



Ministerio de
Salud

Gobierno de Chile

ANÁLISIS CRÍTICO ESTRATEGIA NACIONAL DE SALUD 2011-2020,

Suicidio adolescente

Departamento Estrategia Nacional de Salud
División de Planificación Sanitaria
Subsecretaría de Salud Pública
Noviembre 2020

OBJETIVOS ANÁLISIS CRÍTICO

Objetivo General

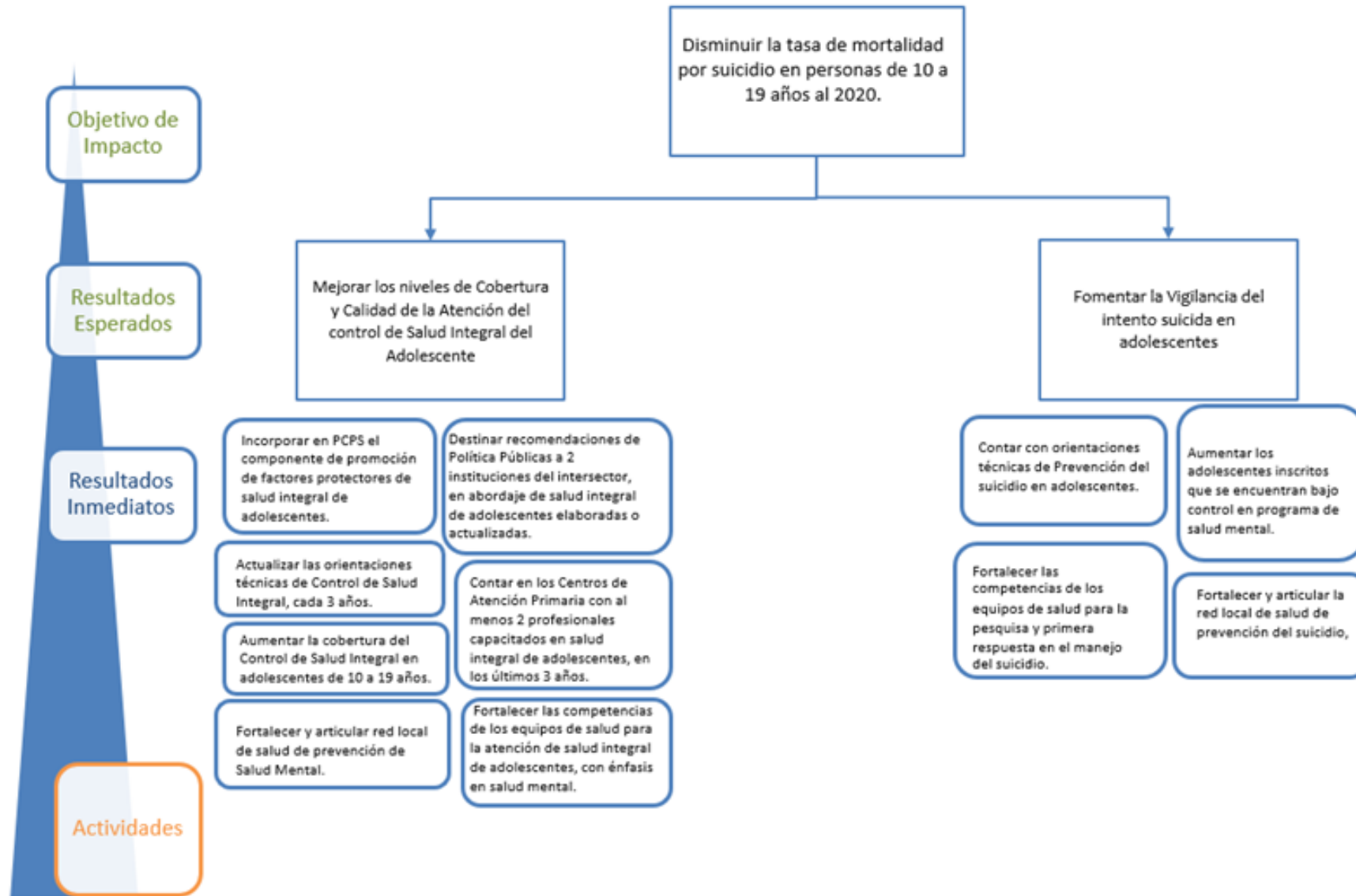
- ✓ Conocer el estado de situación de algunos temas de la Estrategia Nacional de Salud, con el fin de generar insumos para la toma de decisiones, particularmente en los procesos de priorización en la formulación de los objetivos sanitarios de la próxima década.

OBJETIVOS ANÁLISIS CRÍTICO

Objetivos específicos

1. Conocer la situación actual de algunos temas ENS 2011-2020 a partir de la evaluación de sus indicadores.
2. Evaluar la pertinencia de los indicadores que en la actualidad hacen parte del monitoreo del tema.
3. Identificar las intervenciones que desde la evidencia favorecen el logro de los resultados propuestos.
4. Revisar a partir de la planificación Operativa, si las acciones implementadas desde el sector se relacionan con el indicador y contribuyen al logro de los objetivos planteados.
5. Identificar factores que expliquen los resultados del tema.
6. Generar recomendaciones que permitan mejorar la gestión del tema en la estrategia actual, y favorecer la formulación del marco de resultados y medición en la estrategia de la década siguiente.

Cadena de resultados



Indicadores

Objetivo de impacto: Disminuir la mortalidad por suicidio en adolescentes (10 a 19 años).

Indicador: tasa de mortalidad por suicidio en personas de 10 a 19 años al 2020.

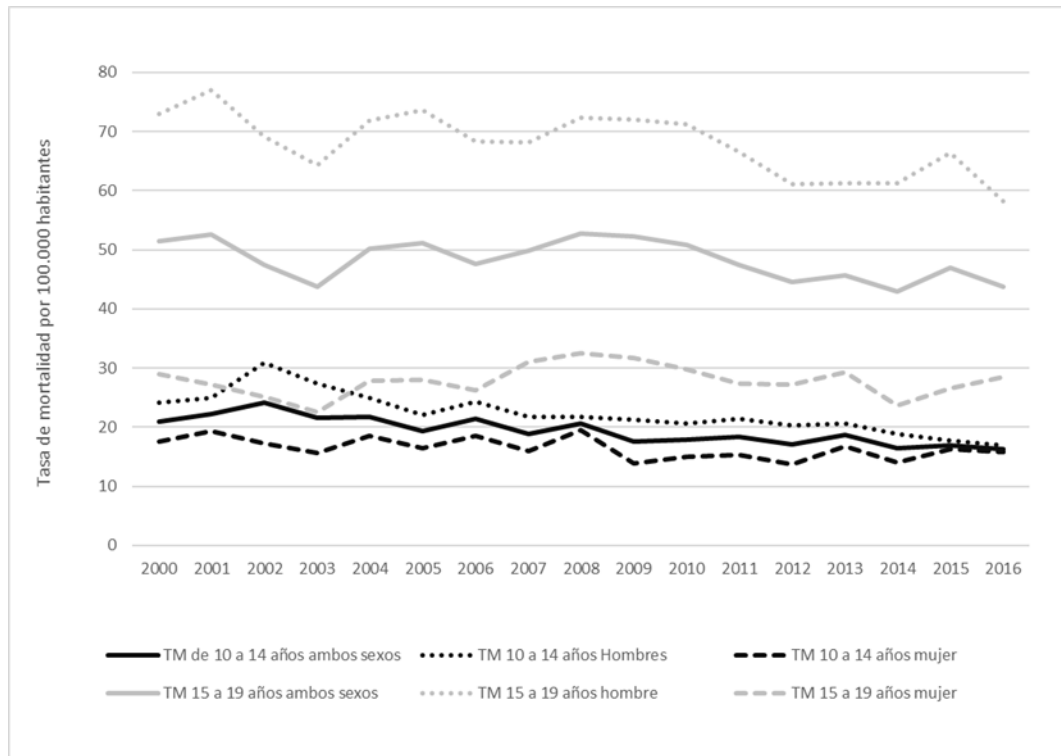
Resultados Esperados	Indicador
Mejorar los niveles de cobertura y calidad de la atención del control de salud integral del adolescente.	Porcentaje de establecimientos de atención primaria (CESFAM, CGU, CGR) que cuentan con al menos 1 espacio amigable (EA) para adolescentes
	Porcentaje de adolescentes (10 a 19 años) inscritos en el sector público, con control de salud.
Fomentar la vigilancia del intento suicida en adolescentes.	Porcentaje de SEREMIS con sistema de vigilancia de suicidio implementados.
	Porcentaje de profesionales de centros de salud APS capacitados en detección del riesgo suicida. .

Estado Indicadores Estrategia Nacional de Salud*

- OI: mortalidad por suicidio en adolescentes: **cumpliendo**
- RE1: establecimientos APS con espacios amigables: **Avance discreto**
- RE2: adolescentes inscritos con control de salud: **Avance discreto**
- RE3: SEREMIS con vigilancia suicidio implementada: **Avance discreto**
- RE4: Profesionales APS capacitados en detección: **Retroceso**

Mortalidad en adolescentes: tendencias e importancia relativa de grupos de grandes causas

Tendencia de las tasas de mortalidad para los quinquenios 10 a 14 años y 15 a 19 años, según sexo. Chile, 2000 al 2016.



Fuente: DEIS, MINSAL

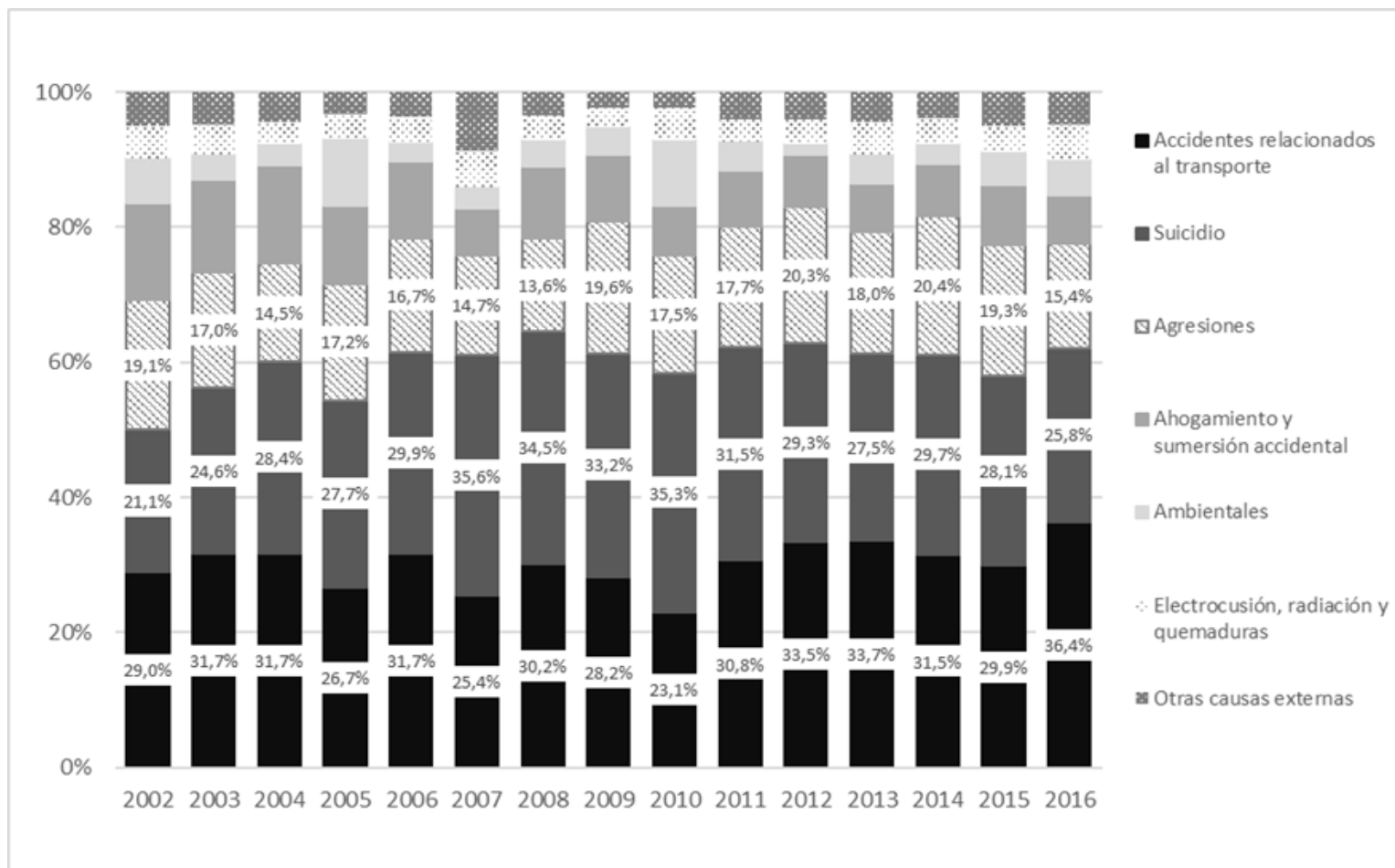
Tasas de mortalidad específicas y participación sobre el total de muertes por principales causas de mortalidad para quinquenio de 10 a 14 años y de 15 a 19 años, según sexo. Chile, 2016.

		Hombre		Mujer		Ambos	
		10 a 14 años	15 a 19 años	10 a 14 años	15 a 19 años	10 a 14 años	15 a 19 años
Lesiones, heridas, intoxicaciones y otras causas externas	Tasa	5,3	40,0	6,2	12,7	5,7	26,7
Neoplasias y enfermedades de la sangre y órganos hematopoyéticos	% muertes	31,1%	68,7%	39,1%	44,8%	34,9%	61,1%
Enfermedades del sistema nervioso	Tasa	5,1	6,0	3,4	5,5	4,3	5,8
Enfermedades del sistema cardiocirculatorio	% muertes	30,1%	10,3%	21,7%	19,3%	26,2%	13,2%
Enfermedades del sistema respiratorio	Tasa	3,8	4,4	1,5	2,8	2,7	3,6
Otras causas	% muertes	22,3%	7,5%	9,8%	9,9%	16,4%	8,3%
	Tasa	0,3	2,3	1,2	0,5	0,8	1,4
	% muertes	1,9%	3,9%	7,6%	1,7%	4,6%	3,2%
	Tasa	0,5	1,1	0,3	1,1	0,4	1,1
	% muertes	2,9%	1,8%	2,2%	3,9%	2,6%	2,5%
	Tasa	2,0	4,5	3,1	5,8	2,5	5,2
	% muertes	11,7%	7,8%	19,6%	20,4%	15,4%	11,8%

Fuente: Elaboración propia Departamento Estrategia Nacional de Salud con base en información entregada por DEIS, MINSAL.
Tasas por 100.000 habitantes

Mortalidad en adolescentes: distribución por causas de muerte

Distribución por causas de muertes para el capítulo de causas externas (CIE 10), en población de 10 a 19 años, ambos sexos. Chile, 2002-2016.



Para los 4 subgrupos de análisis (por sexo y quinquenios), las dos primeras causas son las mismas (accidentes relacionados al transporte y lesiones autoinflingidas).

En población de 15 a 19 años, tanto mujeres como hombres, las agresiones son la tercera causa de muerte por causa externa desde el 2002 al 2016.

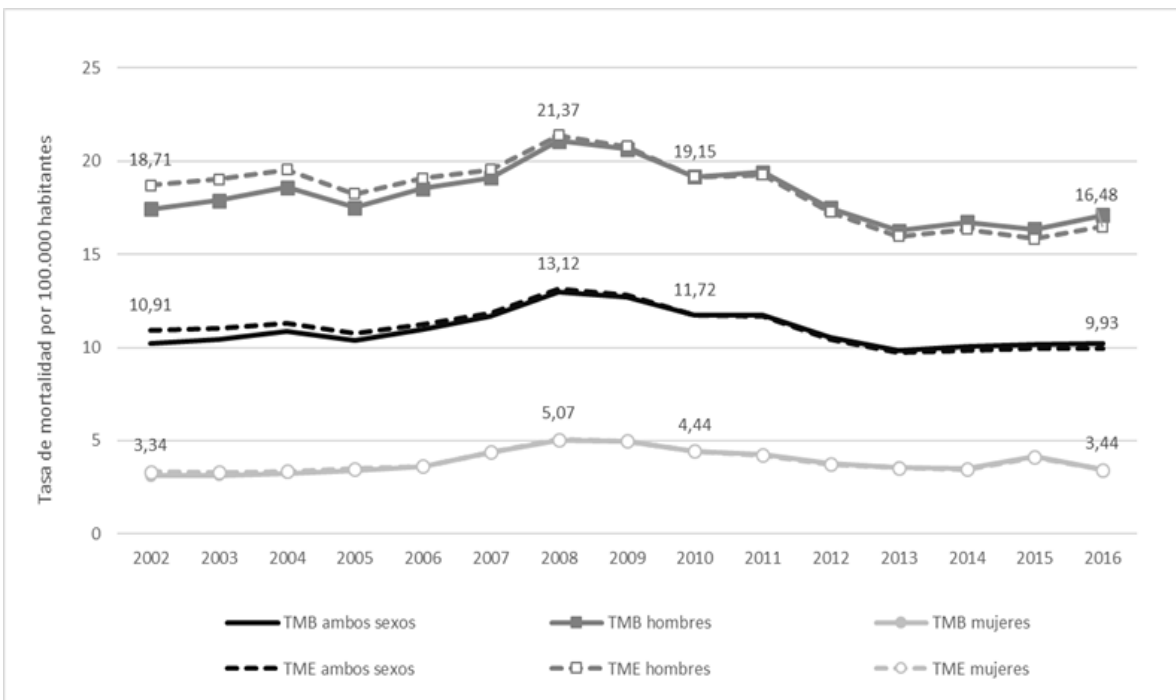
En población de 10 a 14 años, a partir de la tercera causa existe mayor variabilidad, como consecuencia del bajo número de casos.

De esta forma, las lesiones autoinflingidas o suicidios, se convierten en la tercera causa de muerte para adolescentes de 10 a 19 años con un 14,0% de las muertes, luego de los accidentes de tránsito (19,5%) y las neoplasias (16,5%). En hombres de 10 a 14 años, es la cuarta causa siendo superada por las enfermedades del sistema nervioso y en hombres de 15 a 19 años, es la segunda causa después de los accidentes de tránsito.

Fuente: Elaboración propia Departamento Estrategia Nacional de Salud con base en información entregada por DEIS, MINSAL.

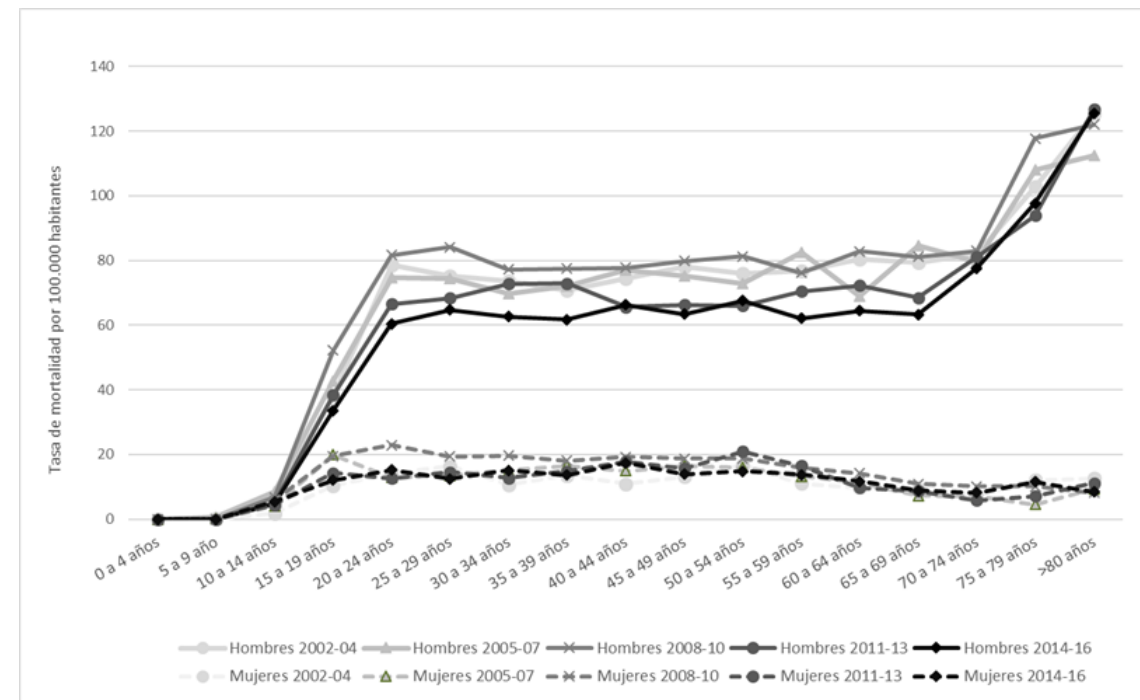
Mortalidad por suicidio: tendencias en el tiempo y por grupos de edad

Tasas de mortalidad bruta (TMB) y estandarizada (TME) por suicidio período 2002 al 2016 según sexo. Chile. Tasas por 100.000.



Fuente: Elaboración propia Departamento Estrategia Nacional de Salud con base en información entregada por DEIS, MINSAL.
Estandarización por población Chile 2010

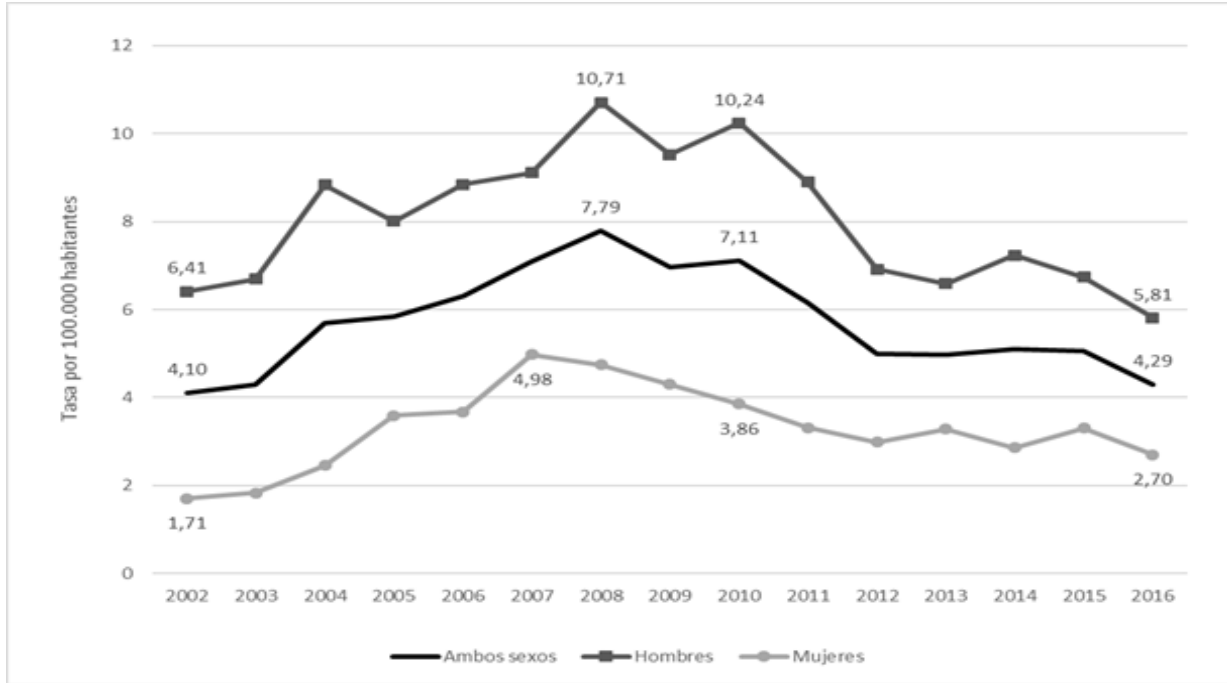
Tasas de mortalidad específica por suicidio para quinquenios de edad y trienios del período 2002 al 2016. Chile. Tasas por 100.000 habitantes.



Fuente: Elaboración propia Departamento Estrategia Nacional de Salud con base en información entregada por DEIS, MINSAL.

Mortalidad por suicidio en adolescentes

Tasas de mortalidad bruta por lesiones autoinfligidas de manera intencional en población de 10 a 19 años según sexo. Chile, 2002-2016. Tasas por 100.000 habitantes.



Fuente: Elaboración propia Departamento Estrategia Nacional de Salud con base en información entregada por DEIS, MINSAL.

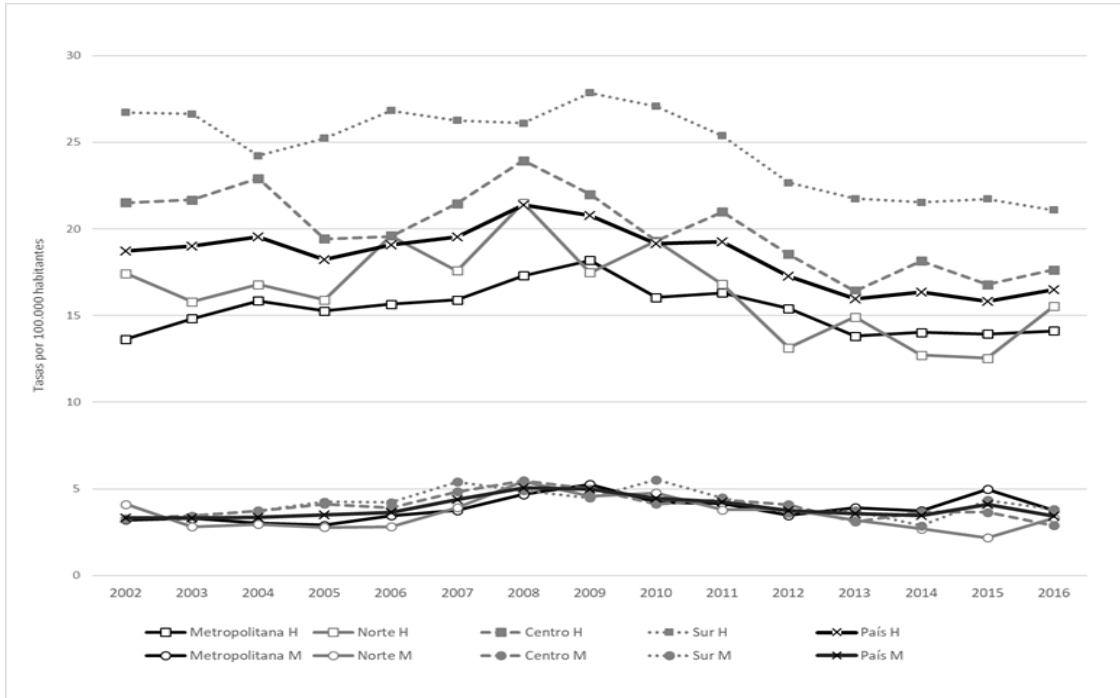
Distribución de las muertes por sitio de fallecimiento según sexo y grupo de edad. Chile, 2011-2015.

Lugar muerte	Ambos sexos			Hombres			Mujeres		
	10 a 19 años	20 a 64 años	65 o más años	10 a 19 años	20 a 64 años	65 o más años	10 a 19 años	20 a 64 años	65 o más años
Hospital o clínica	12,2%	8,3%	7,2%	10,9%	7,9%	7,0%	15,3%	10,0%	8,2%
Casa habitación	34,5%	32,7%	43,6%	33,7%	32,7%	44,8%	36,6%	32,7%	35,4%
Otro	53,3%	59,0%	49,2%	55,4%	59,3%	48,2%	48,0%	57,3%	56,5%

Fuente: Elaboración propia Departamento Estrategia Nacional de Salud con base en información entregada por DEIS, MINSAL.

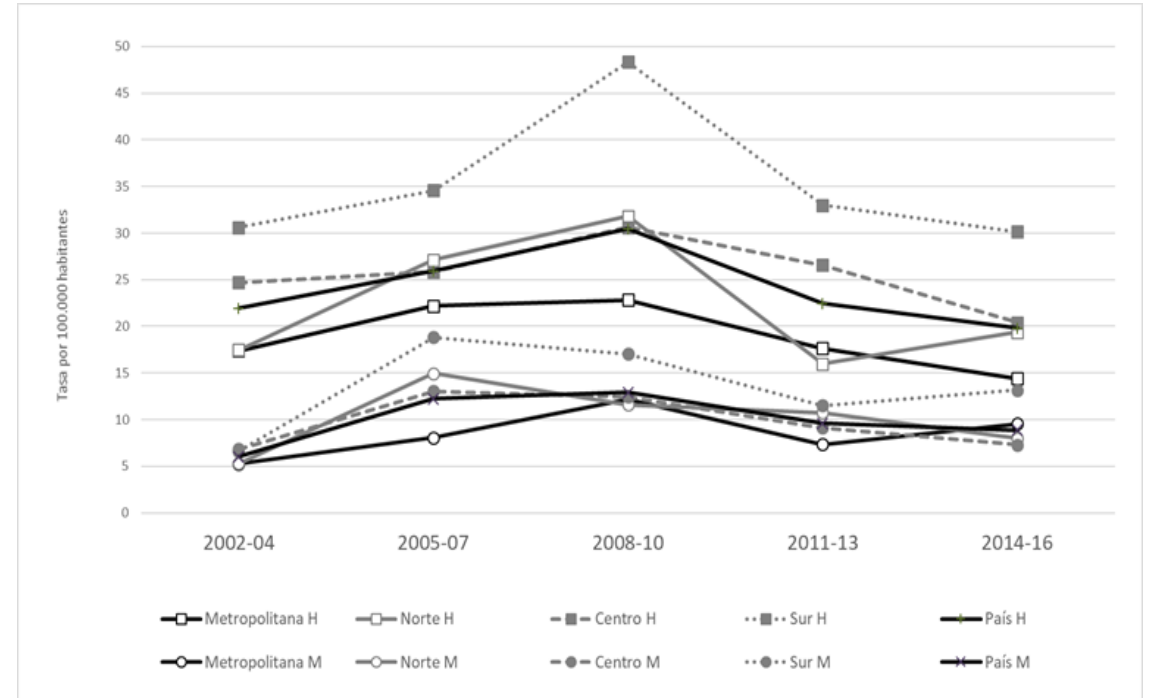
Mortalidad por suicidio en regiones

Tasas estandarizadas de mortalidad por suicidio según sexo y ubicación geográfica. Chile, periodo 2002-2016. Tasas por 100.000 habitantes. (H: hombre M: mujer).



Fuente: Elaboración propia Departamento Estrategia Nacional de Salud con base en información entregada por DEIS, MINSAL
 Estandarización por población Chile 2010
 Norte: Arica y Parinacota, Tarapacá, Antofagasta, Atacama y coquimbo
 Centro: Valparaíso, O'Higgins, Del Maul, Ñuble y Biobío
 Sur: Araucanía, Los Ríos, Los Lagos, Aysén, Magallanes

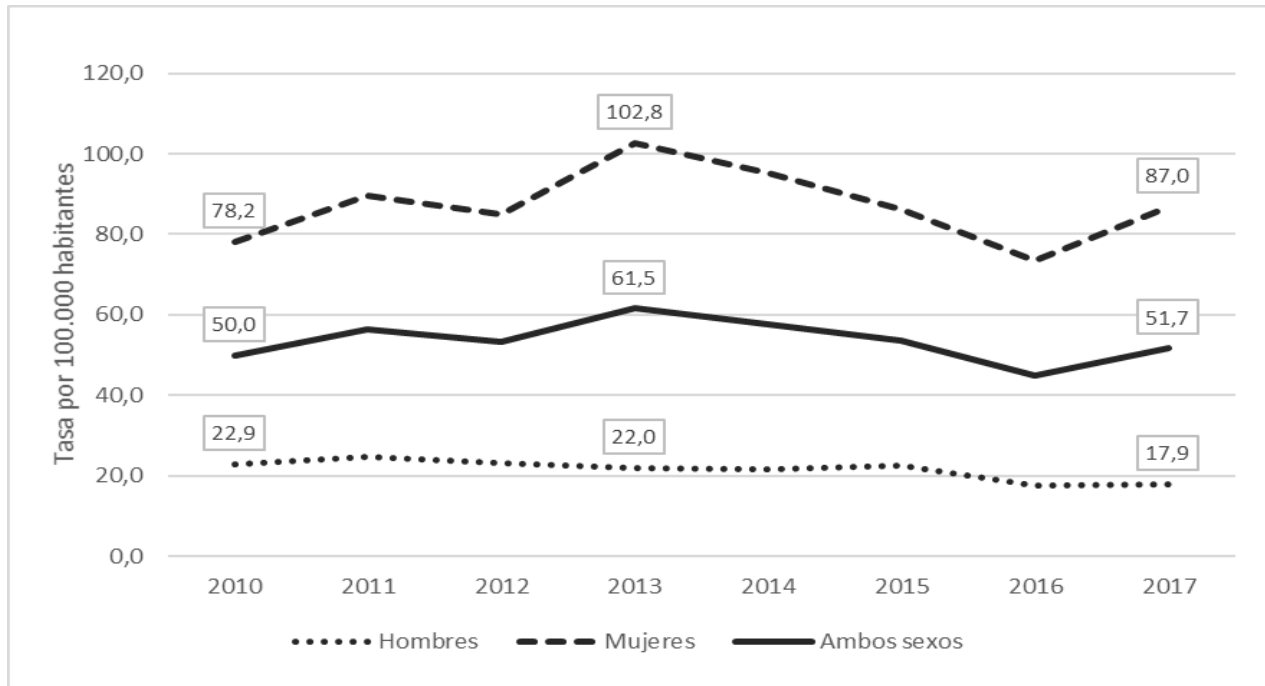
Tasas de mortalidad por suicidio en población de 10 a 19 años según sexo y ubicación geográfica. Chile, por trienios periodo 2002-2016. Tasas por 100.000 habitantes. (H: hombre M: mujer).



Fuente: Elaboración propia Departamento Estrategia Nacional de Salud con base en información entregada por DEIS, MINSAL
 Nota: corresponde a tasa acumulada en los tres años, considerando población del año del medio

Hospitalizaciones por lesiones autoinflingidas

Tasas de hospitalización por lesiones autoinflingidas intencionalmente en población de 10 a 19 años según sexo. Chile, periodo 2010-2017



Fuente: Elaboración propia Departamento Estrategia Nacional de Salud con base en información entregada por DEIS, MINSAL.

Método utilizado según fuente de información

Distribución de las muertes y hospitalizaciones por suicidio en adolescente, según método utilizado y sexo. Chile, periodo 2014 al 2016.

	Muertes			Hospitalizaciones		
	Ambos	Hombres	Mujeres	Ambos	Hombres	Mujeres
	sexos			sexos		
Ahorcamiento	86,9%	89,8%	80,0%	1,7%	4,6%	1,0%
Armas de fuego	5,2%	6,3%	2,7%	0,2%	0,6%	0,0%
Envenenamiento	3,6%	1,2%	9,1%	91,6%	84,9%	93,3%
Cortes	0,0%	0,0%	0,0%	3,9%	6,7%	3,2%
Altura	0,0%	0,0%	0,0%	0,2%	0,5%	0,2%
Otros	4,4%	2,7%	8,2%	2,3%	2,6%	2,2%

Fuente: Elaboración propia Departamento Estrategia Nacional de Salud con base en información fornecida por DEIS, MINSAL.

Análisis de actividades de planificación operativa anual (POA)

Distribución actividades programadas en la POA en el tema de suicidio adolescente, por resultado esperado

Categoría	2016	2017	2018	Total Periodo
Total actividades POA: OI Mortalidad por suicidio en adolescentes.	143	145	147	435
Total actividades POA: RE 1 Mejorar los niveles de cobertura y calidad de la atención del control de salud integral del adolescente.	56	56	53	165
Total actividades POA: RE 2 Fomentar la vigilancia del intento suicida en adolescentes.	87	89	94	270

Fuente: Elaboración propia Departamento Estrategia Nacional de Salud, MINSAL.

Nota metodológica: Análisis descriptivo a partir de las actividades dispuestas en el Plan Operativo Anual 2016, 2017 y 2018, por Servicios de Salud y Seremis de Salud.

RE1 “mejorar los niveles de cobertura y calidad de la atención del control de salud integral del adolescente”,

Actividades enfocadas en los resultados inmediatos a) “fortalecer y articular red territorial intersectorial de salud mental”, b) “aumentar la cobertura del control de salud integral en adolescentes de 10 a 19 años”, y c) “fortalecer las competencias de los equipos de salud para la atención de salud integral de adolescentes, con énfasis en salud mental”.

Tipo de actividades planificadas: capacitación y coordinación (ambas con un 33,3% de las actividades), así como monitoreo (16,7%):

RE2 “Fomentar la vigilancia del intento suicida en adolescentes”

Actividades enfocadas en los resultados inmediatos a) “fortalecer y articular la red local de salud de prevención del suicidio, incluyendo el desarrollo de herramientas para la notificación de casos a través de un Plan Regional Intersectorial de Prevención del Suicidio (componente 2 del Programa Nacional)”, b) “fortalecer las competencias de los equipos de salud para la pesquisa y primera respuesta en el manejo del suicidio”, y c) “realizar vigilancia y seguimiento del sistema de notificación de intentos de suicidio”.

Tipo de actividades planificadas: capacitación a profesionales de salud/educación el tipo de actividad planificada con mayor frecuencia (40,5%), coordinación intra e intersectorial (22,4%) y la elaboración/difusión/implementación de orientaciones técnicas (16,6%):

Revisión de la literatura

Se identificaron 13 intervenciones relacionadas con: entrenamiento en tratamiento a nivel de APS, medicación, consejería de apoyo, psicoterapia, postvención, entrevista clínica, seguimiento de casos, formación de monitores comunitarios (gatekeeping), tamizaje, entrenamiento de habilidades, educación, restricción a medios letales y ejercicio.

Se evidenció que para los dos resultados esperados del tema suicidio adolescente, se planificaron predominantemente actividades de capacitación de personal, coordinación con el intersector, monitoreo del control de salud adolescente, y la elaboración/difusión/implementación de orientaciones técnicas (normas, protocolos, OT).

Las capacitaciones y coordinaciones fueron ejecutadas principalmente en establecimientos de educación, orientadas a educar a los trabajadores sobre la conducta suicida o a sensibilización/educación dirigidas a adolescentes, las cuales forman parte de las acciones recomendadas a partir de la evidencia y que están incluidas en el Plan Nacional de Prevención al Suicidio.

De acuerdo a los hallazgos obtenidos, se propone entonces para el análisis de efectividad de intervenciones, explorar las siguientes preguntas: “¿Cuál es la efectividad de campañas masivas de prevención de suicidio adolescente sobre [outcome]?”, y “¿Cuál es la efectividad de la educación en suicidio adolescente a padres, profesores, adultos responsables y pares [población general] sobre [outcome: el suicidio adolescente]?”.

Algunas conclusiones y recomendaciones

Epidemiología

La lesiones autoinfligidas es la tercera causa de muerte en adolescentes de 10 a 15 años luego de los accidentes de tránsito y las neoplasias.

Las causas externas aumentan como causa de muerte en hombres 15 a 19 años respecto del quinquenio anterior, pasando de ser el 31,1% a un 68,7% del total de muertes a esas edades y de una tasa de 5,3 a 40,0 fallecidos por 100.000 habitantes

La mortalidad por suicidio en adolescentes entre el 2010 y el 2016 bajó de un 7,1 a un 4,3 muertes por 100.000 habitantes, en tanto, las hospitalizaciones de un 61,5 a un 51,7 egresos por 100.000 habitantes, siendo esta última proporcionalmente menor.

Al contrario de las muertes por lesiones autoinfligidas, las hospitalizaciones son más frecuentes en la mujer que el hombre.

Recomendación Indicadores

La mortalidad por suicidio en adolescentes es un indicador complejo de evaluar, dada la baja magnitud del problema en esta población (observada en los últimos años), particularmente al incluir al grupo de 10 a 14 años, y la dificultad para su evaluación a nivel regional.

Por otro lado, el indicador solo da cuenta del componente que alcanza mayor gravedad del problema de salud mental subyacente.

El indicador es dependiente de las medidas de prevención de suicidio, pero también del manejo que se realiza del caso cuando alcanza a tener atención de salud.

Algunas conclusiones y recomendaciones

Actividades POA

La planificación operativa aún no incorpora la totalidad de las acciones que son realizadas y orientadas en el Programa Nacional de Prevención del Suicidio.

Se recomienda que las actividades planificadas sean respaldadas por la evidencia científica, con el fin de maximizar y focalizar los recursos financieros y humanos en las intervenciones que realmente permitan conseguir los objetivos planteados.



**Ministerio de
Salud**

Gobierno de Chile