



VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

Lesiones Autoinfligidas Intencionalmente y
Muerte por Suicidio

2023

BORRADOR

Ministerio de Salud. Lesiones Autoinfligidas Intencionalmente y Muerte por Suicidio. Norma Técnica de vigilancia epidemiológica. Santiago, MINSAL 2021.

Todos los derechos reservados. Este material puede ser reproducido total o parcialmente para fines de disseminación y capacitación. Prohibida su venta.

2023.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	5
JUSTIFICACION.....	7
MARCO LEGAL	8
VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DE LAIN Y MUERTE POR SUICIDIO	9
MODELO DE VIGILANCIA.....	9
VIGILANCIA LESIONES AUTOINFLIGIDAS INTENCIONALMENTE	10
CRITERIOS DIAGNÓSTICOS.....	10
DEFINICION DE CASO	11
PROCEDIMIENTOS	12
VIGILANCIA MUERTE POR SUICIDIO.....	15
CRITERIOS DIAGNÓSTICOS.....	15
DEFINICIONES DE CASO	16
PROCEDIMIENTOS	16
FUNCIONES Y NIVELES DE RESPONSABILIDAD EN LA VIGILANCIA	17
COORDINACIÓN CON REVEP	18
INDICADORES RELEVANTES DE LA VIGILANCIA	20
INDICADORES DE CALIDAD DE LA VIGILANCIA	24
DIFUSIÓN DE LA INFORMACIÓN.....	25
CUIDADO DE EQUIPO	26
ANEXOS	27
ANEXO: LISTADO DE RECURSOS DE APOYO DE LA REGIÓN	27
REFERENCIAS	28

INTRODUCCIÓN

La suicidalidad consiste en un continuo que contempla la ideación, la planificación y el intento suicida, que puede o no conducir a la muerte(1). Se estima que por cada muerte por suicidio hay aproximadamente 20 intentos de suicidio(2), que el riesgo de morir por suicidio es 100 veces mayor entre quienes han cometido un intento de suicidio en comparación con quienes no presentan antecedentes y, que entre el 10% y 15% de quienes han intentado suicidarse fallecen por esta causa(3).

La tasa cruda de mortalidad por suicidio a nivel mundial durante 2016 fue de 10,6 casos por 100.000 habitantes (habs.). Esta tasa es menor en mujeres en comparación con hombres, siendo la tasa específica por sexo 7,7 y 13,5 por 100.000 habs. respectivamente. Para la Región de las Américas, estos valores se estiman en 9,8 casos de muerte por suicidio cada 100.000 habs., 4,6 en mujeres y 15,1 en hombres (4). Durante el mismo año (2016), la tasa de mortalidad ajustada por suicidio en Chile fue de 9,2 por 100.000 habs. en población general y de 3,3 y 15,3 por 100.000 habs. en mujeres y hombres, respectivamente.

Los intentos de suicidio tienen una magnitud y distribución poblacional diferente a la muerte por suicidios. Utilizando registros de los egresos hospitalarios en Chile se estima una tasa de incidencia de lesiones autoinfligidas intencionalmente de 17,9 casos por 100.00 habs. en 2016, cifra que asciende a 25,5 casos por 100.000 habs. en mujeres y es menor en hombres, con 10,3 casos por 100.000. Según edad, la tasa de incidencia de lesiones autoinfligidas intencionalmente alcanza su valor máximo en los tramos etarios de 10 a 14 años y de 15 a 19, con una tasa de 40,3 y 49,2 casos por 100.000 habs. respectivamente. La tasa de incidencia más elevada se encuentra en mujeres entre 15 y 19 años, con una tasa de 75,1 casos por 100.000 habs. Cabe destacar que estas cifras corresponden a todos los eventos de lesiones autoinfligidas intencionalmente con un grado de letalidad suficiente para indicar su hospitalización, por lo cual subestima la magnitud real del fenómeno sin considerar casos de lesiones autoinfligidas que no conllevan a su hospitalización, ya sea por tener menor riesgo vital o por falta de oferta hospitalaria en la red.

Dada la importancia de los eventos de lesiones autoinfligidas intencionalmente como factor de riesgo para la muerte por suicidio, y por la distribución poblacional diferencial de las lesiones autoinfligidas intencionalmente en contraste con la muerte por suicidio, es que las intervenciones poblacionales y clínicas para prevenir la muerte por suicidio deben contemplar los intentos de suicidio y no sólo la distribución de la muerte por suicidio. Para dar respuesta a esta necesidad de información, este sistema de vigilancia aportará nuevos antecedentes sobre los intentos de suicidio en Chile que actualmente no pueden obtenerse con la completitud necesaria desde los sistemas de registro del sector salud.

Este documento describe el sistema de vigilancia de suicidio en Chile cuya implementación se inicia a partir del año 2020. Su objetivo general es la estandarización de la vigilancia regional que han desarrollado algunas Secretarías Regionales Ministeriales de Salud (SEREMIS) a la fecha y ampliarlo

hasta tener una cobertura nacional. Contar con una vigilancia nacional permitirá cuantificar la magnitud de este problema de salud pública a nivel nacional y regional.

BORRADOR

JUSTIFICACION

La relevancia de la vigilancia de lesiones autoinfligidas intencionalmente (LAIN) y muerte por suicidio se sustenta sobre la magnitud actual nacional e internacional de las defunciones por suicidio. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que 800.000 personas mueren cada año a causa de suicidio(2), con una tasa de 10,6 por cada 100.000 hab. en 2016(4). Ante este escenario, la OMS en 2013 planteó a sus países miembros el desafío de disminuir en un 10% la tasa de mortalidad por suicidio para 2020.

El suicidio es un problema mayor de salud pública no sólo en Chile sino en el mundo a pesar de ser prevenible mediante intervenciones oportunas, basadas en evidencia y, a menudo, de bajo costo económico para los distintos países, siempre y cuando se conjuguen estrategias de prevención de suicidio de manera multisectorial e integral(5). En este sentido, el establecimiento de un sistema de vigilancia epidemiológica es vital.

Este sistema de vigilancia obedece además a la priorización de la creación de sistemas de información sobre intentos y muertes por suicidio en el país como parte del Plan de Acción de la OMS para la prevención de suicidio(5) y, por el Programa Nacional de Prevención de Suicidio en Chile(6).

MARCO LEGAL

- Pendiente de aprobación por jurídica de decreto.

BORRADOR

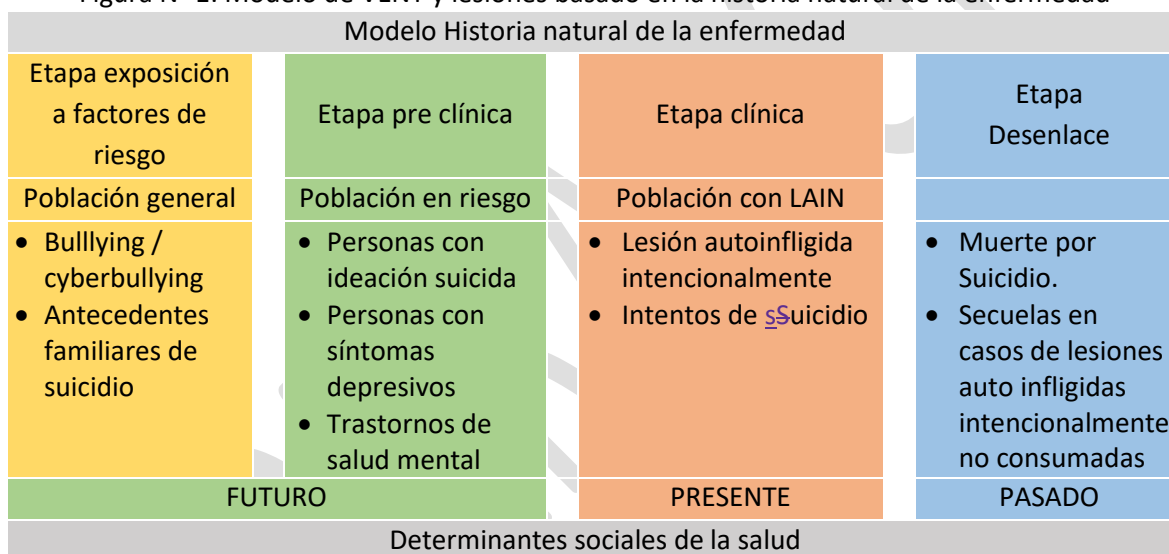


VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DE LAIN Y MUERTE POR SUICIDIO

MODELO DE VIGILANCIA

El modelo de vigilancia implementado se estructura en base a la “Historia Natural de la Enfermedad”, que “*corresponde a la evolución de la enfermedad desde su inicio hasta su resolución, sin ninguna intervención que altere su gravedad, duración o impacto. Esta vigilancia utilizará dicho enfoque aun cuando haya existido una intervención clínica o sanitaria, incorporando el enfoque de los determinantes sociales de la salud (DSS) de la OMS a través de la inclusión de información sobre variables sociales en todas las etapas del problema de salud a vigilar*” (7).*

Figura N° 1: Modelo de VENT y lesiones basado en la historia natural de la enfermedad



Fuente: Elaboración propia sobre modelo VENT, Departamento de Epidemiología, DIPLAS, MINSAL.

La definición de indicadores de cada etapa del modelo es dinámica, así como las fuentes de información de cada indicador[†]. El sistema de vigilancia de lesiones autoinfligidas intencionalmente, y de suicidios considera variadas fuentes de información, especialmente:

- Notificación obligatoria
- Encuestas poblacionales

* La suicidalidad es entendida como un amplio espectro de manifestaciones que van desde la ideación suicida, la elaboración de un plan, la obtención de los medios para hacerlo, hasta la muerte por suicidio (MINSAL, 2013, 2019; OPS & OMS, 2014). Cada una de estas conductas implican riesgo de muerte, y tienen como característica común un profundo dolor y malestar psicológico que impide continuar con la vida y del cual no se visualizan alternativas de salida o solución (OMS, 2001). Es por todo esto que, aun cuando no es considerado como una enfermedad, es necesario que sea vigilada.

† Se han priorizado los indicadores que pueden ser obtenidos a partir de las fuentes de información propias del MINSAL a modo de simplificar el modelo.

- Registros del Departamento de Estadística e Información en Salud (DEIS) (egresos y mortalidades)

VIGILANCIA LESIONES AUTOINFLIGIDAS INTENCIONALMENTE

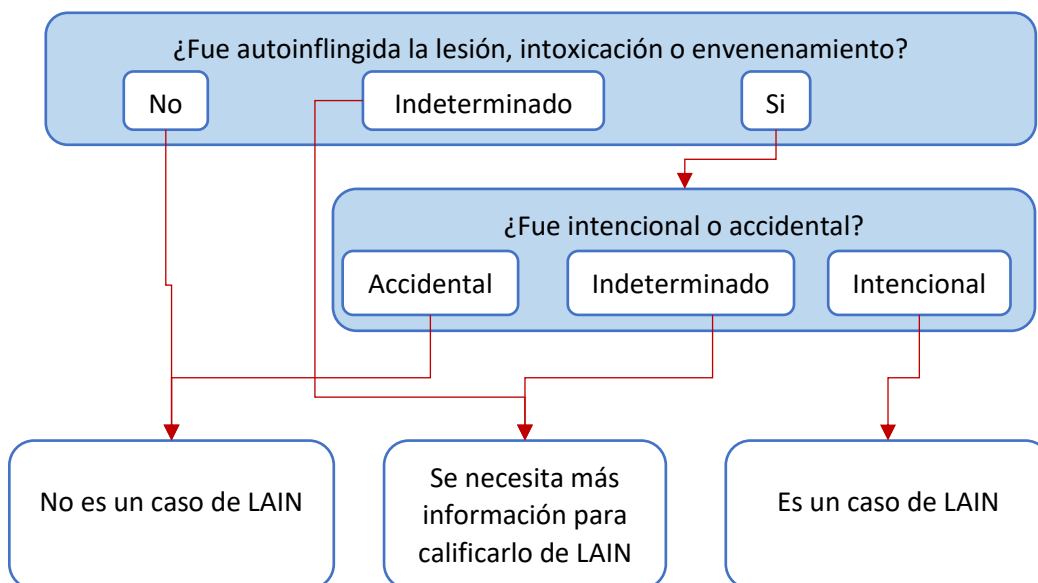
La vigilancia de lesiones auto infligidas intencionalmente (LAIN) es una vigilancia universal de notificación obligatoria desde todos los establecimientos de salud públicos o privados con servicio de atención de urgencia ya sea urgencia hospitalaria o perteneciente a la red de atención primaria de salud. La notificación es inmediata y se envía desde los recintos asistenciales a la SEREMI de Salud (u oficina provincial) correspondiente. La vía de notificación se realiza a través del sistema informático disponible.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

Una LAIN se define como un acto no habitual con resultado no mortal que una persona, esperando morir o exponiéndose al riesgo de morir o de infligirse daños corporales, ha iniciado y ejecutado con la finalidad de propiciar cambios deseados (8).

En este sentido, la definición de una LAIN responde a dos variables específicas; (a) Si a lesión o la intoxicación fue autoinfligida, es decir, no fue externa ni provocado por un tercero, y (b) fue intencional, es decir, no responde a una situación accidental.

Figura N° 2: Toma de decisiones sobre la definición de LAIN



Tal como se define una LAIN, no es necesario confirmar la *intencionalidad suicida de la lesión*, es decir, que haya una intención de morir. El sistema de vigilancia es uno de lesiones autoinfligidas intencionalmente, y se debe reportar como tal. El caso podría ser además un intento de suicidio,

pero la información disponible puede ser insuficiente en esta etapa para confirmar o descartar el grado de intencionalidad suicida.

DEFINICION DE CASO

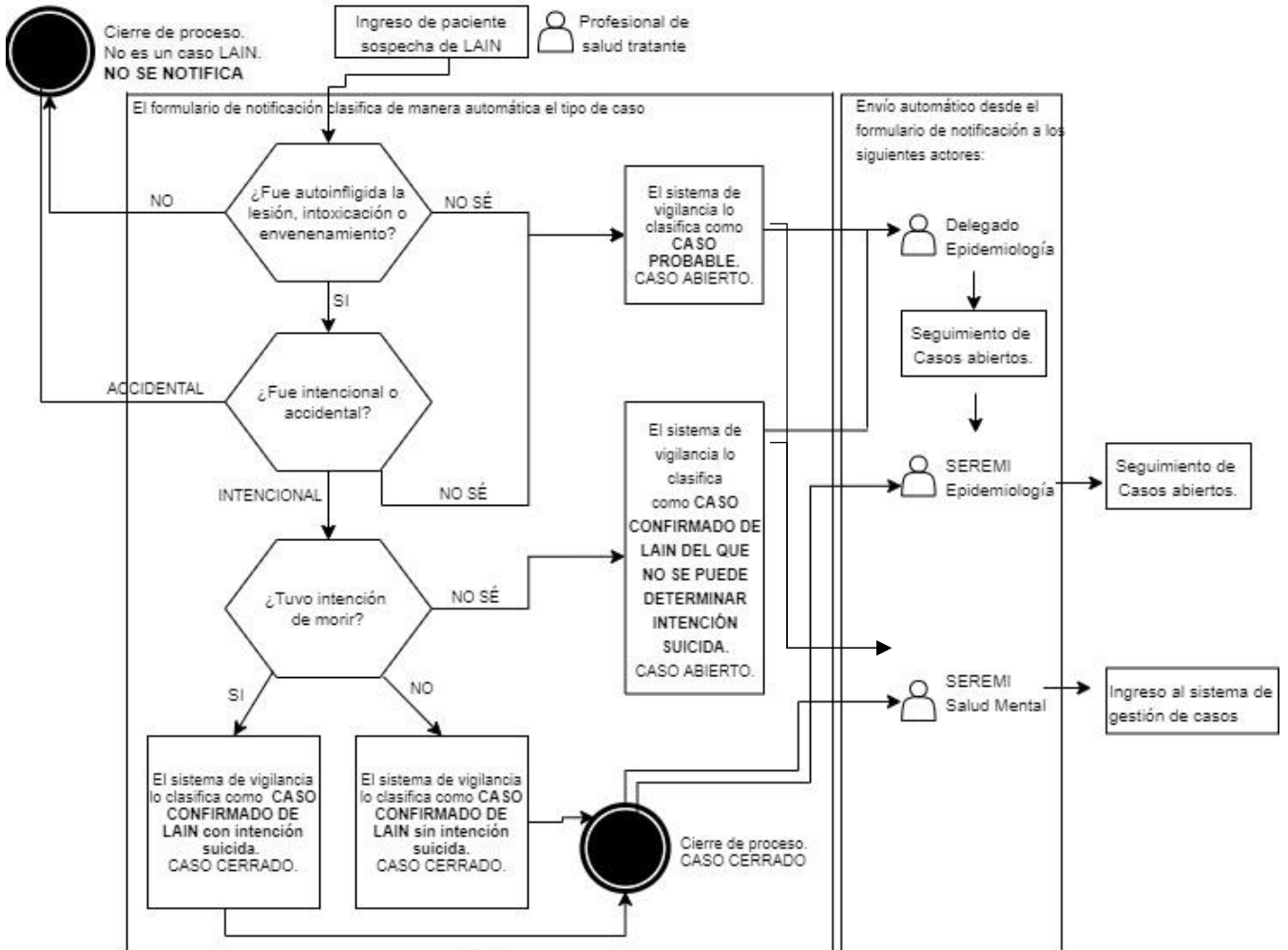
1. Caso sospechoso de LAIN: Persona con lesiones autoinfligidas, envenenamiento o intoxicación, de las cuales no es posible determinar el locus de la conducta de auto daño (iniciada por el individuo o externa) que se presenta establecimientos de salud públicos o privados con servicio de atención de urgencia ya sea, urgencia hospitalaria o perteneciente a la red de atención primaria de salud. Se excluyen lesiones autoinfligidas, envenenamiento o intoxicación que se sabe fueron accidentales o fueron producidas por terceros.
2. Caso probable de LAIN: Caso sospechoso que no cumple con los criterios de confirmación, sin embargo, los datos obtenidos por personal de salud a cargo de la notificación no permiten descartarlo o hay evidencia contradictoria sobre la intencionalidad de la lesión autoinfligida (ver apartado sobre evidencia incongruente), que se presenta establecimientos de salud públicos o privados con servicio de atención de urgencia ya sea, urgencia hospitalaria o perteneciente a la red de atención primaria de salud.
3. Caso confirmado de LAIN: Persona con lesiones autoinfligidas, envenenamiento o intoxicación, cometidas de manera intencional, con o sin intencionalidad de morir, que se presenta establecimientos de salud públicos o privados con servicio de atención de urgencia ya sea, urgencia hospitalaria o perteneciente a la red de atención primaria de salud. Los casos confirmados de LAIN, a su vez, se pueden clasificar en:
 - a. Caso confirmado de LAIN con intención suicida: Persona con lesiones autoinfligidas, envenenamiento o intoxicación, cometidas de manera intencional, en que hay evidencia sugerente de intención de muerte.
 - b. Caso confirmado de LAIN sin intención suicida: Persona con lesiones autoinfligidas, envenenamiento o intoxicación, realizadas de manera intencional, en que hay evidencia sugerente de ausencia de intención de muerte.
 - c. Caso confirmado de LAIN del que no se puede determinar intención suicida: Persona con lesiones autoinfligidas, envenenamiento o intoxicación, cometidas de manera intencional, en que no hay evidencia disponible, o hay evidencia contradictoria, sobre la intención de muerte.
4. Caso descartado de LAIN: caso sospechoso que no cumple con los criterios de confirmación y los antecedentes demuestran que no corresponde a una lesión autoinfligida intencionalmente.

PROCEDIMIENTOS

FLUJO DE NOTIFICACIÓN

La información obtenida durante la anamnesis y/o consulta médica de urgencia de LAIN es ingresada al sistema informático correspondiente a la notificación obligatoria, que permite la clasificación de los casos de manera automática, según corresponda, a caso confirmado o probable, de acuerdo a lo establecido en esta norma.

Figura N° 3: Flujo Ficha de notificación obligatoria LAIN



De igual manera, el sistema clasifica los casos de LAIN según dos estados de situación:

- ❖ **Casos cerrados:** casos en donde se puede clasificar claramente como “confirmado de LAIN con intención suicida”, o “confirmado de LAIN sin intención suicida”.
- ❖ **Casos abiertos:** casos clasificados como “caso probable”, o “caso confirmado de LAIN del que no se puede determinar intención suicida”. En estos casos se debe realizar seguimiento para profundizar el conocimiento de dicho caso, para poder cambiar su clasificación a una de caso cerrado.

A modo de resumen, el flujo de notificación es el siguiente:

Tabla N° 1: Flujo de notificación LAIN

	Actividad	Responsable	Plazo
1	Identificación de un caso sospechoso de LAIN	Médico tratante	Inmediata
2	Notificación en sistema disponible	Médico tratante	Inmediata
3	Clasificación según corresponda: (i) confirmado o probable, y (ii) casos cerrado o abierto.	Sistema disponible	Automático
4	Seguimiento de casos abiertos para reclasificación	Delegado de Epidemiología	Una semana
5	Seguimiento a casos abiertos para reclasificación.	SEREMI Epidemiología	Dos meses
6	Reclasificación y cierre de casos abiertos.	SEREMI Epidemiología	Automático después de dos meses

Frente a un caso sospechoso que entra a la consulta de urgencia, el médico tratante luego de realizar la atención correspondiente deberá realizar la notificación obligatoria en el sistema vigente. De manera automática, el sistema vigente clasificará el caso.

Desde el sistema de notificación obligatoria en plataforma en línea, el delegado de Epidemiología del establecimiento de salud correspondiente, recibirán dos tipos de casos abiertos; 1) Casos probables abiertos, y 2) Casos confirmados de los cuales no es posible determinar la intencionalidad suicida. Ambos casos seguirán el mismo conducto de seguimiento. Los casos permanecerán abiertos para el Delegado de Epidemiología durante una semana para realizar las consultas necesarias al equipo tratante u otros actores relevantes, con la finalidad de recalificar el caso a un caso cerrado. A la semana, el sistema envía en caso a la autoridad sanitaria, SEREMI Epidemiología para que el encargado de la vigilancia realice las gestiones de seguimiento durante dos meses en espera que el sistema de gestión de casos logre completar la información pendiente.

Es función del encargado de epidemiología estar en contacto continuo con el encargado de salud mental para asegurar que la mayor cantidad de casos logren capturar los antecedentes faltantes. El

responsable de hacer la gestión de casos para su seguimiento y cierre es el referente de Salud Mental de la SEREMI de Salud en conjunto con el referente de Salud Mental del Servicio de Salud. La responsabilidad del referente de Epidemiología en el cierre de casos es dar seguimiento a las acciones de los referentes de Salud Mental en este proceso.

El sistema reconoce la imposibilidad de completar algunos casos durante su seguimiento con información adicional requerida para su cierre. Ante esta situación, el sistema de vigilancia los recodificará automáticamente como casos cerrados una vez finalizado los dos meses estipulados para su seguimiento y respetando la definición de caso otorgada en su notificación inicial.

BUSQUEDA ACTIVA DE CASOS

(PENDIENTE)

BORRADOR



VIGILANCIA MUERTE POR SUICIDIO

La vigilancia de casos de muerte por suicidio es una vigilancia universal por medio del registro de certificados de defunción entregados por el DEIS del Ministerio de Salud, con una periodicidad semanal. Los casos de muerte por suicidio serán identificados clínicamente desde lo descrito en el certificado de defunción.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

Históricamente, la nomenclatura para referirse al comportamiento suicida ha sido heterogénea, dificultado su estandarización(9). Uno de los esfuerzos para establecer definiciones comunes fue el Algoritmo de Clasificación de Columbia sobre la Evaluación de Suicidio(10) definiéndolo como un acto de autolesión con resultados fatales en que hay algo de evidencia sobre la intención de morir asociada.

La OMS también ha propuesto definiciones de suicidio e intentos de suicidio para estandarizar su medición a nivel internacional(11), según se detalla a continuación: Un acto con un desenlace fatal que la persona fallecida, conociendo o esperando dicho desenlace, inició y ejerció con el propósito de producir los cambios deseados.

De estas definiciones se desprenden dos elementos cruciales para distinguir entre suicidio y muerte accidental o acto homicida, así como entre intentos de suicidio y conductas autolesivas intencionales sin intención suicida. El primer elemento es el locus de la conducta, que por definición debe ser iniciada por el propio individuo reflejando una motivación interna para la ejecución del acto (ya sea activo o pasivo). Lo segundo es la intención asociada a la conducta iniciada por el sujeto(8).

DEFINICIONES DE CASO

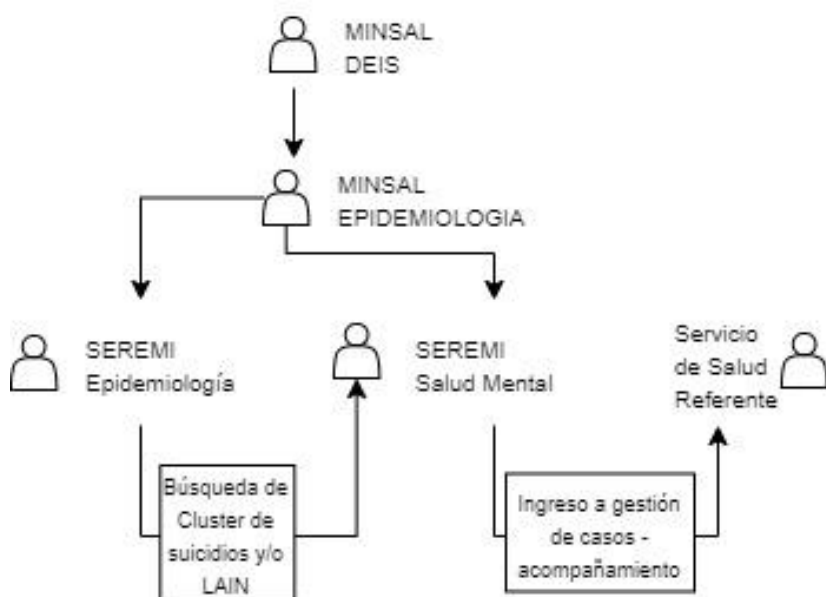
1. Caso confirmado de suicidio: Casos de muerte reportados como lesiones autoinfligidas intencionalmente, con códigos CIE-10 X60 a X84.
2. Caso indeterminado de suicidio: Casos que son reportados como eventos de intención no determinada, lo que hace que no se pueda distinguir entre accidente, lesión autoinfligida y agresión, con códigos CIE-10 Y10 a Y34.

PROCEDIMIENTOS

FLUJO DE NOTIFICACIÓN

La vigilancia de muertes por suicidios se inicia con el envío de la base datos de casos correspondiente desde el DEIS al Departamento de Epidemiología del MINSAL, quienes elaborarán la minuta mensual regional con el detalle de casos correspondientes.

Figura N° 4; Flujo de casos de suicidios



Las alertas que se enviarán en la minuta corresponderán a una revisión rápida de coincidencia de fecha, sexo, edad, comuna de residencia y método. La información se enviará mensualmente a cada SEREMI según región de residencia. La SEREMI de Salud correspondiente deberá realizar mensualmente una búsqueda activa de posibles clusters en su región.

Las acciones de acompañamientos a sobrevivientes o deudos de personas fallecidas por suicidio son responsabilidad del área de Salud Mental de cada SEREMI en conjunto con el referente del Servicio de Salud correspondiente.

FUNCIONES Y NIVELES DE RESPONSABILIDAD EN LA VIGILANCIA

Los responsables y funciones se describen en la siguiente tabla:

Tabla N° 2: Responsable y funciones de la vigilancia

Institución	Responsable	Funciones
Médico tratante / profesional de la salud de equipo tratante		<ul style="list-style-type: none"> Notificación inmediata de todo caso sospechoso en el sistema disponible (EPIVIGILA/MIDAS). Procurar completar el formulario con la mayor cantidad de información.
Establecimiento asistencial	Delegado/a de Epidemiología	<ul style="list-style-type: none"> Implementar el sistema de vigilancia en su establecimiento. Reforzar la completitud del dato reportado a EPIVIGILA mediante la revisión de la ficha clínica y entrevistas con los médicos tratantes.
Servicio de Salud	Encargado de Salud Mental / Referente Suicidio	<ul style="list-style-type: none"> Contribuir a la completitud de la ficha de notificación en caso necesario mediante la coordinación con SEREMI Salud Mental.
SEREMI de Salud	Encargado/a Vigilancia; Epidemiología	<ul style="list-style-type: none"> Implementar el sistema de vigilancia en la región. Realizar seguimiento a los casos abiertos para su definición, confirmación o descarte mediante la coordinación con SEREMI Salud mental. Realizar el análisis epidemiológico regional y local. Reforzar y supervisar la notificación en los establecimientos de salud Evaluar el funcionamiento del sistema de vigilancia.
	Encargado/a salud mental	<ul style="list-style-type: none"> Contribuir a la completitud de la ficha de notificación en caso necesario en coordinación con el Servicio de Salud para informar a Epidemiología.
MINSAL Epidemiología	Encargado/a Vigilancia	<ul style="list-style-type: none"> Desarrollar el sistema de vigilancia. Coordinar y apoyar la implementación a nivel nacional y regional.

		<ul style="list-style-type: none"> • Apoyar a la Autoridad Sanitaria correspondiente para el refuerzo de la notificación. • Consolidar la información nacional. • Asegurar la provisión del sistema informático de notificación • Realizar análisis epidemiológico nacional, informando a las SEREMIS correspondientes de los resultados de dicha vigilancia. • Monitoreo, seguimiento y evaluación del sistema de vigilancia. • Revisión sistemática de los registros de la vigilancia que puedan alertar de brotes por estas causas. • Coordinación de instancias de cuidado de la red de vigilancia.
MINSAL Programa de Salud Mental	Contraparte designada	<ul style="list-style-type: none"> • Ingresar los casos al sistema propio de gestión de casos para atención oportuna. • Proveer información a la Autoridad Sanitaria regional para la confirmación o descarte de casos. • Coordinación de instancias de cuidado de la red de vigilancia.

COORDINACIÓN CON REVEP

La norma técnica de vigilancia de intoxicaciones agudas por plaguicidas -IAP- REVEP (red de vigilancia epidemiológica en plaguicidas) fue aprobada por el MINSAL en marzo del 2007, por resolución exenta n°377 y se fundamenta jurídicamente en el reglamento de notificación obligatoria de las intoxicaciones agudas con pesticidas, Decreto Supremo n°88, publicado en el diario oficial el 5 de octubre del 2004.

La modalidad de vigilancia para las IAP es a través de una vigilancia universal, iniciándose con la detección del caso y envío de la notificación del caso sospechoso de IAP desde los médicos tratantes o establecimiento de salud públicos y privados a la autoridad sanitaria.

En este sentido, existen casos sospechosos de IAP que podrían configurarse como lesión autoinfligida intencionalmente y/o intentos de suicidio. Es por esto, la importancia de coordinar ambas acciones de vigilancia, de manera de no sobrecargar a los equipos de trabajo con acciones paralelas.

INGRESO DE CASOS AL SISTEMA COORDINADO

La REVEP cuenta con diversos métodos de entrada a la notificación obligatoria, siendo los más comunes los servicios de urgencias, postas rurales y consultas médicas. La notificación de LAIN se realiza desde las urgencias de los distintos servicios de urgencias del país. En este sentido, solo las IAP que deriven en servicios de urgencias deben ser coordinadas en ambos sistemas.

Cada vigilancia posee su propio sistema de manejo de casos y de criterios para iniciar la investigación epidemiológica, que deben ser consultados en sus respectivas normas.

INSTANCIAS DE COORDINACIÓN

Existen dos instancias mínimas en donde ambas vigilancias deben trabajar coordinadamente;

- (a) Investigación epidemiológica de brotes y/o clusters: Leer las recomendaciones en “Directrices para la Investigación Epidemiológica” en esta norma y las recomendaciones de la Norma técnica de vigilancia de intoxicaciones agudas por plaguicidas del año 2007.
- (b) Rescate de casos y criterio de calidad: Los encargados de ambas vigilancias deberán definir conjuntamente el traspaso de información de los casos en común y casos indeterminados entre ambos sistemas, en la periodicidad que estimen conveniente. Debe ser al menos una revisión anual. Así también, deberán en conjunto, definir indicadores de calidad para ambos sistemas.

INDICADORES RELEVANTES DE LA VIGILANCIA

Los objetivos que guían este análisis son:

1. Calcular incidencia de LAIN y suicidios en Chile.
2. Identificar factores de riesgo y gatillantes dentro de la población residente en Chile de lesiones autoinfligidas intencionalmente, con y sin resultado de muerte.
3. Identificar factores de riesgo dentro de la población que ha presentado un evento de lesión autoinfligida intencionalmente de presentar reincidencia.
4. Estimar la probabilidad de tiempo libre de reincidencia dentro de las personas con notificación de una lesión autoinfligida intencionalmente, según factores de riesgo.
5. Identificar la magnitud de la asociación específica entre factores de riesgo y lesiones autoinfligidas intencionalmente, con y sin resultado de muerte.
6. Identificar medios letales mayormente utilizados y posible de controlar

La información obtenida a través de la vigilancia permite desarrollar los siguientes indicadores a nivel nacional y regional:

ETAPA EXPOSICIÓN A FACTORES DE RIESGO[‡]

Con la información de las encuestas poblacionales -se espera realizar análisis descriptivo por estratificadores estándar (sexo, edad, pertenencia a pueblos, previsión de salud, nivel socioeconómico, etc).

[‡] Según formato de norma 123. En esta sección sólo se presentan los indicadores que son reportados vía Encuestas de Salud, pertenecientes al MINSAL. Existen múltiples indicadores que serán considerados en los reportes correspondientes que provienen de fuentes de información externas al Ministerio, como por ejemplo la Encuesta nacional de violencia en el ámbito escolar ENVAE, perteneciente al ministerio de interior, que reporta % de estudiantes que han sufrido bullying, Encuesta de Diversidad sexual de la sociedad civil que reportan el % de población que se ha sentido discriminado, etc.

Tabla N° 3: Indicadores según modelo historia natural de la enfermedad etapa exposición a factores de riesgo

	Definición	Indicador	Fórmula	Fuente
Personas que se han sentido discriminadas por cualquier razón	Población general que se ha sentido discriminado alguna vez en su vida por cualquier razón	Prevalencia de discriminación presente en la sociedad	(Total de personas que contestan que sí se han sentido discriminadas alguna vez en su vida por cualquier razón / total de personas encuestadas) *100	Encuesta Nacional de Calidad de vida y Salud ENCAVI
Antecedentes familiares de suicidio	Población general que tiene hijo/as, papá, mamá o hermanos que hayan fallecido por suicidio	Porcentaje de la población que tiene antecedentes familiares de muerte por suicidio	(Personas que reportan antecedentes de muerte por suicidio en s familia directa / total de personas encuestadas)*100	Encuesta Nacional de Salud ENS

ETAPA PRECLINICA*

Tabla N° 4: Indicadores según modelo historia natural de la enfermedad etapa preclínica

	Definición	Indicador	Fórmula	Fuente
Ideación suicida	Personas que reportan haber pensado en suicidarse en los últimos 12 meses	Prevalencia de personas con ideación suicida en los últimos doce meses	(Personas que reportan haber pensado seriamente en suicidarse en los últimos 12 meses / Total de personas encuestadas)*100	ENS
Síntomas depresivos	Personas que reportan síntomas depresivos en los últimos 12 meses	Prevalencia de población con síntomas depresivos (CIDI-SF) en los últimos 12 meses	(Personas que dan el puntaje en CIDI-SF/ Total de personas encuestadas)*100	ENS
Trastornos de salud mental	Personas que reportan haber sido diagnosticados con trastornos de salud mental alguna vez en la vida	Prevalencia de población con trastornos de salud mental	(Personas con autoreporte de trastornos de salud mental / Total de personas encuestadas)*100	ENS

ETAPA CLINICA

Con la información de la ficha de notificación obligatoria, se espera realizar análisis descriptivo por estratificadores estándar (sexo, edad, pertenencia a pueblos, previsión de salud, servicio de salud, etc).

Tabla N° 5: Indicadores según modelo historia natural de la enfermedad etapa clínica

	Definición	Indicador	Fórmula	Fuente
Incidencia de población con LAIN	Casos de personas con lesiones autoinfligidas, envenenamiento o intoxicación, cometidas intencionalmente	Tasa de incidencia acumulada de casos de lesiones autoinfligidas, envenenamiento o intoxicación, cometidas intencionalmente	(Total de notificaciones (confirmadas y probables) de LAIN en período t / población total mayor a 5 años en período t) x 100.000 habitantes	EPIVIGILA
Incidencia de población con LAIN sin resultado de muerte	Total de personas que se auto lesionan intencionadamente sin resultado de muerte	Tasa de incidencia de casos con LAIN sin resultado de muerte	Total de notificaciones de casos probables y confirmados en período T – casos probables y confirmados con suicidios en periodo T / población total mayor a 5 años*100000 HABS.	EPIVIGILA, DEIS
Reincidencia de LAIN	Personas con más de una notificación de lesiones autoinfligidas, envenenamiento o intoxicación, cometidas intencionalmente	Tasa de reincidencia de casos confirmados de LAIN	(N° casos confirmados con más de una notificación de LAIN en período t / N° personas notificadas como LAIN confirmados o probables en período t) x 100.000 habitantes	EPIVIGILA
Incidencia de intentos de suicidio	Casos de personas con lesiones autoinfligidas, envenenamiento o intoxicación,	Tasa de incidencia acumulada de casos confirmados de LAIN con intención suicida	(N° casos confirmados de LAIN con intención suicida en período t /	EPIVIGILA

	confirmados de LAIN con intención suicida		población total mayor a 5 años en período t) x 100.000 habitantes	
--	---	--	---	--

ETAPA DESENLACE

Con la información de la ficha de notificación obligatoria, se espera realizar análisis descriptivo por estratificadores estándar (sexo, edad, región).

Tabla N° 6: Indicadores según modelo historia natural de la enfermedad etapa desenlace

	Definición	Indicador	Fórmula	Fuente
Mortalidad por LAIN	Fallecimientos como consecuencia de lesiones autoinfligidas, envenenamiento o intoxicación, realizadas intencionalmente	Tasa de mortalidad por lesiones autoinfligidas, envenenamiento o intoxicación	(Personas fallecidas por lesiones autoinfligidas intencionalmente, envenenamiento o intoxicación en período t / población total mayor a 5 años en período t) x 100.000 habitantes	DEIS

INDICADORES DE CALIDAD DE LA VIGILANCIA

Se realizará una evaluación al total de los casos notificados en el sistema informático. Para dicha evaluación se utilizarán los siguientes indicadores:

Tabla N° 7: Indicadores de calidad mínimos de Vigilancia

Dimensión	Indicador	Cumplimiento
Cobertura de notificación	Proporción de casos de riesgo suicida con derivación al servicio de urgencia identificados desde Salud Responde que tienen ficha de notificación.	100% de casos de riesgo suicida derivados y que hayan acudido a servicio de urgencia cuentan con ficha de notificación obligatoria.
Cobertura de notificación	Proporción de casos LAIN identificados desde auditoría de fichas clínicas de centros de atención de urgencia que tienen ficha de notificación (muestreo aleatorio de centros y fichas clínicas a auditar).	100% de casos LAIN identificados desde auditoría de fichas clínicas cuentan con ficha de notificación obligatoria.
Notificación oportuna	Proporción de casos de LAIN notificados de forma inmediata desde los establecimientos públicos y privados a la autoridad sanitaria regional	100% de casos sospechosos notificados dentro de las 24 hrs. de atendidos.
Definición de intención suicida en casos confirmados de LAIN	Porcentaje de casos que cuentan con definición de intención suicida.	50% de casos confirmados de LAIN con definición de intencionalidad suicida.
Investigación oportuna	Proporción de clústeres investigados oportunamente	100% de los clúster están investigados e inician su investigación dentro de las 72 horas desde su identificación

DIFUSIÓN DE LA INFORMACIÓN

La vigilancia contempla la elaboración de los siguientes reportes mínimos:

Tabla N° 8: Documentos mínimos de la vigilancia

Documento	Descripción	Autor	Periodicidad	Público al que va dirigido
Resultados de vigilancia en el establecimiento de salud	-Cantidad de casos y descripción sociodemográfica - Indicadores de calidad de la vigilancia	Delegado de epidemiología	anual	Médicos y personal de salud del establecimiento
Resultados de vigilancia regional		SEREMI Epidemiología	anual	Servicios de Salud, establecimientos de la región y MINSAL
Minuta de muerte por suicidio	- Identificación de casos a nivel regional	MINSAL Epidemiología	mensual	SEREMI de salud
Ficha de investigación epidemiológica de clusters		SEREMI Epidemiología	En caso de cluster	Servicios de salud de la región y MINSAL
Reporte anual investigación epidemiológica	de Clusters y poblaciones priorizadas	SEREMI Epidemiología	Anual	Servicios de Salud, establecimientos de la región y MINSAL
Informe anual Vigilancia		Epidemiología MINSAL	Anual	Público general
Reporte de calidad de datos	Indicadores de calidad de vigilancia según región y servicios de salud	Epidemiología MINSAL	Anual	SEREMI Epidemiología
Reporte de auditoría	Auditoría de fichas clínicas de centros de atención de urgencia que tienen ficha de notificación	SEREMI Epidemiología	Anual	Delegados de epidemiología

CUIDADO DE EQUIPO

Dado la sensibilidad de la vigilancia de LAIN, y en particular de la investigación epidemiológica asociada a clústeres en población específica, se sugiere el establecimiento de prácticas de autocuidado que hayan sido previamente acordadas con las jefaturas de Epidemiología y Salud Mental en las distintas SEREMIs del país, así como de los referentes temáticos de los servicios de salud. Dentro de las más relevantes, se encuentran:

1. Horas al mes dedicadas al autocuidado personal y de equipo; Es potestad de cada equipo elaborar su planificación de actividades de autocuidado semestral. La sugerencia mínima es de una hora a la semana, pudiéndose juntar para obtener 4 horas al mes.
2. En el caso de traslados: Si durante el curso de la investigación epidemiológica, el (los) profesional(es) deben trasladarse a lugares externos para realizar entrevistas, es importante que el equipo mínimo a realizar dichos procedimientos sea de dos (2) personas, y que una de ellas sea profesional de la salud mental, que desarrolle una entrevista según los estándares de cuidados éticos y psicológicos que protejan al entrevistado de posibles revictimizaciones.
3. Contacto constante con encargado/as de salud mental de la red asistencial: Considerando la premura con la que se deben gestionar acciones de contención, y si bien dicha responsabilidad recae en el encargado de Salud Mental de la SEREMI, es importante para el encargado de Epidemiología mantener contacto permanente con los distintos referentes de la red. Este contacto puede ser mediado mediante el envío mensual o bimensual de un pequeño reporte de los casos propios de la vigilancia (no sólo de los brotes) de dicho servicio de salud.
4. Gestión de una instancia de capacitación al año en temáticas de suicidalidad. Esta instancia puede ser gestionada tanto desde nivel central (como jornadas nacionales de capacitación) como a nivel regional.

ANEXOS

ANEXO: LISTADO DE RECURSOS DE APOYO DE LA REGIÓN

Nombre	Población que atiende	Medios de contacto	Observaciones

BORRADOR

REFERENCIAS

1. Salvo G L, Melipillán A R. Predictores de suicidalidad en adolescentes. Revista chilena de neuro-psiquiatría. 2008;46:115-23.
2. Salud OMDl. Manual de prácticas para el establecimiento y mantenimiento de sistemas de vigilancia de intentos de suicidio y autoagresiones. Washington 2016. Available from: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49120/9789275320082_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
3. Orietta E, Paz M, Fischman R, Morales S, Barros J. Aumento sostenido del suicidio en Chile: un tema pendiente. Centro de Políticas Públicas Pontificia Universidad Católica. 2015;10:1-16.
4. Salud OMDl. World Health Statistics data visualization dashboard; Suicide. 2016 [Available from: <http://apps.who.int/gho/data/node.sdg.3-4-viz-2?lang=en>].
5. World Health O. Mental health action plan 2013-2020. Geneva: World Health Organization; 2013 2013.
6. Ministerio de Salud C. Programa Nacional de Prevención del Suicidio. In: Departamento de Salud Mental DdPyCdE, Subsecretaría de Salud Pública., editor. Santiago 2013. p. 72.
7. Transmisibles. UdEyVdEN. Reporte de vigilancia de enfermedades no transmisibles. 2011.
8. De Leo D, Bille-Brahe U, Kerkhof A, Schmidtke A. Suicidal Behaviour: Theories and Research Findings. Repetition of attempted suicide: frequent, but hard to predict. 2004.
9. Turecki G, Brent D. Suicide and suicidal behavior. Lancet (London, England). 2015;387.
10. Posner K, Oquendo MA, Gould M, Stanley B, Davies M. Columbia Classification Algorithm of Suicide Assessment (C-CASA): classification of suicidal events in the FDA's pediatric suicidal risk analysis of antidepressants. The American journal of psychiatry. 2007;164(7):1035-43.
11. Salud. OMDl. Preventive Practice in Suicide and Attempt Suicide. Summary Report. In: WHO, Europe. ROF, editors. Copenhagen 1986.
12. Greg MB e. Field epidemiology. 2nd ed. ed. New York, NY: Oxford University Press; 2002. 592 p.
13. England PH. Identifying and responding to suicide clusters and contagion: a practice resource. 2015.
14. Haw C, Hawton K, Niedzwiedz C, Platt S. Suicide clusters: a review of risk factors and mechanisms. Suicide Life Threat Behav. 2013;43(1):97-108.
15. Cerel J, McIntosh JL, Neimeyer RA, Maple M, Marshall D. The continuum of "survivorship": definitional issues in the aftermath of suicide. Suicide Life Threat Behav. 2014;44(6):591-600.
16. Organización Panamericana de la Salud O. Prevención del suicidio: un recurso para los profesionales de los medios de comunicación. Actualización del 2017. Washington, D.C. 2018.
17. PHE PHE. Preventing suicides in public places. 2015.