumado, que recopila información sobre la persona fallecida por medio de entrevistas con familiares y equipos de salud y que incluye la revisión del historial psiquiátrico y médico. Todo lo anterior, realizado según las atribuciones de investigación epidemiológica de la SEREMI de Salud respectiva (14).

Este es un ámbito que, en el proceso de ejercicio Delphi, se situó dentro de la *dimensión 1 Sistema de estudio de casos y Vigilancia epidemiológica* y que no tuvo indicadores específicos que hayan sido seleccionados para su evaluación o monitoreo. No obstante lo anterior, el panel de expertos recomienda que esta herramienta debiera ser mantenida y sobre todo evaluada en su ejecución, pero insistiendo que esta labor debería ser efectuada por un equipo centralizado y de cobertura nacional, que actúe ante situaciones o requerimientos específicos, dado el nivel de experticia y recursos que implica (4).

Esta sugerencia encuentra respaldo en la literatura en términos de que, si bien puede resultar costoso y por ello debiera ejecutarse por equipos centralizados, se ha evidenciado su valiosa contribución al conocimiento de la conducta suicida y a la identificación de indicadores de riesgo que faciliten la intervención precoz. Así mismo, se ha mostrado que la herramienta autopsia psicológica es posible de implementar en nuestro país (48).

Por otro lado, los panelistas también plantearon un elemento que no fue parte del proceso en términos de haber sido propuesto como un indicador específico dentro de alguna dimensión. Fue señalado a modo de recomendación, principalmente dirigido a los equipos de salud y salud mental ejecutores y expresa la necesidad que dichos equipos cuenten con *Planes de cuidado y protocolos de manejo* tras la pérdida de un usuario o usuaria por suicidio consumado.

En ese sentido, la evidencia es consistente, señalando que las redes asistenciales deben ser conscientes del impacto que tiene el suicidio de un usuario en los profesionales de salud y tomar medidas ante ello. Así mismo, se debe preparar a los equipos ante este riesgo ocupacional e implementar protocolos de apoyo para estas situaciones (49). También se ha observado que el uso de protocolos de postvención es útil en el apoyo al equipo profesional y potencialmente, puede contribuir a mitigar consecuencias en la salud mental del personal de salud (50).

Finalmente, se plantea un último ámbito de interés referido a la *Prevención de suicidio como una estrategia independiente*. Este fue un aspecto consignado dentro de la dimensión 10 y que en el

proceso de desarrollo de la ronda 1 obtuvo el menor número de propuestas de indicadores, a diferencia de lo observado con el resto de las dimensiones. Los indicadores planteados por el panel en esta temática sugieren evaluar la existencia de estrategias de prevención de suicidio dispuesta en la red de atención de forma exclusiva, con asignación financiera anual y RR.HH., pero que opere en conjunto con los programas de salud.

Estas sugerencias son en general disímiles a lo observado en la literatura en términos de que en materia de salud mental y suicidio, se ha planteado el desarrollo de productos específicos y especializados de tratamiento o bien que las estrategias de prevención de suicidio operen como una “fuerza de tarea” independiente al Programa de Salud Mental impulsada por MINSAL (4,29). Se ha agregado que esta falta de autonomía y estrecha vinculación del PNPS con el Programa de Salud Mental que funciona en la red de atención del país, pudiera ser una debilidad del PNPS, a lo que se suma el hecho que varios componentes del PNPS dependen de un trabajo intersectorial entre ministerios (4). Incluso se ha propuesto una reestructuración del PNPS, de modo que posea un nivel jerárquico equivalente al Programa de Salud Mental (aunque con la consiguiente limitante presupuestaria que ello implicaría) o incluso que se actualice como un componente transversal a toda la Red Temática de Salud Mental (4,22,47).

8.3 Sobre principales resultados y selección final de indicadores.

En el marco global, se observa que el conjunto de indicadores que fueron finalmente seleccionados es congruente y van en la línea los principales objetivos que plantea el PNPS, representados en sus ejes actuales y sus respectivos indicadores, que además de contribuir a la reducción de las tasas de mortalidad de suicidio en el país, busca avanzar en la instalación de estos seis componentes en conjunto con los sectores sociales y la comunidad (14).

Estos seis ejes y áreas de interés tienen, del mismo modo, representación en las distintas dimensiones propuestas en este estudio. A esto se suman ocho nuevas dimensiones que no están contenidas en el PNPS actual y que, tal como fue señalado al inicio del apartado de Evolución de las rondas Delphi y desarrollo de los indicadores, aportan otros aspectos cruciales para asegurar una evaluación completa y detallada del proceso de implementación del PNPS en Chile (11,42).

Existe un primer conjunto de dimensiones que en la selección final, quedó conformada con el mayor número de indicadores, esto es, un total de cinco indicadores cada una. Estas dimensiones son: *Sistema de estudio de casos y Vigilancia epidemiológica; Recursos Humanos; Acceso a Servicios; Continuidad de atención y Evaluación.*

Dentro de este primer conjunto la dimensión 1 de *Sistema de estudio de casos y Vigilancia epidemiológica* es concordante con el primer eje del PNPS que lleva por nombre *Instalación de un Sistema de Estudio de Casos*. Ambas dimensiones coinciden respecto de elementos centrales en torno a los contenidos expuestos en algunos de sus indicadores, sobre todo en lo que se relaciona a estudio de casos y la información epidemiológica obtenida a partir de estos. Se ha señalado que la valoración de este aspecto es esencial en la construcción de perfiles epidemiológicos e identificación de grupos de riesgo, lo que contribuye en la decisión de acciones preventivas más asertivas (42,43).

Los demás indicadores propuestos desde la dimensión 1 de este estudio, relevan nuevos aspectos y complementos para ser evaluados de forma regional y van en la línea de que los servicios de atención de urgencias (SAPU, SAR, UEH) que cuentan con sistema de notificación de casos de intentos de suicidio. Además, plantean la necesidad de generar mejoras en la coordinación del proceso de notificación y vigilancia de casos de intento de suicidio entre equipos de SEREMIs de Salud y Servicios de Salud. En general, la vigilancia y sobre todo el registro epidemiológico de las muertes por suicidio, ha sido señalada como una fortaleza en nuestro país, pero se debe avanzar en lograr la vigilancia de los intentos de suicidio (4). En ese sentido, los indicadores propuestos contribuirían en el avance en esa materia.

La segunda dimensión en este conjunto es la de *Recursos Humanos*. Aunque actualmente no se incluye en el PNPS, es uno de los temas más destacados en las discusiones del panel de expertos y, por lo tanto, adquiere importancia sustancial en el estudio.

Los indicadores seleccionados, en términos de sus contenidos, están referidos específicamente a la disposición de recursos humano profesional, tanto a nivel de equipos de atención directa en salud mental como de encargados de la gestión en prevención de suicidio a nivel de SEREMIs y Servicios de Salud. El panel consideró fundamental contar con indicadores que permitieran evaluar estos aspectos. En ese sentido, distintos autores han puntualizado que la disposición de recursos humanos es un elemento esencial para el fracaso o éxito en la implementación de este tipo de Programas, pudiendo limitar el proceso en la medida que no se procura la disposición adecuada de RR.HH. (11,43). Algunos han ido incluso más allá, señalando que el PNPS requiere de un rediseño y un análisis presupuestario, dado esta insuficiencia del financiamiento, lo que no ha permitido cubrir el recurso humano necesario que asegure una gestión eficiente (51).

En general, tanto en las SEREMIs de Salud como en los Servicios de Salud, la gestión y coordinación del PNPS son asumidas por los referentes de salud mental, quien además deben cubrir otras funciones vinculadas a su cargo. La insuficiente asignación de recurso humano y personal para liderar el PNPS y la falta de dedicación exclusiva a este programa limitan las acciones preventivas a nivel regional. Se debe consignar además que solo las tres regiones priorizadas para el PNPS han

implementado todos sus componentes y dispone de los recursos humanos adecuados para la ejecución de las acciones (42).

En esta segunda dimensión, se incluye además un área que ha cobrado especial interés en los últimos años y que fue consignada por los expertos a través de un indicador especial que busca evaluar la existencia de duplas psicosociales de apoyo en salud mental operando en los Servicios de Urgencia con un mínimo de 8 horas diarias. Este indicador resulta ser muy pertinente, por cuanto corresponde a una estrategia recientemente impulsada desde MINSAL y que tiene como objetivo entregar intervenciones como primer apoyo psicológico, apoyo psicosocial y acompañamiento a usuarios y usuarias que acuden a los Servicios de Urgencia (SAPU, SAR) y sus familias (52).

La tercera y cuarta dimensión están referidas a la *Continuidad de atención* y el *Acceso a Servicios*, las que aportaron valiosos insumos para la evaluación del PNPS.

En relación al ámbito de *Continuidad de atención*, los contenidos propuestos hacen hincapié en evaluar la existencia de equipos de salud mental vinculados y coordinados entre sí, con objeto de dar un adecuado seguimiento a los casos de personas con riesgo o intento suicida. Promueve la integración de servicios y supone un rol activo de los equipos para la derivación asistida, participación en comités, reuniones técnicas y otros.

Estos se traducen de forma operativa en evaluar el tiempo entre la atención de un usuario en Servicio de Urgencia por intento de suicidio y su posterior ingreso a un programa de salud mental en APS. Además evaluar el cumplimiento de tiempos señalados por protocolo para la primera atención de un caso posterior al llamado de fono ayuda *4141. La evaluación de ambas situaciones es primordial puesto que se deben adoptar medidas que favorezcan el acceso o ingreso a programa salud mental a personas en etapas tempranas de riesgo, así como disponer de Planes de Cuidado Integral (PCI) para todos los casos identificados con riesgo suicida (4,47,53). Así mismo, se ha puesto especial énfasis en que deben mejorar los flujos de atención de personas con riesgo o intento suicida en la interfaz de Servicios de Urgencia y el acceso final a tratamiento (42).

Cabe destacar un indicador final en esta dimensión que propone evaluar específicamente la ejecución por parte de los Servicios de Salud de acciones de articulación con su red de salud mental, concretamente a través de los Comité Articulador de Continuidad de Cuidados (CACC) y Consejo Técnico Ampliado de Salud Mental, lo que resulta completamente concordante con los señalado en los actuales lineamientos y Modelos de Gestión propuestos para la Redes de salud mental de nuestro país (46,47,54).

Respecto del ámbito del *Acceso a Servicios*, se puede señalar que unas características de los productos propuestos y debatidos por el panel sugieren evaluar elementos claves en la relación del usuario con los servicios de atención en salud, que implica una adecuada cobertura de atención y seguimiento en salud mental, para los casos de riesgo o intento de suicidio. Esto implica una respuesta priorizada y protocolizada, para el acceso de las personas a evaluación médica, atención especializada y hospitalización efectiva en Unidades de Hospitalización de Cuidados Intensivos en Psiquiatría (UHCIP) para personas con alto riesgo suicida en un lapso máximo de 72 horas. En ese sentido, los indicadores seleccionados también hacen foco en elementos de relevancia. Estimaciones realizadas en Chile han mostrado por ejemplo, que solo el 36% de personas que se han suicidado habían accedido a tratamiento en salud mental (48). Al mismo tiempo es esencial mejorar el acceso efectivo de personas con riesgo suicida a las atenciones en salud mental y prestar especial atención al flujo que se da entre el contacto que tiene la persona con algún servicio de salud y su posterior atención en algún dispositivo de salud mental secundario o de nivel hospitalario. Aunque este flujo de derivación de personas en riesgo suicida es habitual entre los equipos de salud, esta transición no siempre se concreta, muchas veces por barreras de acceso para la atención en salud mental (42).

Nuestro país cuenta con un Modelo de Salud Mental Comunitaria instalado, guías clínicas y orientaciones para diversas problemáticas de salud mental, además de una cobertura del Programa Salud Mental Integral en APS que se ha ampliado con los años. Todos estos elementos pueden darnos una buena base para generar mejoras en la atención y reforzar la implementación del PNPS (4).

El último ámbito dentro de este primer conjunto de 5 dimensiones corresponde al componente de *Evaluación*, el cual está referido a que el programa cuente con mecanismos de evaluación y seguimiento asociado a su implementación, que sean formales y periódicos. Los indicadores propuestos ponen particular énfasis en el seguimiento de las actividades del PNPS que son de responsabilidad tanto de Servicios de Salud como de SEREMI de salud, así como también en que dicho seguimiento y evaluación sea acompañado por acciones a nivel de referentes técnicos de MINSAL, con una regulación y seguimiento compartido por parte de la Mesa Regional de Prevención. Todas estas acciones han sido recomendadas por distintos autores, quienes no sólo plantean la necesidad de evaluar el PNPS en su espectro amplio como una estrategia aplicada a nivel nacional, sino que también en la revisión de cada uno de sus componentes, acciones y actividades propuestas y aplicada a nivel regional (4,21,22,55).

Como parte de los procesos de evaluación al PNPS, también se ha recomendado hacer mejoras para un acceso sencillo a la información y la transparencia de los presupuestos del Programa, así como implementar mecanismos de participación para actores y terceros interesados en la ejecución del PNPS y ser parte en la propuesta de mejoras (51).

Corresponde ahora discutir un segundo conjunto de dimensiones, las que también arrojaron algunos de los principales ámbitos surgidos desde este estudio. La selección final, consideró un total de cuatro indicadores por cada una de estas dimensiones. Estas son: *Multisectorialidad*, *Sistemas de ayuda en situaciones de crisis* y *Medios de comunicación en la prevención del suicidio*.

En lo referido a la *Multisectorialidad*, es preciso señalar que presenta algunos elementos que son coincidentes con el componente 2 del PNPS que está referido a la Implementación de Planes Regional Intersectorial de Prevención del Suicidio. Sin embargo, el ámbito de la Multisectorialidad propuesto a partir de este estudio, considera un marco conceptual y alcances más amplio, caracterizado por el desarrollo de un trabajo conjunto y permanente con múltiples y diferentes sectores. Responde además a la lógica y carácter multifactorial del fenómeno de suicidio combinado con factores de riesgo individual y por ello, es necesario entonces incorporar la mirada multisectorial y participación de actores diversos, que complementan las acciones del sector salud (56). Se hace hincapié en los alcances de esta mirada amplia, que saca la discusión del marco puramente sectorial y de Servicios de Salud, para integrar elementos de gobernanza colaborativa, aspectos políticos e incluso legislativos (22,56).

Se ha sugerido además, como estrategias para profundizar y avanzar en espacios de coordinación territorial y fortalecimiento de la multisectorialidad, aprovechar espacios o instancia ya instaladas dentro de las redes locales o regionales, propuestas a partir del Modelo de Gestión de Red Temática de Salud Mental como los Consejos Técnicos de Salud Mental (22,47).

Otro ámbito de relevancia es el consignado bajo la Dimensión de *Sistemas de ayuda en situaciones de crisis*. Estas acciones de apoyo y atención en urgencias y crisis suicidas son comunes a la mayoría de los programas o estrategias de prevención de suicidio que se implementan a nivel nacional.

El PNPS impulsado por MINSAL estipuló la puesta en operación de una línea telefónica de apoyo, vinculada a la plataforma de Salud Responde (14). En esa misma línea, los indicadores seleccionados van en sintonía a aquello, complementado otros aspectos necesarios de ser evaluados como son, la difusión a nivel regional de la línea de apoyo *4141 y enfatizando sobre todo, un componente central en esta área: el seguimiento de personas con riesgo suicida que consultan a esta línea de ayuda.

El seguimiento de personas con intento o riesgo suicida (muy vinculado a su vez al ámbito de continuidad de cuidados) es señalado como un componente muy importante, por cuanto se sabe que el principal factor de riesgo para los suicidios consumados, son los intentos previos, siendo a la vez un predictor sensible (48,57). Además, la factibilidad del seguimiento telefónico y la alta aceptación de este tipo de intervención por parte de los usuarios se relacionó con un bajo abandono a los tratamientos (43).

Se recomienda que esta acción sea reforzada, por medio de algún mecanismo de seguimiento, dado que se observó deficiencias en este proceso, respecto de personas que usan las líneas de ayuda y son luego derivadas a atención de salud mental (42).

El último ámbito dentro de este segundo conjunto de dimensiones corresponde al de *Medios de comunicación en la prevención del suicidio*. Se estima que el rol de los medios de comunicación en la prevención del suicidio es de crucial importancia por dos motivos: pueden prevenir el efecto de contagio suicida en la medida que se brinda información responsable sobre el suicidio y por otro lado, son un canal de promoción de salud mental y de búsqueda de ayuda para personas en riesgo (4).

En ese contexto, los indicadores seleccionados por el panel resultaron congruentes con lo señalado anteriormente. Sugieren evaluar acciones que favorezcan el acompañamiento y la participación de los de medios de comunicación en espacios de coordinación y colaboración como las Mesas Regionales de Prevención. Es importante que esta relación con los medios de comunicación se intencione desde la colaboración y del intercambio mutuo de recomendaciones y no desde la mera entrega de directrices, por cuanto se ha evidenciado que esto último puede percibirse como una restricción a la libertad de los periodistas o de generar tabú sobre el suicidio y amenazar el derecho público a la información (43).

Antes de cerrar este apartado y habiendo profundizado respecto de las principales dimensiones y áreas obtenidas a partir de los resultados del ejercicio Delphi, cabe hacer mención brevemente a 3 ámbitos finales, los que tuvieron un número menor de indicadores propuestos pero que en su contenido, son de interés para la implementación del PNPS. Nos referimos al ámbito de *Capacitación a equipo de salud*; *Prevención en el ámbito de educación* y la dimensión *Otros sugeridos para evaluación*.

En cuanto a las acciones de *Capacitación a equipo de salud*, los contenidos señalados a través de los indicadores seleccionados hacen foco principal en evaluar formación y competencias de funcionarios de Servicios de Urgencia en detección y manejo del riesgo del suicida. Es claro que el PNPS con el transcurso de los años, ha puesto especial énfasis en la capacitación a equipos de salud, sin embargo el componente propuesto amplía el rango de formación, en sentido de sumar al personal de los Servicios de Urgencia que no necesariamente tiene competencias específicas para abordaje de problemáticas de salud mental. Se ha evidenciado, al igual que con el personal médico, que la formación de competencias ampliada a todo el personal de salud puede ser también efectiva para la prevención del suicidio (4).

En relación al componente de *Prevención en el ámbito de educación*, se hace especial énfasis en que los establecimientos educacionales cuentan con un programa de prevención y posvención de suicidio y además, que el personal educativo tenga formación en prevención de suicidio o primera ayuda psicológica. Ambas propuestas son congruentes con la premisa de que la comunidad educativa juega un importante rol en la prevención del suicidio, y que, en la medida trabaja colaborativamente con el sector Salud, puede desarrollar acciones protectoras, las que han demostrado reducir el riesgo de conducta suicida en la población infanto-adolescente (4,58).

En cuanto al componente señalado como *Otros sugeridos para evaluación*, se propone evaluar la implementación de programas de prevención del suicidio en grupos específicos (población LGBTIQ+). Esta propuesta debiera ser considerada por cuanto, salvo ciertos grupos específicos y puntuales, como la población infanto-adolescente o grupos escolares, el PNPS establece el abordaje respecto del riesgo suicida en la población de manera general y homogénea (42). Lo mismo ocurre con los programas de salud mental que tienden a hacer foco en la población adulta, lo que incluso ha sido señalado como una barrera para la implementación de programa de prevención (43).

Cabe mencionar como característica de los indicadores seleccionados el hecho de que en su mayoría estos corresponderían a lo que se ha definido como indicador de proceso, lo que resulta concordante con los propósitos de este estudio por cuanto están referidos a medir las diversas tareas, acciones o actividades interrelacionadas (proceso) dirigidas a un objetivo determinado, que en nuestro caso se vincula a la implementación del PNPS (37).

No obstante lo anterior, se seleccionaron además 19 indicadores orientados puntualmente a evaluar aspectos de estructura. Esto es de gran interés, ya que muestra la importancia que el panel de expertos otorga a los elementos estructurales necesarios para una adecuada implementación del PNPS, incluyendo la cantidad y tipo de recursos (recursos humanos, financieros, protocolos formales, entre otros) que deben estar disponibles desde las instituciones responsables (29,37).

Se estima que el conjunto total de indicadores seleccionados resulta pertinente al objeto de evaluación del estudio, que es la implementación del PNPS. Lo anterior, está basado en los fundamentos señalados en esta sección así como de los apartados anteriores, que han descrito las características y requisitos mínimos para obtener un indicador adecuado (35,37).

Además, destacar que la validez de indicadores basados en un método Delphi, se mide precisamente por el "grado de consenso" entre los expertos. En ese sentido, este método se distingue de un instrumento de consulta o encuesta ordinaria, por la dinámica de iteración y la retroalimentación de

la información del grupo, lo que brinda la oportunidad para que los participantes ajusten sus juicios según las opiniones colectivas (33).

No obstante lo anterior, como una medida de desarrollo posterior, sería recomendable realizar una prueba empírica de estos indicadores, lo que permitiría adecuar, si fuese necesario, aspectos como por ejemplo los medios de verificación, o fuentes de información para cada indicador. Esto además, se ha sugerido para estudios Delphi similares, en los cuales puede no ser factible la aplicación inmediata o directa de un grupo de indicadores elaborados (29,44).

A modo de cierre de este apartado, se hace mención a algunas limitaciones identificadas en cuanto a este estudio.

En primer lugar, se consideró la posibilidad de sesgo de selección a partir de la muestra de participantes integrantes del panel (en su mayoría Jefes de Departamento de Salud Mental en Servicios de Salud y Seremis de Salud, Encargados/Gestores de Programa Prevención de suicidio, Referentes Regionales de Salud Mental de Seremis de Salud) la que se realizó por conveniencia y factibilidad. Todos son a su vez de diferentes regiones del país. Lo anterior respondió a la necesidad de asegurar cierto grado de diversidad y representatividad de diferentes realidades según cada zona, estimulando así el contraste y opiniones del panel.

Otro elemento, se refiere a un posible sesgo de memoria de los participantes. El PNPS inicia a partir del año 2013 y existía la posibilidad de que los participantes no recuerden a cabalidad algunos aspectos propios del programa o de su implementación y desarrollo. A fin de disminuir este sesgo, se sugirió en caso de ser necesario, el uso o consulta de documentación o material de apoyo, que permita establecer información que pudiera ser de relevancia durante el desarrollo de las rondas, como planes operativos anuales, actas de mesa intersectorial de prevención suicidio, registros en plataforma MIDAS, entre otros.

Si bien se reporta en la literatura, que una de las dificultades en el desarrollo de la técnica Delphi, es que podría demandar un tiempo de ejecución considerable (promedio de 45 días) para que el intercambio de documentos sea completado, también se sugiere que para el éxito y máximo provecho de este método se deban reforzar las funciones y labores relativas a la coordinación, así como el feedback propio del método, y vínculo facilitador, que una a los expertos entre sí y con el investigador. Esto fue puesto en práctica y evidenciado en el desarrollo del ejercicio, el cual tuvo una duración aproximada de 60 días.

Finalmente, en el desarrollo de las rondas surgieron algunos indicadores que resultan de naturaleza más “burocrática”, es decir que tendían a centrarse en la evaluación de aspectos más administrativos y de gestión en las instituciones (de salud principalmente) a cargo de la implementación del PNPS.

Esto se podía entender precisamente por la posición o rol de los expertos en sus funciones habituales, quienes trabajan la política desde esta perspectiva y nivel. Por ello, es que en el proceso de rondas, revisión y priorización final de los indicadores, se utilizaron criterios adicionales en complemento a la jerarquización y votaciones del panel.

IX CONCLUSIONES

IX. 1 Conclusiones

La presente actividad formativa equivalente (AFE) tuvo como objetivos desarrollar un conjunto de indicadores que permitan evaluar, a nivel regional, la implementación del Programa Nacional de Prevención de Suicidio en Chile y además generar recomendaciones que permitan mejorar dicho proceso de implementación.

A través de un diseño de método Delphi clásico o convencional, fue posible el logro de estos objetivos, lo que se tradujo en el desarrollo y validación por juicio de expertos, de un conjunto de 54 indicadores (35 indicadores de proceso y 14 indicadores de estructura). La técnica Delphi resultó ser un método práctico y efectivo para obtener consenso sobre el conjunto de indicadores para evaluar la implementación del PNPS. Estos indicadores quedaron distribuidos en 14 dimensiones generales: *Sistema de estudio de casos y Vigilancia epidemiológica; Multisectorialidad; Capacitación a equipos de salud; Recursos Humanos; Prevención en Educación; Sistemas de ayuda en situaciones de crisis; Medios de comunicación en la prevención del suicidio; Programa prevención como estrategia Independiente; Financiamiento; Gestión y liderazgo; Acceso a servicios; Continuidad de atención; Evaluación y Otros sugerida por experto.*

El Cuadro N° 3 señalado en Anexo N° 11.7 denominado *Propuesta final de indicadores para evaluar la Implementación del Programa Nacional de Prevención de Suicidio*, detalla el producto y conjunto final de indicadores con enfoque regional obtenidos con este estudio. Para cada indicador se consigna un título, propósito, tipo, numerador, denominador y fuentes de datos sugeridas. Estos indicadores son a su vez, congruentes y complementarios a los ejes que señala el PNPS y pertinentes para evaluar el proceso de implementación del Programa.

Los resultados de este estudio proponen incluir nuevos ámbitos para evaluar la implementación. Dentro de éstas se identifican cinco dimensiones esenciales, que no están contempladas en la base del PNPS: *recursos humanos requeridos, financiamiento, acceso a servicios, continuidad de atención y multisectorialidad*, siendo las tres primeras dimensiones cruciales para asegurar la implementación del PNPS en el país. Contar con los recursos humanos necesarios para todas las acciones definidas en el PNPS puede definir el éxito o fracaso de la implementación de este tipo de programas. Así mismo, una asignación presupuestaria adecuada es fundamental para el cumplimiento de los objetivos para los cuales fue diseñado.

Así también, se debe mejorar tanto el acceso efectivo de personas con riesgo suicida a los dispositivos de salud mental de nivel secundario u hospitalario, como la difusión de plataformas de

Salud responde y línea de apoyo *4141, enfatizando la evaluación de un componente central en esta área: el seguimiento de personas con riesgo suicida que consultan a estas líneas de ayuda.

Por otro lado, es importante superar la lógica preferentemente sectorial en cuanto a la implementación que plantea el PNPS. Para ello se requiere profundizar la multisectorialidad, potenciando para ello las Mesas Regionales de Prevención de Suicidio y Consejos Técnicos de Salud Mental propuesto por el Modelo de Gestión de Red temática de Salud Mental impulsado por MINSAL.

Se debe prestar particular atención al Rol de Seremis y Servicios de Salud en la implementación del PNPS, a fin de evitar la superposición de funciones o dificultades en la gestión.

IX.2 Recomendaciones

Una primera medida de desarrollo posterior sería realizar una prueba o aplicación piloto del conjunto de indicadores, a fin de poder también validarlos empíricamente. Esto permitiría realizar ajustes necesarios y tener la opinión de Referentes de Salud Mental, Gestores de Prevención de Suicidio, Jefes de Servicio, entre otros, respecto del alcance de estos indicadores en los ámbitos preventivos, asistenciales o de gestión. Como paso posterior se puede recomendar además, el desarrollo de estándares que apliquen a cada indicador y proporcionen niveles de desempeño que sean aceptables o deseables para éstos.

El éxito del PNPS, como estrategia nacional, depende de contar con los recursos humanos y financieros necesarios. Es crucial asegurar una asignación adecuada de fondos para que las SEREMIS de Salud y los Servicios de Salud puedan implementar el programa con éxito y no comprometer el cumplimiento de los objetivos del PNPS.

Es necesario favorecer una mirada y abordaje multisectorial para el avance en la implementación del PNPS. Para ello, se debe intencionar en cada territorio, la participación de actores locales y promover instancias de colaboración que fomenten un entendimiento conjunto y compartido de los objetivos del Programa e idealmente, avanzar hacia la toma de decisiones conjunta en determinadas materias.

El suicidio consumado representa probablemente el escenario más complejo que deben enfrentar los equipos de intervención en salud mental y psiquiatría. Ante ello, se recomienda que los equipos de salud tengan protocolos de manejo tras la pérdida de un paciente por suicidio para garantizar que estén preparados ante esta difícil situación.

Es conveniente prestar atención a la herramienta de autopsia psicológica, dado su contribución al conocimiento de la conducta suicida y la identificación de indicadores de riesgo. Para este estudio no se obtuvo un indicador asociado, pero se recomienda que esta herramienta sea mantenida y evaluada en su ejecución, insistiendo que esta labor debería ser efectuada por un equipo centralizado y de cobertura nacional.

Finalmente señalar que nuestro país dispone de un Modelo de Salud Mental Comunitaria instalado, guías clínicas y orientaciones para diversas problemáticas de salud mental y psiquiatría, así como una cobertura del Programa de Salud Mental Integral en APS que ha crecido con los años. Estos elementos proporcionan una base sólida para generar mejoras en la atención y reforzar la implementación del PNPS.

X REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. García De Jalón E, Peralta V. Suicidio y riesgo de suicidio. Vol. 25, Pamplona Anales Sis San Navarra. España; 2002.
2. Organización Mundial de la Salud. Suicidio, datos y cifras. 2021 [citado 8 de enero de 2022]. Suicidio. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
3. Echávarri O, Maino M de la P, Morales S, Barros J. Aumento sostenido del suicidio en Chile: un tema pendiente. Centro de políticas públicas UC. 2015;79:1–16.
4. Inostroza C. Programa Nacional de Prevención de Suicidio de Chile: Una comparación con la evidencia internacional. Gobierno y Administración Pública. junio de 2021;(2):123–37.
5. Organización Panamericana de la Salud. Mortalidad por suicidio en la Región de las Américas. Informe regional 2010-2014. Mortalidad por suicidio en la Región de las Américas. Informe regional 2010-2014. Pan American Health Organization; 2021.
6. Ministerio de Salud. Herramientas de apoyo para la prevención del suicidio [Internet]. Santiago, Chile; 2021 [citado 8 de enero de 2022]. Disponible en: https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/09/Herramientas_SaludMental_Sept2021.pdf
7. Araneda N, Sanhueza P, Pacheco G, Sanhueza A. Suicide in adolescents and young adults in Chile: Relative risks, trends, and inequalities. Revista Panamericana de Salud Pública/Pan American Journal of Public Health. 1 de marzo de 2021;45:1–9.
8. Ventura-juncá RD, Carvajal C, Undurraga S, Vicuña P, Egaña J, José Garib M. Prevalencia de ideación e intento suicida en adolescentes de la Región Metropolitana de Santiago de Chile. Artículo de investigación rev Med Chile. 2010;138:309–15.
9. Castellvi-Obiols P - Piqueras Rodríguez J. El suicidio en la adolescencia un problema de salud pública que se puede y debe prevenir. Universidad Miguel Hernández de Elche España. 2018;
10. Arias-López HA. Success factors in the prevention suicide programs. Revista Vanguardia Psicológica Clínica Teórica y Práctica [Internet]. 2013 [citado 2 de junio de 2022];Volumen 3. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4815157>
11. World Health Organization. National suicide prevention strategies Progress, examples and indicators [Internet]. 2018. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/279765>
12. Department of Health & Social Care UG. Suicide prevention in England: 5-year cross-sector strategy [Internet]. 2023 [citado 16 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://www.gov.uk/government/publications/suicide-prevention-strategy-for-england-2023-to-2028/suicide-prevention-in-england-5-year-cross-sector-strategy>
13. Organización Mundial de la Salud. Prevención del suicidio: un imperativo global. Washington DC; 2014.
14. Ministerio de Salud. Programa Nacional de Prevención del Suicidio: Orientaciones para su Implementación [Internet]. Santiago, Chile; 2013. Disponible en: https://www.minsal.cl/sites/default/files/Programa_Nacional_Prevencion.pdf
15. Rafael EASE, Ramos AE, Dolores Martínez Garduño ASSM, Cristina EASE, Martínez S, En D, et al. Reporte de Investigación “Estándares e indicadores para evaluar la atención de enfermería en unidades psiquiátricas”. Mexico DF; 2009.

16. Ministerio de Salud. Informe de detalle de Programas Sociales Evaluación Ex Ante - Proceso Formulación Presupuestaria 2021. Programa Nacional de Prevención del Suicidio. Departamento de Salud Mental, Minsal. enero de 2020;3:1–15.
17. Organización Panamericana de la Salud. Prevención de la conducta suicida [Internet]. Washington, DC; 2016 [citado 17 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://www.redaipsis.org/wp-content/uploads/2017/02/PREVENCIÓN-EN-CONDUCTA-SUICIDA-ORGANIZACIÓN-PANAMERICANA-DE-LA-SALUD.pdf#page=30>
18. Aguilar Hernández I, Giselda I, Ramos S, Elena I, Abascal C, Leidis I, et al. Evaluación de la ejecución del Programa Nacional de Prevención y Atención a la Conducta Suicida Evaluation of the execution of the National Program for Prevention and Attention to Suicidal Behavior. Revista de Ciencias Médicas de la Habana [Internet]. 2019 [citado 19 de marzo de 2024];(3). Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=92641>
19. Angora R. Evaluación de un Programa de Prevención Terciaria de Conducta Suicida [Internet]. [Madrid]: Universidad Autónoma de Madrid; 2021 [citado 4 de abril de 2024]. Disponible en: https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/703845/angora_cannego_ricardo.pdf?sequence=1&isAllowed=y
20. Cámara de Diputados y Diputadas C. Diputadas/os piden evaluar implementación del Programa Nacional de Prevención del Suicidio 2013-2020 [Internet]. 2018 [citado 3 de junio de 2022]. Disponible en: https://www.camara.cl/prensa/sala_de_prensa_detalle.aspx?prmId=135669
21. Nova M. Análisis del Programa Nacional de Prevención del Suicidio en Chile durante el periodo 2013 a 2018. [Internet]. Tesis para optar al grado de administrador público. [Valparaíso, Chile]: Universidad de Valparaíso; 2019 [citado 18 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://repositoriobibliotecas.uv.cl/serveruv/api/core/bitstreams/67d3e0fa-87ab-49ad-991e-d0b57c856375/content>
22. Simon JW. Gobernando la Prevención del Suicidio en Chile 2013-2021: Análisis Documental de la respuesta estatal desde la perspectiva de la gobernanza colaborativa. Gobierno y Administración Pública [Internet]. junio de 2021 [citado 17 de marzo de 2024];(2):104–22. Disponible en: <https://revistas.udec.cl/index.php/gyp/article/view/5494/6522>
23. Damschroder LJ, Aron DC, Keith RE, Kirsh SR, Alexander JA, Lowery JC. Fostering implementation of health services research findings into practice: A consolidated framework for advancing implementation science. Implementation Science [Internet]. 2009 [citado 3 de mayo de 2023];4(1). Disponible en: <https://implementationscience.biomedcentral.com/articles/10.1186/1748-5908-4-50?report=reader>
24. Proctor EK, Landsverk J, Aarons G, Chambers D, Glisson C, Mittman B. Implementation research in mental health services: An emerging science with conceptual, methodological, and training challenges. Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research [Internet]. enero de 2009 [citado 3 de mayo de 2023];36(1):24–34. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19104929/>
25. Mascayano F, Guajardo J. Ciencia de Implementación en la evaluación de programas y servicios de salud en Chile. Rev méd Chile [Internet] [citado 2023 Abr 24] [Internet]. 2018 [citado 23 de abril de 2023];146:945–6. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872018000700945
26. Organización Mundial de la Salud. Implementation Research Toolkit. Ginebra; 2014.

27. Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social - México. Evaluación de la política social [Internet]. 2021. Disponible en: <https://www.coneval.org.mx/Paginas/principal.aspx>
28. Jorm AF. Using the Delphi expert consensus method in mental health research [Internet]. Vol. 49, Australian and New Zealand Journal of Psychiatry. Taylor and Francis Ltd.; 2015 [citado 20 de febrero de 2024]. p. 887–97. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26296368/>
29. Toro Devia OC. Indicadores para la Evaluación de la Gestión de las Unidades de Atención de Salud Mental Ambulatoria de Especialidad. Santiago, Chile; 2007.
30. Romm FJ, Hulka BS. Developing Criteria for Quality of Care Assessment: Effect of the Delphi technique [Internet]. 1978 [citado 23 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1072127/pdf/hsresearch00541-0065.pdf>
31. Campbell SM, Braspenning J, Hutchinson A, Marshall M. Research methods used in developing and applying quality indicators in primary care. Qual Saf Health Care. 2002;11(4):358–64.
32. García MM, Suárez M, Li M. El método Delphi para la consulta a expertos en la investigación científica Delphi method for the expert consultation in the scientific research [Internet]. Vol. 39, Revista Cubana de Salud Pública. 2013. Disponible en: <http://scielo.sld.cu>
33. Linstone HA, Turoff M, Helmer O. The Delphi Method: Techniques and Applications [Internet]. 2002 [citado 19 de abril de 2023]. Disponible en: http://www foresight.pl/assets/downloads/publications/Turoff_Linstone.pdf
34. Valles MS. Técnicas cualitativas de investigación social: reflexión metodológica y práctica profesional. Madrid: Editorial Síntesis S.A.; 1997.
35. Jiménez L ÁM, Valdés J, Álvarez MaE. Indicadores de calidad [Internet]. Santiago, Chile; 2015 [citado 26 de febrero de 2024]. Disponible en: https://www.supersalud.gob.cl/observatorio/671/articles-14437_recurso_1.pdf
36. Araujo M. Indicadores de calidad: Manual de muestreo [Internet]. Chile; 2010 [citado 26 de febrero de 2024]. Disponible en: https://www.supersalud.gob.cl/observatorio/671/articles-6358_recurso_1.pdf
37. Mainz J. Defining and classifying clinical indicators for quality improvement [Internet]. Vol. 15, International Journal for Quality in Health Care. 2003 [citado 26 de febrero de 2024]. p. 523–30. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12689983/>
38. Varela M, DL, GR. Descripción y uso del Método Delphi. Metodología de Investigación en Educación Médica [Internet]. 2012 [citado 23 de abril de 2023]; Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-investigacion-educacion-medica-343-pdf-X2007505712427047>
39. McMillan SS, King M, Tully MP. How to use the nominal group and Delphi techniques [Internet]. Vol. 38, International Journal of Clinical Pharmacy. Springer Netherlands; 2016 [citado 22 de febrero de 2024]. p. 655–62. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26846316/>
40. Romero-Collado A. Essential elements to elaborate a study with the (e)Delphi method [Internet]. Vol. 32, Enfermería Intensiva. Ediciones Doyma, S.L.; 2021 [citado 22 de febrero de 2024]. p. 100–4. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33008751/>
41. Martínez-Ezquerro JD, Ruiz-Cejudo SM, Bustamante-Fuentes A, Díaz-Badillo Á, García-Oropesa EM, López-Sosa EB, et al. Expert consensus in times of COVID-19: Health applications of the Delphi method. Cirugía y Cirujanos (English Edition) [Internet]. 1 de febrero de 2021 [citado 24 de febrero de 2024];89(1):120–9. Disponible en: <https://www.scielo.org.mx/pdf/cicr/v89n1/2444-054X-cir-89-1-120.pdf>

42. Jiménez Á, Duarte F, Vargas B, Riquelme A, Martínez V. Recomendaciones para la Actualización del Programa Nacional de Prevención de Suicidio Chile Policy Brief [Internet]. 2024 [citado 9 de mayo de 2024]. Disponible en: https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2024/04/Recomendaciones-para-la-Actualizacion-del-Programa-Nacional-de-Prevencion-del-Suicidio_v3.pdf
43. Kasal A, Táborská R, Juríková L, Grabenhofer-Eggerth A, Pichler M, Gruber B, et al. Facilitators and barriers to implementation of suicide prevention interventions: Scoping review. Cambridge Prisms: Global Mental Health [Internet]. 2023 [citado 26 de enero de 2024];10. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10579684/pdf/S2054425123000092a.pdf>
44. Fiander M, Burns T. A Delphi Approach to Describing Service Models of Community Mental Health Practice. Psychiatric Services [Internet]. 2000 [citado 19 de mayo de 2024];51. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10783186/>
45. Duarte F, Jiménez-Molina Á. Suicide and quarantine during the COVID-19 pandemic: Do we know everything? Soc Sci Med [Internet]. 1 de septiembre de 2022 [citado 19 de marzo de 2024];309. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35961215/>
46. Ministerio de Salud. Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025 [Internet]. 2016 [citado 9 de enero de 2024]. Disponible en: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/12/PDF-PLAN-NACIONAL-SALUD-MENTAL-2017-A-2025.-7-dic-2017.pdf>
47. Ministerio de Salud. Modelo de Gestión de Red Temática de Salud Mental en la Red General de Salud. 2018 [citado 9 de marzo de 2024]; Disponible en: https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/09/2018.05.02_Modelo-de-Gesti%C3%B3n-de-la-Red-Tem%C3%A1tica-de-Salud-Mental_digital.pdf
48. Gómez Ch A, Opazo RP, Levi RA, Soledad Gómez Ch M, Ibáñez CH, Núñez CM. Autopsias psicológicas de treinta suicidios en la IV Región de Chile Psychological autopsies of thirty suicides of the IV Region of Chile. Revista Chilena de Neuro Psiquiatría [Internet]. 2014 [citado 25 de noviembre de 2023]; Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272014000100002
49. Ruskin R, SI, BRM et al. Impact of Patient Suicide on Psychiatrists and Psychiatric Trainees. Academic Psychiatry [Internet]. 2004 [citado 26 de febrero de 2024];28. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1176/appi.ap.28.2.104>
50. Agrawal A, Gitlin M, Melancon SNT, Booth BI, Ghandhi J, DeBonis K. Responding to a Tragedy: Evaluation of a Postvention Protocol Among Adult Psychiatry Residents. Academic Psychiatry [Internet]. 1 de junio de 2021 [citado 25 de marzo de 2024];45(3):262–71. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33686537/>
51. Virgili Lillo MA. Transparencia Presupuestaria: Presupuesto del Programa Nacional de Prevención del Suicidio. Gobierno y Administración Pública. junio de 2021;(2):138–49.
52. Tapia A. Estrategias para mantener la calidad y seguridad de las atenciones en APS [Internet]. Chile; 2021 [citado 13 de marzo de 2024]. Disponible en: https://www.superdesalud.gob.cl/observatorio/674/articles-20288_Dra_Tapia.pdf
53. Ministerio de Salud. Orientación Técnica Administrativa Programa Salud Mental en la Atención Primaria en Salud [Internet]. Chile; 2018 [citado 16 de abril de 2024]. Disponible en: <https://www.araucaniasur.cl/wp-content/uploads/2019/06/OOTTA-SM-APS-2018-1.0-1.pdf>
54. Ministerio de Salud. Modelo de Gestión de Centros de Salud Mental Comunitaria [Internet]. Chile; 2018 [citado 20 de abril de 2024]. Disponible en: <https://www.minsal.cl/wp->

content/uploads/2015/09/2018.03.28_MODELO-DE-GESTION-CENTRO-DE-SALUD-MENTAL-COMUNITARIA_DIGITAL.pdf

55. Matsubayashi T, Ueda M. The effect of national suicide prevention programs on suicide rates in 21 OECD nations. *Soc Sci Med* [Internet]. noviembre de 2011 [citado 29 de marzo de 2024];73(9):1395–400. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21940085/>
56. Pirkis J, Gunnell D, Hawton K, Hetrick S, Niederkrotenthaler T, Sinyor M, et al. A Public Health, Whole-of-Government Approach to National Suicide Prevention Strategies [Internet]. Vol. 44, *Crisis*. Hogrefe Publishing GmbH; 2023 [citado 17 de abril de 2024]. p. 85–92. Disponible en: https://econtent.hogrefe.com/doi/full/10.1027/0227-5910/a000902?rfr_dat=cr_pub++0pubmed&url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori%3Arid%3Acrossref.org
57. Scoliers G, Portzky G, Van Heeringer K, Audenaert K. Sociodemographic and psychopathological risk factors for repetition of attempted suicide: a 5 year follow-up study. *Arch Suicide Res* [Internet]. 2009 [citado 29 de enero de 2024];201–2013. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19590995/#:~:text=Repetition%20of%20suicidal%20behavior%20was,and%20had%20a%20lower%20education.>
58. Ministerio de Salud. Recomendaciones para la prevención de la conducta suicida en establecimientos. Desarrollo de estrategias preventivas para Comunidades Escolares [Internet]. Chile; 2019 [citado 10 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2019/03/GUIA-PREVENCION-SUICIDIO-EN-ESTABLECIMIENTOS-EDUCACIONALES-web.pdf>

XI ANEXOS

11.1 Glosario

APS	: Atención Primaria de Salud
DAU	: Documento de Atención en Urgencia
CAE	: Centro Ambulatorio de Especialidades
CESFAM	: Centro de Salud Familiar
COMGES	: Compromisos de Gestión
COSAM	: Centro Comunitario de Salud Mental
DEIS	: Departamento de Estadística e Información en Salud.
EPIVIGILA	: Sistema de Vigilancia Epidemiológica.
GES	: Garantías Explícitas en Salud
HCSF	: Hospital Comunitario de Salud Familiar
ISAPRE	: Instituciones de Salud Previsional. Sistema privado de seguros de salud
MIDAS	: Plataforma Modernización de la Información Digital de la Autoridad Sanitaria.
MINSAL	: Ministerio de Salud
OMS	: Organización Mundial de la Salud
OPS	: Organización Panamericana de la Salud
PCI	: Plan de Cuidado Integral
POA	: Plan Operativo Anual
REM	: Registro Estadístico Mensual
SAPU	: Servicio Atención Primaria de Urgencia
SAR	: Servicios de Atención Primaria de Urgencia De Alta Resolución
SEREMI	: Secretaria Regional Ministerial
UEH	: Unidad de Emergencia Hospitalaria
UHCIP	: Unidad de Hospitalización de Cuidados Intensivos en Psiquiatría.

11.2 Cuadro N°1: Barreras a considerar en la implementación de estrategias nacionales de prevención del suicidio. (National Suicide Prevention Strategies, OMS 2018)

Barrera	Descripción de la barrera	Cómo superar la barrera
Gestión y logística		
Comprensión el problema	Una mala comprensión del suicidio en el contexto nacional o local dificulta desarrollar metas claras y acciones ajustadas a las necesidades de las comunidades.	Obtenga una comprensión profunda del problema registrando los medios, el número y la tasa de suicidios e intentos de suicidio; identificar factores de riesgo y de protección relevantes y grupos vulnerables; evaluar el cuidado de la salud infraestructura y recursos disponibles para servicios y cuidados; define el problema correctamente para permitir una implementación eficiente con plazos adecuados y uso de recursos.
Acciones e intervenciones	Una mala descripción de las acciones e intervenciones - incluyendo, por ejemplo, objetivos, recursos necesarios, responsabilidad para la implementación y el cronograma - puede dejar la estrategia desorganizada e ineficaz	Definir objetivos claros para cada acción e intervención, resultados esperados, personas en encargado de la implementación, los recursos asignados, infraestructura y cronograma.
Partes interesadas		
Liderazgo y administración	Las partes interesadas relevantes para el suicidio deben estar bien versado en trabajar con la amplia gama de líderes gubernamentales con quienes puedan estar involucrado. Liderazgo ausente o ineficaz, particularmente el liderazgo que no es aceptado por las partes interesadas, puede dificultar lograr objetivos.	Aprenda a comunicarse y trabajar con una variedad de partes interesadas; adaptarse a los contextos donde hay una rotación frecuente en liderazgo; entender los rasgos de ineficaz liderazgo, ayudando así a evitar trampas y fortalecer las habilidades de liderazgo; Gobierno liderazgo con buenas habilidades de gestión necesita ser puesto en su lugar
Trabajo en equipo y colaboración	Mal trabajo en equipo y falta de cohesión y la colaboración resulta en seguir la propia intereses o enfoques, en lugar de trabajar hacia objetivos comunes en una manera unificada	Identificar claramente el papel de cada parte interesada; establecer canales de comunicación entre diferentes partes interesadas; Cuota información de manera oportuna y crear sinergias entre diferentes agentes; estos pueden servir para unir a los individuos para la unión logro de los objetivos; designar un centro nacional de recursos para el suicidio prevención para proporcionar sesiones informativas e informes y participar internacionalmente
Legislación y políticas	Legislación y políticas que no están en línea con los esfuerzos de prevención del suicidio puede obstaculizar implementación	Aumentar la conciencia sobre el suicidio y su prevención, ayudando a alinear la legislación y políticas con esfuerzos de prevención del suicidio
Recursos financieros		
Presupuesto para la implementación del plan	La falta de apoyo político puede resultar en una falta de financiación Estimación inadecuada de la financiación requerido puede obstaculizar la implementación completa de intervenciones	Estimar el costo total de las intervenciones y supervisar la financiación, ya que esto puede ayudar a mantener implementación sostenible en el tiempo; mantener un fondo de reserva ya que esto puede proporcionar estabilidad y reducir la incertidumbre; claramente demarcar la asignación de fondos porque, sin esto, es menos probable que las intervenciones sean implementado o evaluado.
Recursos humanos		
Capacitación	Es posible que los trabajadores de la salud no estén preparados o competente para identificar y manejar las conductas suicidas. comportamientos. Además, la calidad de la atención proporcionada puede ser inadecuada e inconsistente.	Formar sanitarios especializados y no especializados trabajadores en la evaluación y gestión de conductas suicidas y mentales, trastornos neurológicos y por consumo de sustancias y asegurarse de que estos trabajadores cumplan con la competencia requisitos; involucrar a los trabajadores de la salud en la adaptación de la formación al contexto local puede aumentar la motivación y la eficacia de las intervenciones; entender los factores específicos del contexto

		que dificultan la implementación basada en evidencia intervenciones, lo que permite que la formación sea modificada para que el personal pueda estar preparado para gestionar esos desafíos.
Participación multisectorial		
Restringiendo acceso a medios	Uno de los métodos clave del suicidio implica autoingestión de plaguicidas; sin embargo, en muchos contextos esto permanece sin ser reconocido y se toma poca o ninguna acción	Vigilancia del uso de plaguicidas en el suicidio o el intento de suicidio facilita una comprensión del problema; comprometerse organismos reguladores y gobiernos relevantes sectores (por ejemplo, la agricultura) en el país regulación del acceso a plaguicidas.
Responsable informes de los medios	El sensacionalismo continuo del suicidio en el medio de comunicación	Supervise activamente los informes de los medios para intervenir con prontitud si hay sensacionalistas artículos; proporcionar formación continua y sesiones de sensibilización para los medios profesionales; trabajar con los reguladores de los medios órganos para gestionar la denuncia de suicidios; incluir a los medios de comunicación en informes positivos (p. ej. historias de éxito o resiliencia y anti estigma y campañas de sensibilización).
Basado en la escuela intervenciones	Renuencia a abordar la salud mental entre otros temas en la escuela; resistencia (de líderes, escuelas o padres/cuidadores) para discutir problemas de salud mental, emocional angustia y conductas suicidas con gente joven.	Trabajar en estrecha colaboración con el sector educativo en la necesidad de actividades de prevención y formación emocional y de habilidades para la vida, dado el riesgo de suicidio en grupos de edad más jóvenes; proporcionar capacitación de porteros para maestros; proporcionar concienciación y/o formación para representantes de padres / cuidadores en la comunidad; incluir a los jóvenes en el diseño de cualquier programa de prevención.
Acceso a los servicios	Cobertura de salud o asistencia social limitada reduce la capacidad de implementar intervenciones o seguimiento necesario para aquellos que han intentado suicidarse, o por los afligidos por el suicidio	Capacitar a los trabajadores comunitarios; establecer autoayuda grupos y apoyo de pares; explorar digital plataformas.
Continuidad de la atención en el cuidado de la salud sistema	Diferentes servicios y trabajadores de la salud que no están vinculados y no están en comunicación entre sí no pueden hacer un seguimiento de personas que buscan ayuda y, por lo tanto, la continuidad de la atención puede verse interrumpida	Promover el seguimiento, la derivación, el intercambio, reuniones y formación conjunta, que pueden fortalecer la atención brindada; promover integración de servicios y multidisciplinar tratamiento ya que esto puede promover la continuidad de la atención
Data		
Recopilación de datos	La falta de datos e información obstaculiza la priorización y asignación de recursos por tomadores de decisiones. Recopilación de datos inadecuada a lo largo del proceso de implementación puede llevar a que se desperdicien recursos en intervenciones ineficaces.	Establecer y fortalecer la vigilancia sistemas de suicidio e intentos de suicidio; la vigilancia debe considerarse un elemento central elemento de prevención del suicidio; supervisar la efectividad en los resultados primarios con recopilación precisa de datos, lo que permite ajustes posteriores para mejorar eficacia.
Estigma		
Estigma	Personas que intentaron suicidarse, sus familias y los que quedan tras un suicidio están todos estigmatizados. Estigma negativamente influye en la voluntad de utilizar recursos sanitarios, afecta la calidad de atención brindada por los trabajadores de la salud, y puede tener un impacto en la eficacia de estrategias nacionales, si no se abordan	Realización de campañas de sensibilización y proporcionar información es importante elementos en la lucha contra el estigma, la discriminación y otras inequidades, como la falta de acceso a la atención asociada con el suicidio comportamientos.

11.3 Cuestionario ejercicio Delphi Ronda 1

Ejercicio Delphi

- Ronda 1
- Nombre:

De acuerdo a su conocimiento y experiencia **¿Cuáles serían los principales criterios/indicadores a considerar, para evaluar la implementación del Programa Nacional de Prevención de Suicidio en Chile?** (máximo 3 indicadores por dimensión).

Dimensión	Indicador/Criterio Propuesto	Comentarios/Observaciones
Sistema de estudio de casos y Vigilancia epidemiológica*		
Multisectorialidad*		
Capacitación *		
Recursos Humanos		
Prevención en Educación *		
Sistemas de ayuda en situaciones de crisis*		
Medios de comunicación en la prevención del suicidio*		

Programa o estrategia Independiente		
Financiamiento		
Gestión y liderazgo		
Acceso a servicios		
Continuidad de atención		
Evaluación		
Otra sugerida por experto:		
Comentarios:		

*Dimensión que se incluye en el Plan Nacional de Prevención de Suicidio (MINSAL, 2013)

11.4 Instrucciones Cuestionario ejercicio Delphi Ronda 2



Estimado/a integrante panel de expertos

A continuación, hago entrega de las instrucciones para el desarrollo de la segunda Ronda Delphi. En esta oportunidad, se solicita priorizar un número determinado de criterios/indicadores surgidos como parte del trabajo del panel de expertos de la Ronda 1.

En la primera ronda se recogieron un total de 378 indicadores propuestos. Luego del análisis, que consideró ordenar e integrar indicadores similares, evitar repetición de conceptos, reagrupar criterios, entre otros, se obtuvo un total de 205 indicadores, distribuidos en catorce (14) Dimensiones. Los indicadores propuestos son en su mayoría de proceso y no contemplan un estándar, por cuanto esto último no es objeto del presente estudio. Cada una de estas catorce (14) dimensiones contiene entonces, un número relativo de indicadores, todos ellos propuesto por los miembros del panel. Además, durante el proceso de análisis y síntesis realizado por el investigador, se integró las observaciones y comentarios, señaladas por cada experto.

De este modo y en relación a su rol como experto integrante del panel, se solicita para este ejercicio Delphi Ronda 2 lo siguiente:

- Ver documento "Cuadro indicadores para Ronda2_a expertos"
- Seleccionar cinco (5) indicadores que a su juicio resultan ser los más importantes, por cada una de las catorce (14) Dimensiones. Deje en blanco los indicadores no seleccionados.
- Luego de ello, ordenar estos cinco (5) indicadores por Dimensión, según importancia y relevancia, en un rango de 5 a 1 (donde 5 es el más importante y 1 el menos importante), **sin repetir la calificación**. Es decir, a cada indicador seleccionado (5), se le asignará un número: 5, 4, 3, 2 ó 1.

A partir del análisis estadístico grupal se determinará un número total de indicadores/criterios finales propuestos. Por ello, es crucial que usted priorice y luego ordene según importancia, sólo cinco por cada Dimensión.

Reiterando nuestro agradecimiento por haber aceptado participar en este estudio, y le solicitamos que responda a esta segunda ronda, antes del 26 de noviembre del presente, enviando su respuesta al correo al correo: rodrigomiranda@gmail.com.

Quedamos atentos a cualquier consulta que pueda surgir.

Le saludan cordialmente,

Rubén Alvarado Muñoz MD MPH PhD
Profesor Guía
Escuela de Salud Pública
Universidad de Chile

Ps. Rodrigo Miranda Forcael
Magister (C) en Salud Pública
Escuela de Salud Pública
Universidad de Chile

11.5 Documento consentimiento para participar en estudio

CONSENTIMIENTO PARA PARTICIPAR EN ESTUDIO

Título del proyecto: “Programa Nacional de Prevención de Suicidio: desarrollo de Indicadores para evaluar su implementación en Chile”

Datos del investigador principal:

- **Nombre del Investigador principal:**
- **R.U.T.:**
- **Profesión:**
- **Institución:** Programa de Magister en Salud Pública de la Universidad de Chile.
- **Teléfonos:**

Invitación a participar: Lo invitamos a participar en la investigación titulada “Programa Nacional de Prevención de Suicidio: desarrollo de Indicadores para evaluar su implementación en Chile”.

A casi 10 años de la puesta en marcha del Programa Nacional de Prevención de Suicidio (PNPS), existen escasos antecedentes respecto de evaluaciones o informes realizadas en relación a la implementación del Programa. Por otro lado, hacer mención que en la actualidad, el PNPS se ha implementado en su totalidad sólo en las regiones de Coquimbo, O’ Higgins y Aysén.

A partir de lo anterior, y ante las recomendaciones realizadas por algunos autores sobre la importancia de efectuar una evaluación de este, el presente trabajo propone diseñar un conjunto de indicadores para evaluar la implementación del Programa Nacional de Prevención de Suicidio en Chile.

Objetivos: Esta investigación tiene por objetivo proponer un conjunto de indicadores para evaluar la implementación del Programa Nacional de Prevención de Suicidio en Chile, través de consenso y validación, de dichos indicadores, por panel de expertos.

Para lo anterior, se pretende realizar una revisión bibliográfica a fin de identificar indicadores y criterios base, como parte del proceso de implementación del PNPS; diseñar un conjunto de indicadores para evaluar su implementación y generar recomendaciones finales dirigidas a los tomadores de decisiones.

El estudio espera abordar los objetivos antes señalados, a través de la conformación de un panel de experto y la realización de la técnica Delphi. Con ello, busca consensuar y validar, por juicio de expertos, un conjunto de indicadores para evaluar la implementación del PNPS en nuestro país.

Procedimientos: Si Ud. acepta participar del estudio, se le invitara a integrar un panel de expertos, integrado por profesionales y referentes expertos de diferentes regiones, que a su vez forman parte del Programa de Salud Mental y Programa Suicidio a nivel de Servicios de salud y Seremis de salud.

En lo específico, su participación, en calidad de experto, consistirá en: a) sugerir criterios o indicadores en torno a la implementación del PNPS y b) entregar su opinión, al conjunto de indicadores propuestos. Dicha opinión y/o sugerencias se obtendrán por medio de un documento/cuestionario enviado a usted a través de correo electrónico.

Es importante señalar que la participación requerida se ajusta a la respuesta a dicho cuestionario y no considera la realización de entrevistas u otros medios de recolección de información.

Las respuestas a este cuestionario serán almacenadas únicamente en el computador del investigador principal por un plazo máximo de 2 años. Adicionalmente, en caso de que usted así lo desee, puede colaborar con material complementario que pueda ayudar a entender de mejor forma como ha sido la ejecución y/o implementación del Programa Nacional de Prevención de Suicidio en Chile.

Riesgos: Su participación y/o el rechazo de participar en la investigación no implica ni conlleva ningún tipo de riesgo ya sea para su persona, familia, puesto de trabajo u otros.

Beneficios: Además del beneficio que este estudio significará para el progreso y/o fortalecimiento del conocimiento sobre el proceso de implementación del Programa Nacional de Prevención de Suicidio, su participación en este estudio contribuirá a que la política pública implementada obtenga los resultados previstos, tanto clínica como administrativamente.

Compensación: Ud. no recibirá ninguna compensación económica por su participación en la investigación.

Confidencialidad: Toda la información derivada de su participación en esta investigación será conservada en forma de estricta confidencialidad, lo que incluye el acceso de los investigadores o agencias supervisoras de la investigación, mediante su almacenamiento único por parte del investigador principal por un periodo máximo de 2 años. Cualquier publicación o comunicación científica de los resultados de la investigación será completamente anónima, es decir, su nombre no será conocido.

Voluntariedad: Su participación en esta investigación es totalmente voluntaria y se puede retirar en cualquier momento comunicándolo al investigador. De igual manera el investigador podrá determinar su retiro de la investigación si consideran que esa decisión va en su beneficio.

Derechos del participante: Usted recibirá una copia íntegra y escrita de este documento firmado. Si usted requiere cualquier otra información sobre su participación en esta investigación, o bien quiere conocer los resultados puede comunicarse con:

Investigador principal: Rodrigo Miranda Forcael, teléfono: (+56) xxxxxxxxxxx

Tutor de la Tesis de Grado: Dr. Rubén Alvarado Muñoz, Programa de Salud Mental, Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina - Universidad de Chile, teléfono oficina: (+56) xxxxx



Conclusión: Después de haber recibido y comprendido la información de este documento y de haber podido aclarar todas mis dudas, otorgo mi consentimiento para participar como experto/a en el proyecto “Programa Nacional de Prevención de Suicidio: desarrollo de Indicadores para evaluar su implementación en Chile”

Nombre del Participante
Rut.:

Firma

Fecha

Rodrigo Miranda Forcael
Nombre del investigador
Rut.:

Firma

Fecha

11.6 Cuadro N°2: Resumen Indicadores obtenidos luego de los resultados y análisis de la ronda 2 del Ejercicio Delphi.

Dimensión	N°	Indicador/Criterio Propuesto	% Votación Panel
1. Sistema de estudio de casos y Vigilancia epidemiológica*	1	Porcentaje de establecimientos de salud con atención de urgencias (SUR, SAPU, SAR, UEH) que cuentan con sistema de notificación de casos de intentos de suicidio o personas con LAIN (Sistema seguimiento personas con Lesiones autoinfligida) en funcionamiento	70
	2	Seguimiento de personas con intento suicida ingresados en Servicios de Urgencias, coordinado desde el Servicio de Salud y ejecutado por los equipos de salud en cada territorio (APS)	50
	3	SEREMI de Salud cuenta con Informe Anual de Análisis Epidemiológico basado en el Sistema de Estudio de Casos.	60
	4	Se cuenta con reuniones periódicas y formales entre los gestores prevención suicidio (a nivel local y de Servicio de Salud), Jefes de Salud Mental de Servicios de salud y Seremi de salud y jefes de Servicios de urgencia, para la coordinación el proceso de notificación y vigilancia de caos de intento de suicidio.	60
	5	Existe un Protocolo de Coordinación entre el Programa de Salud Mental y Prevención de suicidio de SEREMI de Salud y el Programa de Salud Mental y Prevención de suicidio del Servicios de Salud, que precise roles y las acciones de prevención, detección y atención de casos con riesgo suicida.	60
2. Multisectorialidad*	1	SEREMI de Salud cuenta con un Plan regional intersectorial de prevención de suicidio vigente y que incorporan al menos a cuatro instituciones u organismos públicos además de sector salud: Educación, SENDA, Justicia y SENAMA.	50
	2	Porcentaje de instituciones del intersector que disponen de Plan Operativo Anual que especifiquen las acciones que cada uno llevará a cabo en materia de prevención del suicidio.	70
	3	Equipos de salud locales (APS) implementan Jornadas de Trabajo con líderes comunitarios para fortalecer la prevención del suicidio en la comunidad.	60
	4	SEREMI de Salud cuenta con un Plan regional intersectorial de prevención de suicidio que incluya estrategias para aumentar las competencias organizativas, la búsqueda de apoyo y ayuda mutua de la comunidad.	50
3. Capacitación	1	Porcentaje de profesionales y técnicos de Servicios de Urgencia (UE, SAPU, SAR, SUR) que reciben capacitación en detección y manejo del riesgo del suicida, en los últimos 3 años.	70
	2	Porcentaje de establecimientos de salud (APS) que cuentan con protocolo escrito, accesible y actualizado cada 3 año para la atención y manejo de usuarios con riesgo suicida en la red de Servicio de Salud.	60
	3	Servicio de Salud cuenta con un Programa Anual de Formación de competencias con foco en pesquisa temprana de problemas de salud mental y riesgo suicida.	90
4. Recursos Humanos	1	Porcentaje de Servicios de Salud con cargo profesional exclusivo de encargado o gestor de prevención del suicidio dispuesto en la institución.	80

	2	SEREMI de Salud cuenta con cargo profesional exclusivo de Encargado o Gestor de prevención del suicidio dispuesto en su institución.	70
	3	Porcentaje de Servicios de Urgencias (UE, SAPU, SAR) con duplas psicosociales de apoyo en salud mental, operando al menos 8 horas diarias.	80
	4	Número de profesionales de salud mental en APS (médico, psicólogo y trabajador social) con jornadas de 44 horas destinados a la atención de personas con problemas de salud mental y riesgo suicida. por cada 10.000 habitantes.	50
	5	Horas profesionales dedicadas de forma semanal al seguimiento (telefónico y visita domiciliaria) a casos con riesgo suicida por parte de equipos de APS.	50
5. Prevención en Educación *	1	Porcentaje de establecimientos educacionales que cuentan con programa de prevención y posvención de suicidio, validados y actualizados cada 3 años.	80
	2	Porcentaje de personal educativo (duplas psicosociales, orientadores y asistentes de la educación) que han recibido formación en prevención de suicidio o primera ayuda psicológica en los últimos 3 años.	50
	3	Porcentaje de establecimientos educacionales que cuentan con GATEKEEPERS o agentes comunitarios capacitados (con mínimo de 20 horas) en detección precoz y prevención de suicidio en población infanto adolescente.	50

EJERCICIO DELPHI RONDA 2			
Dimensión	N°	Indicador/Criterio Propuesto	% Votación Panel
6. Sistemas de ayuda en situaciones de crisis*	1	Disponibilidad de sistema de ayuda en línea *4141 (fono 24 horas) para apoyo a personas con ideación o riesgo suicida que opere a nivel regional.	70
	2	Seremi de Salud desarrolla un plan estratégico de difusión y acceso a las redes de apoyo existentes, incluyendo la línea centralizada 24 horas *4141 de prevención del suicidio, a nivel regional.	60
	3	Disponibilidad de Orientaciones intersectoriales proporcionadas por las SEREMIs de Salud para actores clave, como carabineros, bomberos y organismos de seguridad pública, ante situaciones de crisis y emergencias.	50
	4	Porcentaje de usuarios con seguimiento dentro de los 72 hrs posterior ha llamado a *4141 definido como ideación suicida grave o alto riesgo	60
7. Medios de comunicación en la prevención del suicidio*	1	Participación de medios de comunicación escritos, audiovisuales o digitales en las Mesas Regional de Prevención de Suicidio desarrolladas durante el año en curso	50
	2	Se realiza acompañamiento a medios locales por medio de jornadas de fortalecimiento de competencias a medios de comunicación, que promuevan coberturas mediáticas éticas, precisas y responsables ante eventos de muertes por suicidio, organizadas por las SEREMIs y Servicios de Salud.	60
	3	SEREMIs de Salud cuenta con un Plan Anual de trabajo con medios de comunicación de su territorio, vigente y que incluya estrategias para la difusión de información sobre la prevención del suicidio y comunicación de noticias sobre muertes por suicidio.	100

	4	N° de campañas de concientización y educación pública que promuevan la salud mental positiva y la prevención de suicidio ejecutadas de manera conjunta por Seremis de salud y Servicios de Salud.	70
8. Programa o estrategia Independiente	1	Porcentaje de municipios que han constituido Consejos Locales de Prevención de Suicidio que impulsen estrategias locales con apoyo técnico desde el Servicio de Salud.	70
	2	Servicio de Salud cuenta con una estrategia prevención de suicidio dispuesta en la red de atención de forma exclusiva, con asignación financiera anual y RRHH definido según población a cargo, que opere en conjunto con los programas de salud.	50
	3	Porcentaje de establecimientos educacionales que despliegan de forma proactiva e independiente de sector Salud, la Estrategia de Dupla psicosocial de apoyo para la intervención temprana y prevención de suicidio en alumnos/as de enseñanza media.	60
9. Financiamiento	1	El Programa Nacional de prevención del suicidio -PNPS, cuenta con presupuesto asignado para el RRHH y gastos operacionales, para apoyar las atenciones por riesgo suicida de manera continua en APS.	50
	2	Se implementa presupuesto local en apoyo al Programa Nacional de Prevención del Suicidio para abordar las necesidades regionales.	70
10. Gestión y liderazgo	1	Existencia de un Referente de Programa prevención de Suicidio a nivel nacional, que oriente a los Referentes locales de Prevención del Suicidio y realice monitoreo a la implementación de los diversos componentes del PNPS a nivel regional.	70
	2	Existencia de un Plan Operativo complementario al PNPS, que defina tareas y roles específicos de SEREMI de Salud y Servicios de Salud en la implementación y conducción del PNPS a nivel regional.	50
	3	Número de horas disponibles a nivel de las Unidades o Dpto. de Salud mental de Servicios de salud para la gestión e implementación del PNPS en cada región.	50

EJERCICIO DELPHI RONDA 2			
Dimensión	N°	Indicador/Criterio Propuesto	% Votación Panel
11. Acceso a servicios	1	Establecimientos de salud (APS) del territorio, disponen de protocolos de prevención, intervención y/o posvención escritos, accesibles y actualizados cada 3 años, aplicables en casos de conductas suicidas.	50
	2	Establecimientos de salud de baja y mediana complejidad del territorio, disponen de protocolos de prevención, intervención y/o posvención escritos, accesibles y actualizados cada 3 años, aplicables en casos de conductas suicidas.	40
	3	N° de personas evaluadas por médico con riesgo suicida que ingresan a tratamiento a programa de salud mental en la red pública (APS) dentro de un periodo de 7 a 10 días.	40
	4	Tiempo promedio de espera para usuarios con riesgo suicidio e indicación médica de ingreso a tratamiento en salud mental de especialidad.	40

	5	% de personas con intento o alto riesgo suicida con indicación de hospitalización que ingresan efectivamente a UHCIP en un periodo de 72 horas.	40
12. Continuidad de atención	1	Implementación de Planes de Continuidad de Cuidados para todos los casos identificados como intento o alto riesgo suicida, por parte de equipos de salud mental de especialidad del territorio.	70
	2	Servicio de salud cuenta con acciones de articulación entre equipos de APS y especialidad en salud mental (Comité articulador de continuidad de cuidados y Consejo técnico ampliado de Salud mental) para asegurar la continuidad de cuidados de usuarios priorizados.	60
	3	% de establecimientos de especialidad ambulatoria en salud mental que cuentan con gestores terapéuticos para la atención y coordinación de casos priorizados.	50
	4	Porcentaje de establecimientos de APS y especialidad que cumplen con protocolo de *4141 (en tiempos establecidos para abordaje de casos con intento de suicidio).	70
	5	Porcentaje de usuarios atendidos por intentos de suicidio en la red de urgencia que reciben atención en salud mental en su centro de APS, dentro de los primeros 7 días posteriores.	50
13. Evaluación	1	Evaluación del PNPS liderada por Seremi de Salud, ejecutada a través de un plan anual revisado en instancia formal de reunión de Mesa Regional de prevención suicidio.	60
	2	Seremis de Salud recibe evaluación anual desde referentes técnicos de MINSAL respecto de avance en la implementación del PNPS a nivel regional	50
	3	Existen espacios de reunión e intercambio formales lideradas por Seremi a cargo del PNPS, para compartir información y buenas prácticas del proceso de implementación y desarrollo de cada eje estratégico.	50
	4	Porcentaje de cumplimiento de las actividades consignadas en cada uno de los 6 componentes del PNPS que son responsabilidad de las SEREMIs de salud.	50
	5	Porcentaje de cumplimiento de las actividades consignadas en cada uno de los 6 componentes del PNPS que son responsabilidad del Servicio de Salud.	50
Otros sugerida por experto	1	Implementación de programas para el cuidado de la salud mental y la prevención del suicidio con pertinencia territorial considerando para esto últimos aspectos epidemiológicos y socio culturales propios de la región o área.	50
	2	Implementación de programas de promoción de la salud mental y prevención del suicidio en grupos específicos (población LGBTIQANB+)	70
	3	Seremi de salud dispone de boletines epidemiológicos anuales para la identificación de factores asociados al suicidio y orientación de estrategias de prevención y manejo en el territorio.	60

11.7 Cuadro N°3: Propuesta final de indicadores para evaluar la Implementación del Programa Nacional de Prevención de Suicidio a nivel regional.

DIMENSIÓN 1 SISTEMA DE VIGILANCIA		
1	Título	: Establecimientos con atención de urgencias que cuentan con un sistema de notificación de casos de intento suicida o de personas con lesiones autoinfligidas (LAIN)
	Propósito	: Evaluar la capacidad de los establecimientos con atención de urgencias para identificar y notificar adecuadamente los casos de intento suicida o con LAIN.
	Tipo	: Estructura
	Numerador	: N° de establecimientos de salud con atención de urgencias (SAPU, SAR, UEH) que cuentan con sistema de notificación de casos de intento suicida o personas con LAIN en funcionamiento.
	Denominador	: N° total de establecimientos de salud con atención de urgencias (SAPU, SAR, UEH)
	Fuentes de datos	: <ul style="list-style-type: none"> - Seremi de Salud. Registro de establecimientos con perfil para uso de plataforma EpiVigila MIDAS - Servicios de Salud. Registro de atención de Urgencias por lesiones autoinfligidas intencionalmente código CIE 10 (x60-x84), reportado diariamente por Dpto. Estadística e información en salud (DEIS) de MINSAL. - Nómina total de Servicios de urgencia del Servicio de Salud respectivo
2	Título	: Seguimiento de personas con intento suicida ingresados en Servicios de Urgencias, coordinado desde el Servicio de Salud y ejecutado por los equipos de salud en cada territorio (APS)
	Propósito	: Evaluar la capacidad que tiene el Servicio de Salud en cada territorio, para brindar un seguimiento a las personas con intento de suicidio posterior a la atención en servicio de urgencia.
	Tipo	: Proceso
	Numerador	: N° de personas con intento suicida atendidos en servicio de urgencia en año "X", que reciben seguimiento por parte de su equipo de salud del territorio (APS)
	Denominador	: N° total de personas ingresadas en Servicio de Urgencia por intento suicida en año "x".
	Fuentes de datos	: <ul style="list-style-type: none"> - Servicios de Salud. Registro estadístico Mensual (REM) A05 para ingresos a programa salud mental en centros de atención primaria y especialidad y Registro estadístico Mensual (REM) A08 de atención en servicios de urgencia - Documentos atención de Urgencias (DAU) por lesiones autoinfligidas intencionalmente código CIE 10 (x60-x84), reportado diariamente por Dpto. Estadística e información en salud (DEIS) de MINSAL - Registro de atención y seguimiento de usuarios por plataforma EpiVigila MIDAS.
3	Título	: SEREMI de Salud cuenta con Informe Anual de Análisis Epidemiológico basado en el Sistema de Estudio de Casos.



	Propósito	:	Evaluar la capacidad de la SEREMI de Salud para analizar y reportar datos epidemiológicos obtenidos a través del Sistema Estudio de Casos.
	Tipo	:	Proceso
	Numerador	:	N° de Informes de Análisis Epidemiológico basado en el Sistema de Estudio de Casos realizados en año "x" por la SEREMI de Salud.
	Denominador	:	N° de Informes de Análisis Epidemiológico basado en el Sistema de Estudio de Casos programados en año "x" por la SEREMI de Salud.
	Fuentes de datos	:	<ul style="list-style-type: none"> - Seremi de Salud. Documento informe anual de análisis epidemiológico - Boletín epidemiológico anual elaborado por Seremi Salud.
4	Título	:	Se cuenta con reuniones periódicas y formales entre los gestores prevención suicidio (a nivel local y de Servicio de Salud), Jefes de Salud Mental de Servicios de salud y Seremi de salud y jefes de Servicios de urgencia, para la coordinación el proceso de notificación y vigilancia de caos de intento de suicidio.
	Propósito	:	Evaluar la realización y regularidad de las reuniones coordinadas entre los diferentes responsables involucrados en el proceso de notificación y vigilancia de casos con riesgo suicida
	Tipo	:	Proceso
	Numerador	:	N° de reuniones de coordinación realizadas entre los responsables involucrados en el proceso de notificación y vigilancia de casos con riesgo suicida durante X periodo de tiempo
	Denominador	:	N° total de reuniones de coordinación programadas en X periodo de tiempo
	Fuentes de datos	:	<ul style="list-style-type: none"> - Dpto. de salud mental de Seremis de Salud. - Dpto. de salud mental de Servicios de Salud. - Plan Operativo Anual (POA) de Seremis y Servicios de Salud
5	Título	:	Existe un Protocolo de Coordinación entre el Programa de Salud Mental y Prevención de suicidio de SEREMI de Salud y el Programa de Salud Mental y Prevención de suicidio del Servicios de Salud.
	Propósito	:	Reforzar la coordinación y la colaboración entre los Programas de Salud Mental y Prevención de suicidio de SEREMI de Salud y Servicio de Salud, con el fin de precisar roles y mejorar las acciones de prevención, detección y atención de casos con riesgo suicida.
	Tipo	:	Estructura
	Numerador	:	N° de documentos Protocolo de Coordinación SEREMIs y Servicios de Salud elaborados y validados en el periodo.
	Denominador	:	N° de documentos Protocolo de Coordinación SEREMIs y Servicios de Salud a realizar en el periodo.
	Fuentes de datos	:	<ul style="list-style-type: none"> - Dpto. de salud mental de Seremis de Salud. - Dpto. de salud mental de Servicios de Salud. - Plan Operativo Anual (POA) de Seremis y Servicios de Salud

DIMENSIÓN 2 MULTISECTORIALIDAD		
1	Título	: SEREMI de Salud cuenta con un Plan regional intersectorial de prevención de suicidio vigente y que incorporan al menos a cuatro instituciones u organismos públicos además de sector salud: Educación, SENDA, Justicia y SENAMA.
	Propósito	: Mejorar la implementación de planes intersectoriales de prevención del suicidio en la SEREMIs de Salud.
	Tipo	: Estructura
	Numerador	: N° de documentos Plan regional intersectorial de prevención de suicidio elaborados y validados en el periodo.
	Denominador	: N° de documentos Plan regional intersectorial de prevención de suicidio a realizar en el periodo.
	Fuentes de datos	: <ul style="list-style-type: none"> - Documento Plan regional intersectorial de prevención de suicidio dispuesto por Seremi de Salud. - Plan Operativo Anual (POA) de Seremi de salud
2	Título	: Porcentaje de instituciones del intersector que disponen de Plan Operativo Anual que especifiquen las acciones que cada uno llevará a cabo en materia de prevención del suicidio.
	Propósito	: Evaluar la preparación y el compromiso de las instituciones del intersector en la prevención del suicidio mediante la existencia de planes operativos que especifiquen las intervenciones planificadas.
	Tipo	: Estructura
	Numerador	: N° de instituciones del intersector que cuentan con plan operativo anual para la prevención del suicidio, en el cual se detallen las intervenciones a realizar.
	Denominador	: N° total de instituciones del intersector involucradas en la prevención del suicidio en la región.
	Fuentes de datos	: <ul style="list-style-type: none"> - Mesa regional de prevención de suicidio. - Documento de Planificación anual Mesa regional de prevención de suicidio
3	Título	: Equipos de salud locales (APS) implementan Jornadas de Trabajo con líderes comunitarios para fortalecer la prevención del suicidio en la comunidad.
	Propósito	: Promover la participación de los líderes comunitarios en la prevención del suicidio y evaluar el impacto de las jornadas de trabajo en el fortalecimiento de las acciones preventivas en la comunidad
	Tipo	: Proceso
	Numerador	: N° de jornadas de trabajo realizadas con líderes comunitarios para fortalecer acciones de prevención del suicidio en la comunidad, a cargo de los equipos de salud locales (APS) durante el año "x"
	Denominador	: N° total de jornadas de trabajo programadas con líderes comunitarios para fortalecer acciones de prevención del suicidio en la comunidad durante el año "x"
	Fuentes de datos	: <ul style="list-style-type: none"> - Dptos. de Salud Municipal. Plan anual de actividades Programa de salud mental local. - Registro estadístico mensual (REM) A06 – A19 – A27
4	Título	: SEREMI de Salud cuenta con un Plan regional intersectorial de prevención de suicidio que incluya estrategias para aumentar las competencias organizativas, la búsqueda de apoyo y ayuda mutua de la comunidad

	Propósito	:	Mejorar la efectividad de los planes regionales intersectoriales de prevención del suicidio al integrar estrategias específicas para aumentar la conciencia pública sobre el suicidio y promover la valorización de la búsqueda de ayuda como parte de una respuesta integral a esta problemática de salud pública.
	Tipo	:	Estructura
	Numerador	:	N° de documentos Plan regional intersectorial de prevención de suicidio elaborados incluyan estrategias para aumentar las competencias organizativas, la búsqueda de apoyo y ayuda mutua de la comunidad.
	Denominador	:	N° de documentos Plan regional intersectorial de prevención de suicidio a realizar en el periodo.
	Fuentes de datos	:	<ul style="list-style-type: none"> - Documento Plan regional intersectorial de prevención de suicidio dispuesto por Seremi de Salud. - Plan Operativo Anual (POA) de Seremi de salud
DIMENSIÓN 3 CAPACITACIÓN			
1	Título	:	Porcentaje de profesionales y técnicos de Servicios de Urgencia (UE, SAPU, SAR) que reciben capacitación en detección y manejo del riesgo del suicida, en los últimos 3 años.
	Propósito	:	Mejorar el alcance de las capacitaciones que se enmarcan en el Programa Nacional de Prevención del Suicidio en la preparación de los profesionales y técnicos de equipos de Urgencias para abordar de manera efectiva el riesgo suicida en su práctica clínica.
	Tipo	:	Proceso
	Numerador	:	N° de profesionales y técnicos de equipos de Urgencias capacitados en detección y manejo del riesgo del suicida en los últimos tres años
	Denominador	:	N° total de profesionales y técnicos de equipos de Urgencias.
	Fuentes de datos	:	<ul style="list-style-type: none"> - Plan anual de capacitación del Servicio de Salud (PAC) - Registro de sistema de información de recursos humanos (SIRH) en Servicio de Salud. - Dpto. Salud Municipal. Registro dotación por centro de APS
2	Título	:	Porcentaje de establecimientos de salud (APS) que cuentan con protocolo escrito, accesible y actualizado cada 3 años para la atención y manejo de usuarios con riesgo suicida en la red de Servicio de Salud.
	Propósito	:	Garantizar que los establecimientos de salud de atención primaria que cuenten con protocolos efectivos y priorizados para la atención y manejo de usuarios con riesgo suicida, con el fin de mejorar la calidad de la atención y prevenir casos de suicidio.
	Tipo	:	Estructura
	Numerador	:	N° de establecimientos de salud de atención primaria que cuentan con protocolo para la atención y manejo de usuarios con riesgo suicida
	Denominador	:	N° total de establecimientos de salud de atención primaria
	Fuentes de datos	:	<ul style="list-style-type: none"> - Dpto. salud municipal y/o centro de APS. Documento de Protocolo formalizado. - Programa de salud mental del establecimiento.
3	Título	:	Servicio de Salud cuenta con un Programa Anual de Formación de competencias con foco en pesquisa temprana de problemas de salud mental y riesgo suicida.

	Propósito	:	Asegurar que el personal de salud este adecuadamente capacitado para identificar, evaluar y abordar el riesgo suicida y los problemas de salud mental.
	Tipo	:	Estructura
	Numerador	:	N° de documentos de Programa Anual de Formación de competencias elaborados y aprobados en el periodo
	Denominador	:	N° de documentos de Programa Anual de Formación de competencias a realizar en el periodo.
	Fuentes de datos	:	- Servicio de salud. Dpto. de capacitación. Documento resolución aprobatoria de Programa Anual de formación de competencias de Servicio de Salud respectivo.

DIMENSIÓN 4 RECURSOS HUMANOS			
1	Título	:	Porcentaje de Servicios de Salud con cargo exclusivo de encargado o gestor de prevención del suicidio dispuesto en la institución.
	Propósito	:	Evaluar la disponibilidad de personal específicamente designado para liderar y coordinar las iniciativas de prevención del suicidio dentro de los Servicios de Salud
	Tipo	:	Estructura
	Numerador	:	N° de Servicios de Salud que cuentan con cargo exclusivo de encargado o gestor de prevención de suicidio
	Denominador	:	N° total de Servicios de Salud de la región
	Fuentes de datos	:	Servicio de salud - Resolución de nombramiento - Dotación de RRHH del Servicio de salud.
2	Título	:	SEREMI de Salud cuenta con cargo profesional exclusivo de encargado o gestor de prevención del suicidio.
	Propósito	:	Evaluar la disponibilidad de personal específicamente designado para liderar y coordinar las iniciativas de prevención del suicidio dentro de las SEREMIs de Salud.
	Tipo	:	Estructura
	Numerador	:	N° de cargos profesional exclusivos declarados para cumplir el rol de encargado o gestor de prevención del suicidio
	Denominador	:	N° de cargos profesional exclusivos de encargado o gestor de prevención del suicidio contratados con resolución de nombramiento.
	Fuentes de datos	:	Seremi de salud - Resolución con nombramiento - Dotación RRHH de SEREMI Salud.
3	Título	:	Porcentaje de Servicios de Urgencias (UEH, SAPU, SAR) con duplas psicosociales de apoyo en salud mental, operando al menos 8 horas diarias.
	Propósito	:	Evaluar la disponibilidad de recursos humanos específicos y operativos destinados a brindar apoyo en salud mental en los Servicios de Urgencias.
	Tipo	:	Estructura
	Numerador	:	N° de Servicios de Urgencias que cuentan con duplas psicosociales de apoyo en salud mental funcionando al menos 8 horas diarias.
	Denominador	:	N° total de Servicios de Urgencias

	Fuentes de datos	:	<ul style="list-style-type: none"> - Nomina establecimientos salud Dpto. estadística e información en salud (DEIS) Minsal. - Servicio de Salud. Registro de dotaciones y/o Contrato de los profesionales. - Servicio de Salud. Registro sistema SISREC - Dpto. de Salud Municipal. Registro agenda por centro
4	Título	:	Número de profesionales de salud mental en APS (médico, psicólogo y trabajador social) con jornadas de 44 horas destinados a la atención de personas con problemas de salud mental y riesgo suicida. por cada 10.000 habitantes.
	Propósito	:	Garantizar que haya suficientes profesionales de salud mental en APS para implementar acciones de apoyo al PNPS y proporcionar atención a la población en riesgo.
	Tipo	:	Estructura
	Numerador	:	Población de 10.000 habitantes
	Denominador	:	N° total de profesionales de salud mental con jornadas de 44 horas que trabajan en la APS
	Fuentes de datos	:	<ul style="list-style-type: none"> - Dpto. de Salud Municipal. Resolución de Dotación - Informe cumplimiento Compromiso de gestión Salud Mental 7.1, apartado RRHH.
5	Título	:	Horas profesionales dedicadas de forma semanal al seguimiento (telefónico y visita domiciliaria) a casos con riesgo suicida por parte de equipos de APS.
	Propósito	:	Evaluar el tiempo que los profesionales de salud destinan específicamente al seguimiento de casos identificados con riesgo suicida en APS
	Tipo	:	Estructura
	Numerador	:	N° total de horas semanales dedicadas por los profesionales de salud al seguimiento de casos identificados con riesgo suicida en APS
	Denominador	:	N° total de casos semanales identificados con riesgo suicida que requieren seguimiento de la APS.
	Fuentes de datos	:	<p>Dpto. de Salud Municipal y/o Centro de salud APS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Registro agenda semanal de atención por profesional - Hoja Notificación de caso de intento suicida - Registro REM A05 para ingresos factor de riesgo (suicidio)

DIMENSIÓN 5 PREVENCIÓN EDUCACIÓN			
1	Título	:	Porcentaje de establecimientos educacionales (región o comuna) que cuentan con programa de prevención y posvención de suicidio, validados y actualizados cada 3 años
	Propósito	:	Evaluar la cobertura de programas de prevención y posvención de suicidio en establecimientos educativos.
	Tipo	:	Estructura
	Numerador	:	N° de establecimientos educativos (municipales, particulares, subvencionados o privados) que cuentan con programas de prevención y posvención de suicidio validado y actualizado.
	Denominador	:	Total de establecimientos educativos

	Fuentes de datos	:	<ul style="list-style-type: none"> - Seremi Educación. Nómina de establecimientos. - Dpto. Educación Municipal. Nómina de establecimientos educacionales. - Mesa regional de prevención. Documento Plan prevención y posvención presentado.
2	Título	:	Porcentaje de personal educativo (duplas psicosociales, orientadores y asistentes de la educación) que han recibido formación en prevención de suicidio o primera ayuda psicológica en los últimos 3 años.
	Propósito	:	Monitorear el nivel de preparación del personal educativo y psicosocial para abordar situaciones relacionadas con la salud mental, específicamente la prevención del suicidio y la prestación de primeros auxilios psicológicos.
	Tipo	:	Proceso
	Numerador	:	N° de duplas psicosociales, orientadores y asistentes de la educación que han recibido formación en prevención de suicidio o primeros auxilios psicológicos
	Denominador	:	N° total de funcionarios de la educación
	Fuentes de datos	:	<ul style="list-style-type: none"> - Dpto. Educación Municipal. Dotación de profesionales - Dpto. Educación Municipal. Plan anual de capacitación. - Certificación de los funcionarios educación
3	Título	:	Porcentaje de establecimientos educacionales que cuentan con GATEKEEPERS o agentes comunitarios capacitados (con mínimo de 20 horas) en detección precoz y prevención de suicidio en población infanto adolescente
	Propósito	:	Monitorear la presencia de agentes comunitarios o gatekeepers en establecimientos educativos para la prevención del suicidio.
	Tipo	:	Proceso
	Numerador	:	N° de establecimientos educativos que cuentan con agentes comunitarios o gatekeepers para la prevención del suicidio
	Denominador	:	N° total de establecimientos educativos
	Fuentes de datos	:	<ul style="list-style-type: none"> - Dpto. Educación Municipal. Nómina de establecimientos educacionales. - Dpto. Educación Municipal. Nómina de agentes comunitarios vinculados a establecimientos. - Dpto. Educación Municipal. Plan anual de capacitación. - Certificación de agentes comunitarios.

DIMENSIÓN 6 SISTEMA DE AYUDA EN CRISIS			
1	Título	:	Disponibilidad de un sistema de ayuda en línea (fono 24 horas) para apoyo a personas con ideación o riesgo suicida que opere a nivel regional.
	Propósito	:	Monitorear la accesibilidad y disponibilidad de servicios de ayuda en línea para personas con riesgo suicida a nivel regional.
	Tipo	:	Estructura
	Numerador	:	N° de servicios de ayuda 24hrs para personas con ideación o riesgo suicida disponibles a nivel regional.
	Denominador	:	N° total de servicios de ayuda 24hrs para personas con ideación o riesgo suicida programados a nivel regional.

	Fuentes de datos	:	<ul style="list-style-type: none"> - Portal Salud Digital. Ministerio de Salud - Seremi de Salud y Servicios de Salud.
2	Título	:	Seremi de Salud desarrolla un plan estratégico de difusión y acceso a las redes de apoyo existentes, incluyendo la línea centralizada 24 horas de prevención del suicidio, a nivel regional.
	Propósito	:	Evaluar la implementación de un plan estratégico de difusión que promueva el conocimiento y acceso a las redes de apoyo existentes, incluyendo la línea centralizada de prevención del suicidio, a nivel regional.
	Tipo	:	Proceso
	Numerador	:	N° de Seremi de salud que cuentan con un plan de difusión de redes de apoyo, incluida la línea centralizada de prevención del suicidio.
	Denominador	:	N° total de Seremi de salud de la región
	Fuentes de datos	:	<ul style="list-style-type: none"> - Seremi de salud. Documento de plan de difusión validado. - Mesa Regional de prevención de suicidio. Plan de difusión local.
3	Título	:	Disponibilidad de Orientaciones intersectoriales proporcionadas por las SEREMIs de Salud para actores clave, como carabineros, bomberos y organismos de seguridad pública, ante situaciones de crisis y emergencias
	Propósito	:	Evaluar la existencia y disponibilidad de orientaciones intersectoriales proporcionadas por las SEREMIs para actores clave, como carabineros, bomberos y organismos de seguridad pública, ante situaciones de crisis y emergencias.
	Tipo	:	Estructura
	Numerador	:	N° de documentos de Orientaciones intersectoriales para la detección temprana y asistencia en situaciones de crisis, a realizar en el periodo.
	Denominador	:	N° de documentos de Orientaciones intersectoriales para la detección temprana y asistencia en situaciones de crisis, elaborados en el periodo
	Fuentes de datos	:	<ul style="list-style-type: none"> - Seremi de Salud. Plan operativo anual. - Mesa regional de prevención de suicidio. Plan Inter sectorial anual.
4	Título	:	Porcentaje de usuarios con seguimiento dentro de los 72 horas posterior ha llamado a *4141 definido como ideación suicida grave o alto riesgo
	Propósito	:	Evaluar a nivel regional, la efectividad y prontitud del seguimiento proporcionado a los usuarios con ideación suicida moderada o grave que han llamado al *4141 dentro de las 72 horas posteriores.
	Tipo	:	Proceso
	Numerador	:	N° de usuarios a nivel regional con ideación suicida grave que han recibido seguimiento dentro de las 72hrs posteriores a su llamada al *4141
	Denominador	:	N° total de usuarios a nivel regional, que llaman a *4141 categorizados con ideación suicida grave
	Fuentes de datos	:	<ul style="list-style-type: none"> - Ministerio de Salud. Dpto. de salud digital. Reporte de notificaciones SIGIIS. - Servicio de Salud. Registro seguimiento de casos a cargo de Gestores de prevención de suicidio.

DIMENSIÓN 7 MEDIOS DE COMUNICACIÓN

1	Título	:	Participación de medios de comunicación escritos, audiovisuales o digitales en las Mesas Regional de Prevención de Suicidio desarrolladas durante el año en curso
	Propósito	:	Fomentar una colaboración efectiva de los medios de comunicación, ya sean escritos, audiovisuales o digitales, en las Mesas Regionales de Prevención de Suicidio.
	Tipo	:	Proceso
	Numerador	:	N° de medios de comunicación escritos, audiovisuales o digitales que participan regularmente en las Mesas Regionales de Prevención de Suicidio durante el año en curso
	Denominador	:	N° total de medios de comunicación escritos, audiovisuales o digitales en la región considerada.
	Fuentes de datos	:	<ul style="list-style-type: none"> - Mesa regional intersectorial de prevención de suicidio. Documento Plan operativo anual. - Mesa regional intersectorial de prevención de suicidio. Actas de Mesa regional. - Catastro de medios de comunicación local.
2	Título	:	Se realiza acompañamiento a medios locales por medio de jornadas de fortalecimiento de competencias a medios de comunicación, que promuevan coberturas mediáticas éticas, precisas y responsables ante eventos de muertes por suicidio, organizadas por las SEREMIs y Servicios de Salud.
	Propósito	:	Garantizar que la cobertura mediática de estos temas se realice de manera ética, con el fin de prevenir posibles efectos negativos en la salud mental de la población y promover una narrativa informativa precisa y compasiva.
	Tipo	:	Proceso
	Numerador	:	N° de jornadas de fortalecimiento de competencias para medios de comunicación ejecutadas de manera conjunta por Seremi y Servicios de Salud.
	Denominador	:	N° total de jornadas de fortalecimiento de competencias para medios de comunicación planificadas.
	Fuentes de datos	:	<ul style="list-style-type: none"> - Seremis de Salud y Servicios de Salud. Documento de Plan anual de capacitación. - Mesa Regional intersectorial de Prevención, Plan operativo anual. - Mesa Regional intersectorial de Prevención. Documento de acta.
3	Título	:	SEREMIs de Salud cuenta con un Plan Anual de trabajo con medios de comunicación de su territorio, vigente y que incluya estrategias para la difusión de información sobre la prevención del suicidio y comunicación de noticias sobre muertes por suicidio.
	Propósito	:	Fortalecer el nivel de involucramiento de los medios de comunicación local en los planes de prevención del suicidio de la región.
	Tipo	:	Estructura
	Numerador	:	N° de documentos Plan Anual de trabajo con medios de comunicación local a planificados para el periodo.
	Denominador	:	N° de documentos de Plan Anual de trabajo con medios de comunicación local elaborados y vigentes en el periodo.
	Fuentes de datos	:	<ul style="list-style-type: none"> - Seremis de Salud. Documento Plan operativo anual y cronograma.

			- Mesa regional intersectorial de prevención de suicidio. Plan operativo anual y actas.
4	Título	:	N° de campañas de concientización y educación pública que promuevan la salud mental positiva y la prevención de suicidio ejecutadas de manera conjunta por Seremis de salud y Servicios de Salud.
	Propósito	:	Medir y evaluar el esfuerzo de las SEREMIs y Servicios de Salud en la promoción de la salud mental y la prevención de suicidio a través de actividades y campañas de concientización y educación.
	Tipo	:	Proceso
	Numerador	:	N° de campañas de concientización y educación ejecutadas por las SEREMIs y los Servicios de Salud en temas de salud mental y prevención de suicidio.
	Denominador	:	N° de campañas de concientización y educación programadas por las SEREMIs y los Servicios de Salud en temas de salud mental y prevención de suicidio.
	Fuentes de datos	:	<ul style="list-style-type: none"> - Seremis de Salud y Servicios de salud. Plan anual de capacitación - Mesa regional intersectorial de prevención de suicidio. Plan operativo anual y actas. - Registro de campañas de concientización y educación en medios o plataformas digitales institucionales.

DIMENSIÓN 8 ESTRATEGIA INDEPENDIENTE			
1	Título	:	Porcentaje de municipios que han constituido Consejos Locales de Prevención de Suicidio que impulsen estrategias locales con apoyo técnico desde el Servicio de Salud.
	Propósito	:	Evaluar la implementación de estrategias locales de prevención del suicidio en diversos sectores, ya sea público o privado, con el respaldo técnico proporcionado por el sector salud.
	Tipo	:	Proceso
	Numerador	:	N° de municipios de la región que han constituido Consejos Locales de Prevención de Suicidio con apoyo técnico desde el Servicio de Salud.
	Denominador	:	N° de municipios de la región
	Fuentes de datos	:	<ul style="list-style-type: none"> - Dpto. de Salud Municipal. Informe de reporte Plan local de prevención de suicidio elaborados remitidos a gestores de prevención de suicidio de cada Servicio de Salud. - Servicio de Salud. catastro de comunas con Plan de prevención de suicidio.
2	Título	:	Servicio de Salud cuenta con una estrategia prevención de suicidio dispuesta en su red de atención de forma exclusiva, con asignación financiera anual y RRHH definido según población a cargo, que opere en conjunto con los programas de salud.
	Propósito	:	Evaluar la disponibilidad y el funcionamiento de un programa integral de prevención del suicidio dentro de la red de salud.
	Tipo	:	Proceso
	Numerador	:	N° estrategia de prevención de suicidio que cuentan con asignación financiera anual y RRHH definido dispuesta en la red de Servicio de Salud en ejecución durante el periodo
	Denominador	:	N° total de estrategias de prevención de suicidio con asignación financiera anual y RRHH definido planificadas para el periodo

	Fuentes de datos	:	<ul style="list-style-type: none"> - Servicio de Salud. Programa de prevención de suicidio. - Servicio de salud. Planificación y programación anual de actividades de la red.
3	Título	:	Porcentaje de establecimientos educacionales que despliegan de forma proactiva e independiente de sector Salud, la Estrategia de Dupla psicosocial de apoyo para la intervención temprana y prevención de suicidio en alumnos/as de enseñanza media.
	Propósito	:	Evaluar el porcentaje de establecimientos educacionales, proactivos en la intervención temprana en prevención del suicidio y que cuentan con dupla psicosocial de apoyo en esta materia.
	Tipo	:	Estructura
	Numerador	:	N° de establecimientos educacionales, que cuentan con dupla psicosocial para la intervención temprana en prevención del suicidio en alumnos de enseñanza media.
	Denominador	:	N° total de establecimientos educacionales de enseñanza media
	Fuentes de datos	:	<ul style="list-style-type: none"> - Dpto. Educación Municipal. Nómina de establecimientos educacionales. - Dpto. Educación Municipal. Dotación de profesionales. - Dpto. de Salud Municipal. Informe de reporte Plan local de prevención de suicidio elaborados remitidos a gestores de prevención de suicidio de cada Servicio de Salud.

DIMENSIÓN 9 FINANCIAMIENTO			
1	Título	:	El Programa Nacional de prevención del suicidio -PNPS, cuenta con presupuesto asignado para el RRHH y gastos operacionales, para apoyar las atenciones por riesgo suicida de manera continua en APS.
	Propósito	:	Verificar si el Programa Nacional de Prevención del Suicidio dispone de los recursos financieros necesarios para asegurar la contratación de personal y cubrir los gastos operacionales destinados a proporcionar atención continua por riesgo suicida en APS.
	Tipo	:	Estructura
	Numerador	:	Monto asignado al Programa Nacional de Prevención del Suicidio destinado a la contratación de recursos humanos y gastos operacionales para la atención continua por riesgo suicida en la APS.
	Denominador	:	Total del presupuesto asignado al sector salud en general.
	Fuentes de datos	:	<ul style="list-style-type: none"> - Ministerio de Salud. Documento Resolución exenta con asignación de presupuesto a Servicios de salud.
2	Título	:	Se implementa presupuesto local en apoyo al Programa Nacional de Prevención del Suicidio para abordar las necesidades regionales
	Propósito	:	Evaluar el grado en que se ha llevado a cabo la asignación y definición del presupuesto a nivel local para respaldar efectivamente la implementación del Programa Nacional de Prevención del Suicidio.
	Tipo	:	Proceso
	Numerador	:	Cantidad total de recursos asignados y utilizados específicamente para la implementación del Programa Nacional de Prevención del Suicidio a nivel local durante X periodo de tiempo.

	Denominador	:	Presupuesto total asignado para la implementación del Programa Nacional de Prevención del Suicidio durante el mismo periodo de tiempo.
	Fuentes de datos	:	<ul style="list-style-type: none"> - Ministerio de Salud. Documento Resolución exenta con asignación de presupuesto a Servicios de salud. - Servicio de Salud. Resolución exenta que aprueba programa apoyo para acciones en prevención de suicidio. - Convenios de ejecución salud Mental locales.

DIMENSIÓN 10 GESTIÓN Y LIDERAZGO			
1	Título	:	Existencia de un Referente de Programa prevención de Suicidio a nivel nacional, que oriente a los Referentes locales de Prevención del Suicidio y realice monitoreo a la implementación de los diversos componentes del PNPS a nivel regional.
	Propósito	:	Evaluar si existe un coordinador nacional designado para el Programa, cuya función principal sea proporcionar apoyo a los referentes locales y monitorear las acciones del PNPS.
	Tipo	:	Proceso
	Numerador	:	N° de referentes nacionales designados para el Programa de Prevención del Suicidio
	Denominador	:	Total de programas de prevención del suicidio a nivel nacional
	Fuentes de datos	:	<ul style="list-style-type: none"> - Ministerio de Salud. Reporte Unidad de Salud Mental, subsecretaria de Salud Pública. - Resolución con designación formal del referente.
2	Título	:	Existencia de un Plan Operativo complementario al PNPS, que defina tareas y roles específicos de SEREMI de Salud y Servicios de Salud en la implementación y conducción del PNPS a nivel regional.
	Propósito	:	Garantizar la comprensión clara y uniforme de las funciones de cada entidad en la prevención del suicidio, lo que facilita una implementación más efectiva y coordinada del programa a nivel nacional.
	Tipo	:	Estructura
	Numerador	:	N° de Planes Operativos complementario al PNPS elaborados a nivel local
	Denominador	:	Total de Planes Operativos complementario al PNPS esperados
	Fuentes de datos	:	<ul style="list-style-type: none"> - Seremis de salud y Servicios de Salud. Reporte de Dpto. o Unidad de Salud Mental respectiva. - Consejo Técnico de salud mental. - Plan operativo anual (POA) de cada institución.
3	Título	:	Número de horas disponibles a nivel de las Unidades o Dpto. de Salud mental de Servicios de salud para la gestión e implementación del PNPS en cada región.
	Propósito	:	Evaluar la cantidad de tiempo que las unidades, secciones o departamentos de Salud Mental tienen dedicado específicamente para la gestión, implementación de PNPS en cada región
	Tipo	:	Estructura
	Numerador	:	Total de horas disponibles en las unidades, secciones o departamentos de salud mental para la gestión e implementación de PNPS en cada región.

	Denominador	:	Total de horas disponibles en las unidades, secciones o departamentos de salud mental respectivo.
	Fuentes de datos	:	<ul style="list-style-type: none"> - Servicio de Salud. Departamento de Salud Mental. Dotación profesional. - Servicio de Salud. Departamento de Salud Mental. Resolución de nombramiento y funciones de gestor de prevención de suicidio.

DIMENSIÓN 11 ACCESO A SERVICIOS			
1	Título	:	Establecimientos de salud (APS) del territorio, disponen de protocolos de prevención, intervención y/o posvención escritos, accesibles y actualizados cada 3 año, aplicables en casos de conductas suicidas.
	Propósito	:	Evaluar la existencia de procedimientos estandarizados y específicos dentro de los establecimientos de APS para abordar el riesgo suicida en la población atendida.
	Tipo	:	Estructura
	Numerador	:	N° de establecimientos de APS que cuentan con protocolos específicos para la prevención, intervención y posvención en casos de riesgo suicida.
	Denominador	:	N° total de establecimientos de APS evaluados.
	Fuentes de datos	:	<ul style="list-style-type: none"> - Servicio de Salud. Catastro de establecimientos de APS del territorio. - Dpto. de Salud Municipal. Protocolo de prevención de suicidio local, remitidos a gestores de prevención de suicidio de cada Servicio de Salud.
2	Título	:	Establecimientos de salud de baja y mediana complejidad del territorio, disponen de protocolos de prevención, intervención y/o posvención escritos, accesibles y actualizados cada 3 año, aplicables en casos de conductas suicidas.
	Propósito	:	Evaluar si los establecimientos de salud de baja y mediana complejidad cuentan con protocolos específicos para abordar el riesgo suicida en la población atendida.
	Tipo	:	Estructura
	Numerador	:	N° de establecimientos de salud de baja y mediana complejidad que cuentan con protocolos específicos para la prevención, intervención y posvención en casos de riesgo suicida.
	Denominador	:	N° total de establecimientos de salud de baja y mediana complejidad del territorio.
	Fuentes de datos	:	<ul style="list-style-type: none"> - Servicio de Salud. Catastro de establecimientos dependientes del Servicio de salud de baja a mediana complejidad del territorio. - Establecimientos de salud de baja y mediana complejidad. Documento Protocolo de prevención de suicidio local, remitidos a gestores de prevención de suicidio de cada Servicio de Salud.
3	Título	:	N° de personas evaluadas por médico con riesgo suicida que ingresan a tratamiento a programa de salud mental en la red pública (APS) dentro de un periodo de 7 a 10 días.
	Propósito	:	Evaluar la efectividad de la red asistencial para brindar acceso a tratamiento para aquellos usuarios que ingresan por riesgo suicida.
	Tipo	:	Proceso



	Numerador	:	N° de personas evaluadas e ingresadas a programa por riesgo suicida que reciben tratamiento en la red asistencial (APS) en periodo de 7 a 10 días.
	Denominador	:	N° total de personas ingresadas por riesgo suicida en la red asistencial (APS)
	Fuentes de datos	:	<ul style="list-style-type: none"> - Servicio de Salud. Dpto. Estadísticas. Registro estadístico Mensual A 05 y P 06 (consolidados). - Informe cumplimiento Compromiso de gestión Salud Mental 7.1, apartado indicadores y tiempos de espera.
4	Título	:	Tiempo promedio de espera para usuarios con riesgo suicidio e indicación médica de ingreso a tratamiento en salud mental de especialidad.
	Propósito	:	Evaluar la eficiencia del sistema de salud en proporcionar tratamiento oportuno a personas identificadas con riesgo suicida.
	Tipo	:	Proceso
	Numerador	:	Suma de los tiempos de espera para iniciar tratamiento en salud mental para todos los usuarios con riesgo suicida detectado en un periodo determinado
	Denominador	:	N° total de usuarios con riesgo suicida detectado que inician tratamiento en salud mental en el mismo periodo.
	Fuentes de datos	:	<ul style="list-style-type: none"> - Servicio de Salud. Dpto. Estadísticas. Registro estadístico Mensual A 05 y P 06 (consolidados). - Informe cumplimiento Compromiso de gestión Salud Mental 7.1, apartado indicadores y tiempos de espera.
5	Título	:	% de personas con intento o alto riesgo suicida con indicación de hospitalización que ingresan efectivamente a UHCIP en un periodo máximo de 72 horas.
	Propósito	:	Evaluar la efectividad del sistema de salud en la gestión de casos de riesgo o intento suicida que requieren hospitalización psiquiátrica.
	Tipo	:	Proceso
	Numerador	:	N° de personas con intento o alto riesgo suicida que reciben indicación de hospitalización y que ingresan efectivamente UHCIP en periodo máximo de 72 horas
	Denominador	:	N° total de personas con intento o alto riesgo suicida que reciben indicación de hospitalización en el mismo periodo de tiempo.
	Fuentes de datos	:	<ul style="list-style-type: none"> - Servicio de Salud. Gestor de prevención de suicidio. Reporte de notificaciones intento suicidio del periodo. - Servicio de Salud. Servicio de urgencia. Documento de atención de urgencia (DAU). - Servicio de Salud. Unidad de gestión de camas. - Documento Epicrisis

DIMENSIÓN 12 CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN

1	Título	:	Implementación de Planes de Continuidad de Cuidados para todos los casos identificados como intento o alto riesgo suicida, por parte de equipos de salud mental de especialidad del territorio.
	Propósito	:	Evaluar si los equipos de salud mental de especialidad están proporcionando una atención continua y coordinada para las personas identificadas con riesgo o intento suicida.
	Tipo	:	Proceso

	Numerador	:	N° de casos identificados con riesgo o intento de suicidio que tienen plan de continuidad de cuidados implementado por los equipos de salud mental de especialidades
	Denominador	:	N° total de casos identificados con riesgo o intento suicida por los equipos de salud mental en especialidades.
	Fuentes de datos	:	<ul style="list-style-type: none"> - Servicio de Salud. Gestor de prevención de suicidio. Reporte de notificaciones intento suicidio del periodo. - Servicio de Salud. Referente de atención especialidad. Reporte casos en atención en centros de especialidad - Centro de salud mental especialidad. Documento Plan de cuidado integral (PCI)
2	Título	:	Servicio de salud cuenta con acciones de articulación entre equipos de APS y especialidad en salud mental (Comité articulador de continuidad de cuidados y Consejo técnico ampliado de Salud mental) para asegurar la continuidad de cuidados de usuarios priorizados.
	Propósito	:	Evaluar la efectividad de las acciones de articulación implementadas por los Servicios de Salud para garantizar la continuidad de los cuidados de los usuarios dentro de su red asistencial.
	Tipo	:	Proceso
	Numerador	:	N° de sesiones de Comité articulador de continuidad de cuidados y Consejo técnico ampliado de Salud mental lideradas por Servicios de Salud realizadas durante el periodo.
	Denominador	:	N° total de sesiones de Comité articulador de continuidad de cuidados y Consejo técnico ampliado de Salud mental lideradas por Servicios de Salud planificadas durante el periodo.
	Fuentes de datos	:	<ul style="list-style-type: none"> - Servicio de Salud. Resoluciones de conformación de Comité articulador de continuidad de cuidados y Consejo técnico ampliado. - Servicio de Salud. Documento Ordinario de convocatoria a sesiones de Comité articulador de continuidad de cuidados y Consejo técnico ampliado de Salud mental - Planificación anual de actividades de Servicio de salud. - Actas.
3	Título	:	% de establecimientos de especialidad ambulatoria en salud mental que cuentan con gestores terapéuticos para la atención y coordinación de casos priorizados.
	Propósito	:	Evaluar la capacidad de los establecimientos de especialidad ambulatoria para gestionar y coordinar la atención de su población priorizada
	Tipo	:	Estructura
	Numerador	:	N° de establecimientos de especialidad ambulatoria en salud mental del territorio que cuentan con gestores terapéuticos para población priorizada
	Denominador	:	N° total de establecimientos de especialidad ambulatoria en salud mental del territorio
	Fuentes de datos	:	<ul style="list-style-type: none"> - Servicio de salud. Catastro de centros de salud mental de especialidad del territorio. - Servicio de salud. Resolución o decreto con nombramiento de profesionales con función señalada en gestión terapéutica o de caso.

4	Título	:	Porcentaje de establecimientos de APS y especialidad que cumplen con protocolo de *4141 (en tiempos establecidos para abordaje de casos con intento de suicidio).
	Propósito	:	Evaluar el grado de cumplimiento de los establecimientos de salud en la implementación del protocolo *4141 para la evaluación y manejo de casos con intento suicida, asegurando que se realicen las acciones necesarias en los tiempos establecidos de acuerdo con el nivel de riesgo identificado.
	Tipo	:	Proceso
	Numerador	:	N° de establecimientos de APS y especialidad que cumplen con todos los criterios establecidos según protocolo *4141 para la evaluación y manejo del riesgo suicida según el nivel de riesgo identificado.
	Denominador	:	N° total de establecimientos de APS y especialidad evaluados.
	Fuentes de datos	:	<ul style="list-style-type: none"> - Ministerio de Salud. Dpto. de salud digital. Reporte de notificaciones SIGIIS. - Servicio de Salud. Registro seguimiento de casos a cargo de Gestores de prevención de suicidio. - Servicio de salud. Catastro local de centros APS y especialidad en salud mental
5	Título	:	Porcentaje de usuarios atendidos por intentos de suicidio en la red de urgencia que reciben atención en salud mental en su centro de APS, dentro de los primeros 7 días posteriores.
	Propósito	:	Evaluar la efectividad del sistema de salud en la continuidad del cuidado para las personas que presentan intento suicida.
	Tipo	:	Proceso
	Numerador	:	N° de usuarios atendidos por intento suicida en los Servicios de Urgencias que reciben atención posterior dentro de los primeros siete días por parte de su equipo de APS del territorio.
	Denominador	:	N° total de usuarios atendidos por intento suicida en los Servicios de Urgencias.
	Fuentes de datos	:	<ul style="list-style-type: none"> - Servicio de Salud. Dpto. Estadísticas. Registro Estadístico Mensual A08 (atención en urgencia). - Servicio de salud. reportes de notificaciones de intento suicida. - Servicio de Salud. Registro seguimiento de casos a cargo de Gestores de prevención de suicidio. - Complemento: Registros de Hoja atención diaria de urgencia- DAU.

DIMENSIÓN 13 EVALUACIÓN			
1	Título	:	Evaluación del PNPS liderada por Seremi de Salud, ejecutada a través de un plan anual revisado en instancia formal de reunión de Mesa Regional de prevención suicidio.
	Propósito	:	Garantizar un seguimiento regular y sistemático del Programa Nacional de Prevención del Suicidio a nivel regional para evaluar su efectividad y realizar ajustes o mejoras según sea necesario.
	Tipo	:	Proceso
	Numerador	:	N° de evaluaciones periódicas del Programa Nacional de Prevención del Suicidio realizadas de acuerdo con el plan de trabajo anual de la Mesa de Prevención del Suicidio a nivel regional



	Denominador	:	N° total de evaluaciones periódicas programadas del Programa Nacional de Prevención del Suicidio nivel regional.
	Fuentes de datos	:	<ul style="list-style-type: none"> - Seremi de Salud. Mesa Regional de prevención de suicidio. Planificación anual de actividades. - Seremi de Salud. Plan Operativo anual de actividades e informe de evaluación. - Actas de la Mesa Regional de Prevención del Suicidio
2	Título	:	Seremis de Salud recibe evaluación anual desde referentes técnicos de MINSAL respecto de avance en la implementación del PNPS a nivel regional.
	Propósito	:	Dar seguimiento a nivel de cada SEREMI de salud, sobre el avance de la implementación del Programa Nacional de Prevención del Suicidio a nivel regional.
	Tipo	:	Proceso
	Numerador	:	N° de evaluación anual planificada por referentes técnicos de MINSAL a Seremi de salud respecto de avance en la implementación del PNPS en la región.
	Denominador	:	N° total de evaluación anual realizadas por referentes técnicos de MINSAL a Seremi de salud respecto de avance en la implementación del PNPS en la región planificadas para el periodo.
	Fuentes de datos	:	<ul style="list-style-type: none"> - Ministerio de Salud. Unidad Salud Mental, Salud Pública. Plan anual de visitas de evaluación y supervisión. - Ministerio de Salud. informe de evaluación de implementación de PNPS y sus componentes.
3	Título	:	Existencia de espacios de coordinación liderados por SEREMI de Salud para compartir información y buenas prácticas de la implementación del Programa Nacional de Prevención del Suicidio.
	Propósito	:	Evaluar el grado de organización y cooperación entre entidades responsables de la prevención del suicidio a través de la existencia de espacios de coordinación liderados por SEREMI.
	Tipo	:	Proceso
	Numerador	:	N° de encuentros de coordinación llevados a cabo por SEREMI para compartir información y buenas prácticas sobre la implementación de los ejes estratégicos del Plan Nacional de Prevención del Suicidio en X periodo de tiempo
	Denominador	:	N° total de encuentros de coordinación programados por SEREMI
	Fuentes de datos	:	<ul style="list-style-type: none"> - Seremi de Salud. Plan Operativo anual de actividades - Seremi de Salud. Plan anual de capacitación. - Seremi de Salud. Boletín anual de actividades. - Complemento: actas y registro en plataformas virtuales institucionales.
4	Título	:	Porcentaje de cumplimiento de las actividades consignadas en cada uno de los 6 componentes del PNPS que son responsabilidad de las SEREMIs de salud.
	Propósito	:	Evaluar el grado de cumplimiento de las actividades específicas del Programa Nacional de Prevención del Suicidio que están bajo la responsabilidad de las SEREMIs.
	Tipo	:	Proceso
	Numerador	:	N° de actividades del Programa Nacional de Prevención del Suicidio que se han cumplido durante X periodo de tiempo y que son responsabilidad de las SEREMIs.



	Denominador	:	N° total de actividades del Programa Nacional de Prevención del Suicidio de responsabilidad de Seremi de salud, a realizar durante el mismo periodo de tiempo.
	Fuentes de datos	:	<ul style="list-style-type: none"> - Ministerio de Salud. Unidad Salud Mental, <u>Subsecretaria de Salud Pública</u>. Plan anual de visitas de evaluación y supervisión. - Ministerio de Salud. informe de evaluación de implementación de PNPS y sus componentes.
5	Título	:	Porcentaje de cumplimiento de las actividades consignadas en cada uno de los 6 componentes del PNPS que son responsabilidad del Servicio de Salud.
	Propósito	:	Evaluar el grado de cumplimiento de las acciones específicas del Programa Nacional de Prevención del Suicidio que están bajo la responsabilidad de los Servicios de Salud.
	Tipo	:	Proceso
	Numerador	:	N° de actividades del Programa Nacional de Prevención del Suicidio que se han cumplido durante X periodo de tiempo y que son responsabilidad del Servicio de Salud
	Denominador	:	N° total de actividades del Programa Nacional de Prevención del Suicidio de responsabilidad del Servicio de Salud, a realizar durante el mismo periodo de tiempo.
	Fuentes de datos	:	<ul style="list-style-type: none"> - Ministerio de Salud. Unidad Salud Mental, <u>Subsecretaria de Redes Asistenciales</u>. Plan anual de visitas de evaluación y supervisión. - Ministerio de Salud. informe de evaluación de implementación de PNPS y sus componentes.

DIMENSIÓN 14 OTROS			
1	Título	:	Implementación de programas para el cuidado de la salud mental y la prevención del suicidio con pertinencia territorial considerando para esto últimos aspectos epidemiológicos y socio culturales propios de la región o área
	Propósito	:	Evaluar en qué medida se están llevando a cabo programas diseñados para abordar la salud mental y prevenir el suicidio, considerando las particularidades y necesidades específicas de cada territorio.
	Tipo	:	Proceso
	Numerador	:	N° de Servicios de Salud con programas de salud mental y prevención del suicidio implementados, considerados territorialmente pertinentes.
	Denominador	:	N° total de Servicios de Salud de la región.
	Fuentes de datos	:	<ul style="list-style-type: none"> - Servicio de Salud. Gestor de prevención de suicidio. Plan anual de prevención de suicidio local. - Dpto. de Salud Municipal. Informe de reporte Plan local de prevención de suicidio elaborados remitidos a gestores de prevención de suicidio de cada Servicio de Salud
2	Título	:	Implementación de programas de promoción de la salud mental y prevención del suicidio en grupos específicos.
	Propósito	:	Garantizar que se implementen programas efectivos y adaptados a las necesidades de grupos específicos (LGBTIQANB+) en riesgo de sufrir problemas de salud mental, contribuyendo así a la mejora de la salud y el bienestar en diferentes entornos sociales.



	Tipo	:	Proceso
	Numerador	:	N° de programas o estrategias de promoción de la salud mental y prevención del suicidio implementados para grupos específicos.
	Denominador	:	N° de programas o estrategias de promoción de la salud mental y prevención del suicidio diseñados para grupos específicos
	Fuentes de datos	:	<ul style="list-style-type: none"> - Mesa Regional intersectorial de prevención. Documento Planificación anual de actividades. - Dpto. de Salud Municipal. Documento Plan local de prevención de suicidio que considere grupos específicos de la población.
3	Título	:	Seremi de salud dispone de boletines epidemiológicos anuales para la identificación de factores asociados al suicidio y orientación de estrategias de prevención y manejo en el territorio.
	Propósito	:	Evaluar la existencia y accesibilidad a información epidemiológica (boletín) actualizados relacionados con el suicidio.
	Tipo	:	Proceso
	Numerador	:	N° de boletines epidemiológicos anuales elaborados por Seremi de salud con información sobre factores asociados al suicidio y orientan las estrategias de prevención y manejo en le territorio
	Denominador	:	N° de boletines epidemiológicos anuales programados por Seremi de salud con información sobre factores asociados al suicidio y orientan las estrategias de prevención y manejo en el territorio
	Fuentes de datos	:	<ul style="list-style-type: none"> - Seremi de Salud. Unidad de salud mental. Documento Boletín epidemiológico que incluye información de suicidio y salud mental. - Seremi de Salud. información de Plataformas y web institucional.