

Proyecto de ley, iniciado en Moción de los Honorables Senadores señora Rincón y señor Castro Prieto, que establece un marco legal integral para la prevención del suicidio y la promoción de la vida.

Esta moción ha sido elaborada considerando el respaldo técnico y social de la Fundación para la Prevención del Suicidio Adolescente Servicio a la Familia - Rescatando Vidas Chile, de la Red Iberoamericana de Suicidología y de diversas organizaciones comunitarias asociadas, lo que otorga a este texto una base sólida tanto en evidencia científica como en experiencia práctica.

En atención a la magnitud del problema y al consenso alcanzado en torno a la necesidad de una respuesta urgente, los senadores abajo firmantes estimamos de gran relevancia impulsar esta iniciativa, reconociendo que constituye una etapa trascendental para dar respuesta al aumento sostenido de las tasas de mortalidad por suicidio en Chile.

En consecuencia, este proyecto se presenta no sólo como una propuesta legislativa, sino como el resultado de un esfuerzo colaborativo entre la sociedad civil, la comunidad científica y el mundo parlamentario, con el fin de transformar la prevención del suicidio en una prioridad de Estado.

1. Introducción

El suicidio constituye una de las principales causas de muerte evitable en Chile y el mundo. De acuerdo con el Departamento de Estadísticas e Información en Salud (DEIS, 2024), en Chile se registran entre 1.800 y 2.100 muertes por suicidio anualmente, lo que lo posiciona como una de las primeras causas de muerte no natural en adolescentes y jóvenes. En contraste, durante 2024 se produjeron 38 femicidios (Ministerio de la Mujer y Equidad de Género, 2024), cifra ampliamente menor en comparación con el suicidio, que supera las 1.800 muertes.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2023) advierte que por cada muerte por

suicidio ocurren, en promedio, 20 intentos, lo que equivale en Chile a más de 36.000 personas al año. Este fenómeno produce un efecto dominó devastador en familias, comunidades y en la sociedad en su conjunto.

2. Justificación como problema social y público

Históricamente, el suicidio ha sido abordado desde la salud mental. Sin embargo, su carácter multicausal y multidimensional exige una respuesta más amplia. No todas las personas que mueren por suicidio presentan un trastorno psiquiátrico diagnosticado. Factores sociales, comunitarios, laborales, familiares, económicos, viales y espirituales son determinantes (World Health Organization [WHO], 2022).

Por ello, este proyecto de ley reconoce al suicidio como un problema social y de interés público a nivel nacional, sentando las bases para desarrollar en su discusión particular las normas que permitan una acción coordinada de los Ministerios de Salud, Educación, Desarrollo Social y Familia, Trabajo, Obras Públicas, Transportes, Vivienda, Mujer, Justicia e Interior, así como de municipios, universidades y organizaciones de la sociedad civil, dejando abierta la posibilidad de que cada sector desarrolle medidas e iniciativas específicas en el marco de esta declaración.

3. Impacto económico y social en Chile

Cada muerte por suicidio genera costos directos e indirectos: atención de emergencias, hospitalizaciones, tratamientos de salud, licencias médicas, pérdida de productividad laboral y programas de apoyo a familiares. Shepard et al. (2016) estiman que cada suicidio puede implicar pérdidas de entre 1 y 2 millones de dólares estadounidenses.

Aplicado a la realidad chilena (1.800-2.100 muertes anuales), el costo social supera los 3 billones de pesos chilenos al año, sin incluir los intentos y las autolesiones. Esto significa que Chile ya está gastando mucho más en las consecuencias que en la prevención.

Actualmente, la inversión estatal en prevención es fragmentada y reducida:

Plan Nacional de Prevención del Suicidio: recursos que en algunas regiones no superan los \$2 millones anuales.

*Línea de Emergencia 4141: aproximadamente 20 operadores telefónicos, con un costo anual de varios cientos de millones de pesos, pero sin cobertura integral ni derivación georreferenciada.

La desproporción es clara: Chile gasta más en reaccionar ante las consecuencias del suicidio que en prevenir su ocurrencia.

A lo anterior se suma el impacto intangible: el trauma psicológico en familiares y comunidades, que según estudios de la OMS puede extenderse a entre 5 y 10 personas cercanas por cada muerte. El suicidio, además, aumenta el riesgo de trastornos mentales, depresión y conductas suicidas en los sobrevivientes, lo que perpetúa el círculo del dolor y de los costos sociales.

Desde una perspectiva territorial, el peso económico y humano de cada suicidio recae también en los gobiernos locales, los sistemas educativos y las redes comunitarias, que no cuentan con recursos suficientes para sostener los programas de acompañamiento postvención.

La experiencia internacional demuestra que la inversión temprana en prevención genera un retorno económico significativo: países como Corea del Sur, Australia y Finlandia lograron reducir en más de un 20% sus tasas de suicidio en menos de una década gracias a planes nacionales de prevención con financiamiento adecuado, obteniendo ahorros superiores a los costos de implementación.

En consecuencia, invertir en prevención no solo salva vidas: también es económicamente racional y socialmente justo.

4. Comparación internacional y experiencias exitosas

La evidencia comparada demuestra que los países que han logrado reducir de manera sostenida sus tasas de suicidio lo han hecho mediante marcos normativos robustos,

acompañados de financiamiento garantizado, acciones multisectoriales y un sistema de monitoreo y evaluación permanente.

En Japón, la Ley de Medidas Generales de Prevención del Suicidio (2006) instauró un comité interministerial y un sistema nacional de monitoreo que articula a los distintos niveles de gobierno. Esta política permitió una reducción superior al 20% en la tasa de suicidio en la última década (Cabinet Office, Government of Japan, 2023).

Corea del Sur promulgó la Act on the Prevention of Suicide (2011), que estableció centros comunitarios, un sistema de respuesta de emergencia georreferenciado y medidas de prevención estructural tales como barreras físicas en puentes, control en la venta de pesticidas y mejoras en seguridad vial. El resultado ha sido la estabilización de la tasa de suicidio y una reducción significativa en los grupos de mayor riesgo (Korean Ministry of Health and Welfare, 2023).

En América Latina, Argentina dictó la Ley N.º 27.130 de Prevención del Suicidio (2015), que declaró esta problemática como de interés nacional, garantizó atención gratuita en todo el territorio y estableció la capacitación obligatoria de profesionales. Sin embargo, su implementación ha estado limitada por restricciones presupuestarias, lo que refuerza la importancia de acompañar la normativa con recursos suficientes.

Canadá, mediante el Federal Framework for Suicide Prevention (2012), articuló políticas entre provincias con especial énfasis en comunidades indígenas, incorporando financiamiento estable para programas comunitarios de acompañamiento y prevención (Government of Canada, 2023).

Australia ha impulsado una de las estrategias más ambiciosas con su National Suicide Prevention Strategy (2023), que fija como meta “cero muertes evitables”. Sus principales herramientas incluyen intervenciones tempranas en establecimientos educacionales, campañas permanentes de concientización y una fuerte inversión federal en salud mental (Australian Government, Department of Health, 2023).

De estas experiencias se desprende una conclusión inequívoca: la reducción sostenida de las tasas de suicidio requiere leyes robustas, financiamiento garantizado, acciones

intersectoriales y evaluación continua. Chile no puede quedar rezagado en esta materia. La evidencia internacional confirma que invertir en prevención salva vidas y representa un uso eficiente de los recursos públicos.

5. Inversión y sostenibilidad

El estudio pormenorizado, respaldado técnica y socialmente por la Fundación para la Prevención del Suicidio Adolescente Servicio a la Familia - Rescatando Vidas Chile, la Red Iberoamericana de Suicidología y diversas organizaciones comunitarias asociadas, ha permitido delinear una propuesta concreta de financiamiento sostenible para la prevención del suicidio en Chile. Esta propuesta constituye un insumo estratégico para el diseño de políticas públicas integrales, al articular evidencia científica, experiencias internacionales y el conocimiento de terreno de las comunidades afectadas.

Con el propósito de ¡ustrar los alcances y la operatividad del proyecto, se presentan a continuación los lineamientos centrales, sobre los cuales inciden materias de iniciativa exclusiva del Ejecutivo, conforme a la normativa vigente. A saber:

- Creación del Fondo Nacional de Prevención del Suicidio

Se propone la creación de un Fondo Nacional de Prevención del Suicidio, con un piso inicial de \$5.000 millones de pesos anuales, indexado a la inflación, asegurando así su continuidad y pertinencia en el tiempo.

- Mecanismo de incentivo vinculado a resultados

El presupuesto del Fondo aumentará de manera proporcional a la reducción de la tasa nacional de suicidios. Por ejemplo, una disminución del 10% en la tasa implicará automáticamente un incremento del 10% en los recursos destinados, lo que alinea el financiamiento con los resultados y promueve la eficacia de las intervenciones.

- Fuentes de financiamiento diversificadas

El Fondo podrá recibir aportes provenientes de:

- Presupuesto nacional mediante partidas interministeriales (Salud, Educación, Interior, Desarrollo Social, Mujer y Equidad de Género).
- Fondos regionales como FNDR, BIP y SUBDERE, garantizando que los gobiernos regionales puedan reforzar sus estrategias locales.
- Cooperación internacional, aprovechando los instrumentos multilaterales de salud mental y prevención de la violencia, así como convenios con organismos internacionales (OPS, OMS, BID, Banco Mundial).
 - No sobrecarga municipal

Se establece expresamente que el financiamiento no recaerá sobre los municipios, evitando replicar inequidades territoriales en la asignación de recursos. Se propone un modelo de cobertura similar al implementado por JUNJI y el Ministerio de la Mujer y Equidad de Género, con recursos centralizados y ejecución territorial mediante programas estandarizados, asegurando calidad y homogeneidad en la cobertura nacional.

6. IDEA MATRIZ

La idea matriz de este proyecto se centra en establecer las bases para desarrollar un sistema nacional integral de prevención del suicidio, considerando especialmente aquellas materias susceptibles de ser promovidas mediante iniciativa parlamentaria, con el objeto sea complementadas durante su tramitación, en, a lo menos, las siguientes estructuras y enfoques estratégicos:

- a. Prevención temprana desde la primera infancia: implementación de programas educativos en salas cuna y establecimientos escolares que fomenten habilidades socioemocionales, autogestión emocional, resolución de conflictos, hábitos de alimentación saludable y ejercicio físico, contribuyendo a la formación de capacidades de resiliencia desde la infancia.
- b. Centros REFUGIO en todas las regiones: desarrollo de dispositivos

especializados de atención directa para adolescentes y jóvenes, proporcionando apoyo psicológico, social y educativo. Estos centros constituyen espacios de acompañamiento seguro y recuperación, articulados con redes comunitarias y sistemas educativos, sin requerir cambios legislativos de iniciativa exclusiva.

c. Sistema Nacional de Emergencia georreferenciado: modernización de los mecanismos de atención ante crisis mediante plataformas de derivación inmediata, integrando recursos existentes de salud, bomberos y seguridad, de manera que la coordinación operativa se realice dentro de los márgenes normativos ya establecidos.

d. Prevención estructural y vial: realización de auditorías periódicas de infraestructura crítica y control de acceso a medios letales, incluyendo puentes, carreteras y edificaciones públicas, como medida de mitigación de riesgos ambientales.

e. . Capacitación obligatoria de líderes comunitarios, escolares y religiosos: formación sistemática de referentes comunitarios y educativos como “guardadores de vida”, capaces de identificar señales de alerta, ofrecer acompañamiento inicial y derivar a servicios especializados.

f. . Observatorio Nacional Público: desarrollo de una plataforma web de acceso público con registro de incidentes, estadísticas, guías de ayuda y conexión con recursos de apoyo. Este observatorio permite monitorear resultados, generar evidencia para la toma de decisiones y orientar la planificación de programas preventivos, sin necesidad de modificar leyes de iniciativa exclusiva.

7. Visión y proyección

El óptimo de esta iniciativa legal se centra en la instalación de un piso básico de financiamiento y en la creación de una estructura de gobernanza interministerial, destinada a garantizar la sostenibilidad de las acciones de prevención del suicidio en el país. Su diseño se orienta a la obtención de resultados verificables, transparentes y evaluables, promoviendo la eficiencia y la responsabilidad en la utilización de los recursos públicos.

Dentro de esta proyección estratégica, se contempla la transformación progresiva de los

Centros REFUGIO en Centros Especializados de Atención a la Conducta Suicida, con una implementación gradual estimada en un plazo de cinco años, consolidando un modelo integral de atención, acompañamiento y recuperación.

Con la puesta en marcha de este proyecto, Chile no solo dará una respuesta concreta al sufrimiento de miles de personas y familias afectadas, sino que también se posicionará como un país referente en prevención del suicidio a nivel internacional, alineándose con las mejores prácticas observadas en países como Japón, Corea del Sur, Canadá y Australia.

Se enfatiza que este marco normativo se establece desde la iniciativa exclusiva del Ejecutivo, asegurando la legalidad y la coherencia con la normativa vigente, sin perjuicio de la participación activa de organismos técnicos, sociedad civil y comunidades en la implementación de los programas y mecanismos de seguimiento.

8. Contenido propuesta elaborada por la Fundación para la Prevención del Suicidio Adolescente Servicio a la Familia - Rescatando Vidas Chile, de la Red Iberoamericana de Suicidología y de diversas organizaciones comunitarias

A modo de ilustración se describen cada una de las normas que se espera contenga esta Política Nacional de Prevención del Suicidio y Promoción Integral de la Vida:

PROYECTO DE LEY NACIONAL DE PREVENCIÓN DEL SUICIDIO Y PROMOCIÓN INTEGRAL DE LA

VIDA

TÍTULO I. DISPOSICIONES GENERALES

Objeto de la ley.

La presente ley tiene por objeto establecer un marco legal integral para la prevención del suicidio, la promoción de la vida y la creación de mecanismos de intervención, postvención y acompañamiento a nivel nacional.

Carácter de problema social y público.

El suicidio se reconoce como un problema social y público, multicausal, multifactorial y multidimensional, que puede afectar a cualquier persona sin distinción, y no exclusivamente a quienes presentan un trastorno mental (World Health Organization [WHO], 2014).

Principios rectores.

La implementación de esta ley se regirá por los siguientes principios:

- a) Dignidad y derechos humanos.
- b) Prevención integral e intersectorialidad.
- c) No estigmatización y uso de lenguaje respetuoso.
- d) Participación comunitaria e inclusión.
- e) Enfoque de ciclo vital y diversidad cultural.

TÍTULO II. SECRETARÍA NACIONAL DE PREVENCIÓN DEL SUICIDIO

Creación de la Secretaría.

Créase la Secretaría Nacional de Prevención del Suicidio como órgano autónomo, dependiente del Estado, responsable de coordinar, ejecutar y supervisar las políticas, planes y programas de prevención del suicidio.

Funciones de la Secretaría.

Corresponderá a la Secretaría:

- a) Diseñar y coordinar el Plan Nacional de Prevención del Suicidio.
- b) Supervisar el funcionamiento del Fono de Emergencia *4141 y sus dispositivos mejorados de georreferencia.
- c) Establecer protocolos estandarizados de intervención, derivación y postvención
- d) Rendir cuenta pública anual de su gestión y financiamiento al Congreso Nacional y a la Contraloría General de la República.

Secretaría Técnica.

La Secretaría contará con una Secretaría Técnica integrada por expertos nacionales e internacionales en suicidología, salud mental, ciencias sociales y jurídicas, cuya misión será asesorar las decisiones estratégicas basadas en evidencia científica (O'Connor&Kirtley, 2018; WHIO, 2014).

TÍTULO III. FONDO NACIONAL DE PREVENCIÓN DEL SUICIDIO

Creación del Fondo.

Créase el Fondo Nacional de Prevención del Suicidio, con un presupuesto inicial de \$5.000 millones de pesos chilenos, como piso básico para su implementación.

Objetivos del Fondo.

El Fondo financiará:

- a) Centros Refugio y programas y centros de prevención y acompañamiento.
- b) La capacitación de profesionales, líderes comunitarios y religiosos (gatekeepers).
- c) Las campañas de prevención y comunicación pública responsable.
- d) La investigación aplicada, evaluación y funcionamiento del Observatorio Nacional.

Fuentes de financiamiento.

El Fondo se nutrirá de:

- a) Aportes fiscales ordinarios y extraordinarios.
- b) Fondos sectoriales y de ministerios vinculados Salud, Educación, Trabajo, Obras Públicas y Desarrollo Social.
- c) Fondos y /o aportes internacionales y convenios de cooperación.
- d) Fondos concursables de organismos multilaterales (Banco Mundial, BID, ONU, Otros.).

Administración. Transparencia y rendición de cuentas.

La administración del Fondo será responsabilidad de la Secretaría, con un Departamento

de Finanzas y Auditoría Interna encargado de asegurar la transparencia y la rendición de cuentas al Congreso Nacional y a la Contraloría General de la República.

Cobertura FONASA según tramos de vulnerabilidad.

El Fondo Nacional de Salud (FONASA) garantizará la cobertura progresiva y equitativa de todas las prestaciones derivadas de la presente ley, incluyendo la atención en crisis suicida, hospitalización, intervenciones ambulatorias, terapias psicológicas y programas de prevención en los Centros REFUGIO, bajo el principio de que el Estado debe subsidiar la protección de la vida como un bien superior de interés público (World Health Organization [WHO], 2014).

a) Para las personas pertenecientes al 40% más vulnerable del Registro Social de Hogares (RSH), la cobertura será total y gratuita (100%), asegurando el acceso universal a todas las atenciones clínicas, psicosociales y hospitalarias relacionadas con la conducta suicida.

b) Para las personas pertenecientes a tramos superiores del RSH, la cobertura será determinada de manera gradual y proporcional, conforme al siguiente esquema:

Tramo 41-50%: 90% de cobertura.

Tramo 51-60%: 80% de cobertura.

Tramo 61-70%: 70% de cobertura.

Tramo 71-80%: 60% de cobertura.

Tramo 81-90%: 50% de cobertura.

Tramo 91-100%: 40% de cobertura.

c) Estas prestaciones se aplicarán tanto a la atención clínica de urgencia como a la intervención psicosocial, medicamentos asociados, derivaciones garantizadas desde el Protocolo REFUGIO y terapias en Centros REFUGIO.

d) La Secretaría Nacional de Prevención del Suicidio, en coordinación con FONASA, revisará cada cinco años la progresividad de los tramos de cobertura, a fin de adecuarlos a la realidad socioeconómica del país y garantizar la equidad social en el acceso a la atención en conducta suicida (Ministerio de Salud de Chile, 2023; Zalsman et al., 2016).

TÍTULO IV. DISPOSITIVOS Y PROGRAMAS CAPÍTULO I. CENTROS REFUGIO

Creación de los Centros.

Se crearán los Centros REFUGIO en cada región del país, destinados a la prevención, intervención y postvención de la conducta suicida.

Carácter de los Centros.

Los Centros REFUGIO serán dispositivos transitorios, con proyección de transformarse en centros especializados universales en conducta suicida.

Población prioritaria.

En una primera etapa, los Centros REFUGIO atenderán prioritariamente a adolescentes y jóvenes, dada la alta incidencia de suicidio en este grupo etario, ampliándose progresivamente a toda la población.

Capacidad de atención.

Cada centro tendrá capacidad aproximada para atender entre 40 y 80 personas en modalidad intensiva por año, asegurando calidad y seguimiento.

Prestaciones básicas de los Centros REFUGIO.

Los Centros REFUGIO deberán proveer, al menos, las siguientes prestaciones:

- a) Evaluación integral del riesgo suicida, con entrevistas clínicas y escalas validadas (Posner et al., 2011).
- b) Intervención terapéutica breve en crisis y prevención, con protocolos basados en terapia cognitive- conductual breve (Rudd et al., 2015).
- c) Talleres de regulación emocional y afrontamiento adaptativo, incluyendo actividades artísticas, deportivas y vocacionales.
- d) Trabajo con familias y comunidad, con psicoeducación y fortalecimiento de vínculos.
- e) Acompañamiento espiritual y cultural, de carácter voluntario, respetando la diversidad de credos.
- f) Derivación inmediata bajo Protocolo REFUGIO, asegurando atención

hospitalaria y sin listas de espera, mediante el sistema 911 georreferencial (Ministerio de Salud de España, 2020).

- g) Plan de seguridad individualizado, diseñado junto a la persona y su familia (Stanley&Brown, 2012).
- h) Seguimiento y contactos de cuidado posteriores (Motto&Bostrom, 2001).
- i) Alimentación saludable y promoción de actividad física, en coordinación con JUNAEB y MINEDUC.
- j) Prevención y acompañamiento en duelo, mediante grupos de ayuda mutua para supervivientes (Andriessen et al., 2019).
- k) Capacitación y empoderamiento juvenil, formando líderes pares en prevención.
- l) Registro sistemático y observación, con reporte al Observatorio Nacional.

Construcción y arriendo.

Los Centros REFUGIO se implementarán siguiendo un modelo progresivo de infraestructura:

- a) En la etapa inicial podrán operar en inmuebles arrendados, adecuados a las normas de seguridad y habitabilidad.
- b) A mediano plazo, se establecerá un plan nacional de construcción de infraestructura propia, siguiendo el modelo utilizado por JUNJI para la edificación de jardines infantiles (Ministerio de Educación de Chile, 2022).
- c) La priorización regional de construcción se basará en indicadores de tasa de suicidio y vulnerabilidad social.

Redes de apoyo.

Los Centros REFUGIO deberán articularse con:

- a) Universidades y centros académicos, para apoyo en investigación y formación de profesionales.
- b) Municipios y servicios sociales locales, para la coordinación comunitaria.
- c) Organizaciones comunitarias y de la sociedad civil, que aporten en prevención y acompañamiento.
- d) Líderes religiosos y culturales previamente capacitados como gatekeepers, que

participen en procesos de apoyo comunitario y contención espiritual.

CAPÍTULO II. SISTEMA NACIONAL DE EMERGENCIA Y RESPUESTA A CRISIS SUICIDA

Fono de Emergencia *4141.

El Fono 4141 será integrado a un sistema de respuesta estilo 911, con georreferencia y coordinación inmediata con ambulancias, bomberos y Carabineros de Chile.

Operadores y supervisión.

El sistema será atendido por profesionales especializados en crisis suicidas, con formación continua y supervisión clínica constante y salarios acordes a la función pública, asegurando los estándares internacionales de calidad. (Jobes, 2016).

CAPÍTULO III. PROTOCOLO REFUGIO DE DERIVACIÓN Y CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN

Creación del Protocolo REFUGIO.

Se establece el Protocolo REFUGIO de Derivación y Continuidad de la Atención, obligatorio en todo el territorio nacional.

Activación.

El Protocolo se activará:

- a) Cuando una persona atendida en un Centro REFUGIO presente riesgo suicida alto.
- b) Cuando el sistema *4141 reciba una alerta de intento de suicidio en curso.

Código REFUGIO 100.

Se instituye el Código REFUGIO 100, (inspirado en el programa “Código 100” lanzado en 2012 por el SAMUR de Madrid en coordinación con la Fundación Jiménez Díaz, el

cual asegura que las personas con ideación e intentos suicidas reciban apoyo inmediato, traslado hospitalario garantizado y seguimiento clínico prolongado), obligando la activación inmediata de ambulancias con dotación médica y un profesional en salud mental en situaciones de emergencia suicida (López-Castromán et al., 2015; Ayuntamiento de Madrid, 2012)

Derivación garantizada.

Toda persona bajo el Protocolo REFUGIO será trasladada a un dispositivo hospitalario con garantía de atención inmediata y sin listas de espera (WHO, 2014; Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan, 2019).

Seguimiento.

El Protocolo incluirá seguimiento post-crisis mediante contactos de cuidado, reinserción en Centros REFUGIO y notificación al Observatorio Nacional (Motto&Bostrom, 2001).

Coordinación interinstitucional.

La Secretaría implementará el Protocolo en coordinación con SAMU, Ministerio de Salud, Carabineros y Bomberos, asegurando trazabilidad y continuidad clínica.

CAPÍTULO IV. EDUCACIÓN Y CAPACITACIÓN

Educación emocional.

Desde la educación parvularia se incluirá en el currículo la enseñanza de autogestión emocional, afrontamiento adaptativo, resolución de problemas, alimentación saludable y ejercicio (Whitlock et al., 2013).

Capacitación de gatekeepers.

Se establecerá un programa nacional de formación de gatekeepers escolares, comunitarios y religiosos, financiado con recursos del Fondo y ejecutado junto a universidades acreditadas (QPR Institute, 2016).

TÍTULO V. OBSERVATORIO NACIONAL DE PREVENCIÓN DEL SUICIDIO.

Creación del Observatorio.

Créase el Observatorio Nacional de Prevención del Suicidio, como plataforma pública y digital de acceso universal.

Funciones del Observatorio.

- a) Recolectar y publicar datos en tiempo real sobre muertes, intentos y autolesiones.
- b) Elaborar informes estadísticos nacionales e internacionales.
- c) Desarrollar materiales educativos, guías y capacitaciones abiertas a la ciudadanía.

Transparencia y acceso público.

El Observatorio deberá garantizar acceso libre a la información y generar informes anuales entregados al Congreso Nacional.

TÍTULO VI. GLOSARIO DE TÉRMINOS

Suicidio: Acto mediante el cual una persona, de forma intencional y consciente, provoca su propia muerte (Joiner, 2005).

Conducta suicida: Conjunto de manifestaciones que abarcan la ideación, planificación, intento y suicidio consumado, entendidas como procesos multicausales e influenciados por factores de riesgo y protectores (O'Connor & Kirtley, 2018).

Ideación suicida: Presencia de pensamientos, imágenes o deseos de morir, que varían en intensidad, frecuencia y nivel de elaboración (Beck et al., 1979).

Plan suicida e intención: El plan corresponde a la organización concreta de método, lugar y momento, mientras que la intención refleja el propósito deliberado de morir, evaluándose en conjunto con la accesibilidad y letalidad del medio (Joiner, 2005).

Intento suicida: Conducta autoinfligida con intención de provocar la propia muerte, que no resulta en fallecimiento. Se diferencia de la autolesión no suicida por la

intencionalidad (WHO, 2014).

Autolesiones: Cualquier conducta deliberada de hacerse daño a sí mismo.

Autolesión no suicida: Daño intencional sin intención de morir, generalmente asociado a la regulación emocional. Aunque no busca la muerte, se asocia a mayor riesgo futuro de intentos suicidas (Whitlock et al., 2013).

Autolesión con intención suicida: Corresponde a intentos de suicidio, en los que existe intencionalidad de provocar la propia muerte (WHO, 2014).

Sobrevivientes: Personas que han sobrevivido a un intento de suicidio y requieren apoyo, acompañamiento y seguimiento prioritario (WHO, 2014).

Supervivientes: Familiares, amistades y comunidades que han perdido a un ser querido por suicidio, enfrentando un duelo complejo y con riesgo elevado de problemas de salud mental (Andriessen et al., 2019).

Prevención: Acciones universales, selectivas e indicadas que buscan reducir la incidencia de conductas suicidas, fortaleciendo resiliencia y apoyo social (WHO, 2014).

Intervención: Acciones inmediatas para contener una crisis suicida, incluyendo medidas clínicas, comunitarias y de emergencia (Jobes, 2016).

Postvención: Acompañamiento y contención emocional a supervivientes tras un suicidio, reduciendo impacto traumático y riesgo de contagio (Andriessen et al., 2019).

Evaluación de la conducta suicida: Proceso sistemático que combina juicio clínico y herramientas estandarizadas, como la Columbia Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS) (Posner et al., 2011).

Factores de riesgo: Características personales, clínicas y sociales que aumentan la probabilidad de suicidio, como intentos previos, trastornos mentales y acceso a medios letales (WHO, 2014).

Factores protectores: Recursos individuales, familiares y sociales que disminuyen el riesgo, como proyectos de vida, apoyo comunitario o espiritualidad (Ribeiro et al., 2018).

Señales de alerta: Indicadores inmediatos de riesgo, tales como verbalizaciones de muerte, despedidas o conductas de preparación (Rudd et al., 2015).

Lenguaje no estigmatizante: Uso de términos respetuosos que evitan culpabilizar o criminalizar, siguiendo guías internacionales (WHO, 2017).

Conducta parasuicida: Término históricamente usado para describir autolesiones o intentos de baja letalidad. Actualmente se considera obsoleto y estigmatizante, y debe evitarse en la práctica clínica (Maris, Berman & Silverman, 2000).

Estigma: Prejuicios, atribuciones negativas y discriminación hacia personas en riesgo suicida, sus familias o supervivientes, que obstaculizan la búsqueda de ayuda (WHO, 2014).

Tabú: Silencio social o prohibición cultural frente al suicidio, que limita la prevención y la apertura del diálogo (WHO, 2014).

Reduccionismo: Enfoque simplista que atribuye el suicidio a una única causa (ej. enfermedad mental o pobreza), sin considerar su carácter multifactorial. Debe evitarse en favor de aproximaciones integrales (O'Connor & Kirtley, 2018).

Efecto Werther: Aumento de suicidios tras coberturas mediáticas sensacionalistas o detalladas de casos (Phillips, 1974).

Efecto Papageno: Reducción del riesgo suicida cuando los medios difunden historias de afrontamiento, recuperación y búsqueda de ayuda (Niederkrötenhaller et al., 2010).

Agrupamiento o cluster de suicidios: Concentración temporal o espacial de casos de suicidio superior a lo esperado, que requiere respuesta pública coordinada (WHO, 2014).

Restricción de medios letales: Medidas para limitar acceso a métodos de alta letalidad, reconocidas como estrategia preventiva eficaz (Zalsman et al., 2016).

Plan de seguridad: Herramienta colaborativa que integra señales de riesgo, estrategias de afrontamiento, contactos de apoyo y acceso a servicios de emergencia (Stanley & Brown, 2012).

Contactos de cuidado: Seguimiento proactivo tras una crisis o intento mediante llamadas o mensajes breves, que reduce reincidencia (Motto & Bostrom, 2001).

Gatekeeper: Persona entrenada para identificar riesgo, brindar apoyo inicial y derivar a servicios especializados (QPR Institute, 2016).

Centros REFUGIO: Dispositivos comunitarios transitorios para la prevención, intervención y postvención, con proyección hacia atención especializada universal.

Observatorio Nacional de Prevención del Suicidio: Instancia pública para recopilar y difundir datos en tiempo real, así como guías y recursos de ayuda.

Derivación inmediata: Procedimiento mediante el cual una persona en riesgo alto es conectada sin dilación con servicios clínicos y de emergencia (Stanley & Brown, 2012).

Modelos teóricos contemporáneos.

- Teoría Interpersonal del Suicidio (Joiner, 2005).
- Modelo Motivacional-Volicional (IMV) (O'Connor & Kirtley, 2018).

- Manejo Colaborativo de la Suicidalidad (CAMS) (Jobes, 2016).
- Marco Zero Suicide (Bryan&Rudd, 2018).

TÍTULO VII DISPOSICIONES TRANSITORIAS

Implementación progresiva.

La implementación de la presente ley se realizará de manera progresiva, estableciéndose fases claras de ejecución. Durante el primer año se constituirá la Secretaría Nacional de Prevención del Suicidio y el Fondo Nacional de Prevención del Suicidio. En el segundo año, se iniciará la puesta en marcha de los Centros REFUGIO piloto en cada macrozona del país, avanzando posteriormente hacia la cobertura regional completa.

Reglamentos intersectoriales.

En un plazo máximo de seis meses desde la publicación de la presente ley en el Diario Oficial, deberán dictarse los reglamentos necesarios para su ejecución.

Los reglamentos serán elaborados y coordinados por la Secretaría Nacional de Prevención del Suicidio, con participación de la Red Iberoamericana de Suicidología y de un comité asesor de expertos suicidólogos nacionales e internacionales, en conjunto con los siguientes ministerios y organismos públicos: Ministerio de Desarrollo Social y Familia; Ministerio de Salud; Ministerio de Educación; Ministerio del Trabajo y Previsión Social; Ministerio de Obras Públicas; Ministerio de la Mujer y Equidad de Género; Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia (Mejor Niñez); Instituto Nacional de la Juventud (INJUV); Junta Nacional de Jardines Infantiles (JUNJI); y Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas (JUNAEB).

Los reglamentos deberán definir, al menos:

- a) Los estándares de funcionamiento de los Centros REFUGIO.
- b) Los protocolos del Protocolo REFUGIO de Derivación y Continuidad de la Atención.
- c) Los mecanismos de financiamiento intersectorial.

- d) La articulación con municipios, universidades y organizaciones sociales.
- e) La inclusión de programas de educación emocional, prevención comunitaria y acompañamiento familiar.

Evaluación quinquenal.

La Secretaría Nacional de Prevención del Suicidio deberá realizar una evaluación integral del cumplimiento de esta ley cada cinco años, mediante informes técnicos entregados al Congreso Nacional. Estos informes deberán incluir indicadores de impacto, reducción de tasas de suicidio y análisis costo-beneficio, siguiendo metodologías internacionales (Zalsman et al., 2016).

Asignación presupuestaria inicial.

El Ministerio de Hacienda deberá contemplar, en la Ley de Presupuestos del año siguiente a la publicación de esta ley, la provisión de recursos necesarios para dar inicio inmediato al Fondo Nacional de Prevención del Suicidio, garantizando la sostenibilidad financiera inicial.

Plan piloto de Centros REFUGIO.

Dentro de los 12 meses siguientes a la entrada en vigencia de la presente ley, la Secretaría Nacional implementará al menos un Centro REFUGIO piloto en cada macrozona del país (Norte, Centro, Sur y Austral), con el fin de evaluar su funcionamiento y generar aprendizajes previos a la expansión nacional (Ministerio de Salud de Chile, 2023).

Integración del personal actual.

El personal contratado actualmente en programas de prevención del suicidio, en el Fondo de Emergencia 4141 y en planes regionales podrá ser traspasado a la Secretaría Nacional de Prevención del Suicidio, respetando sus derechos laborales, estabilidad y condiciones contractuales.

Reglamentación interministerial.

Los ministerios de Salud, Educación, Trabajo, Obras Públicas, Desarrollo Social y Mujer y Equidad de Género deberán dictar en conjunto, en un plazo máximo de 12 meses, los reglamentos necesarios para la coordinación intersectorial de esta ley, garantizando un enfoque integral y no reducido únicamente a salud.

Evaluación internacional comparada.

Dentro de los tres primeros años de implementación, la Secretaría Nacional de Prevención del Suicidio, junto al Observatorio Nacional, deberá encargarse de una evaluación internacional comparativa, tomando como referencia buenas prácticas y marcos normativos de países como Japón, Corea del Sur y Argentina, a fin de garantizar la actualización permanente de la política nacional (Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan, 2019; Kwon et al., 2020).

Lo anterior, comprende las siguientes referencias bibliográficas:

- Andriessen, K., Krysinska, K., Hill, N. T., Reifels, L., Robinson, J., Reaviey, N., & Pirkis, J. (2019). Effectiveness of interventions for people bereaved through suicide: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 243, 463-473. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.09.047>
- Ayuntamiento de Madrid. (2012). *Proyecto de actuación coordinada para la prevención del suicidio: SAMUR-Protección Civil - Fundación Jiménez Díaz, denominado Código 100*. Madrid: SAMUR-Protección Civil.
- Beck, A. T., Kovacs, M., & Weissman, A. (1979). Assessment of suicidal intention: The Scale for Suicide Ideation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47(2), 343-352. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.47.2.343>
- Bryan, C. J., & Rudd, M. D. (2018). *Brief cognitive-behavioral therapy for suicide prevention*. Guilford Press.
- Jobes, D. A. (2016). *Managing suicidal risk: A collaborative approach* (2nd ed.). Guilford Press.
- Joiner, T. E. (2005). *Why people die by suicide*. Harvard University Press.
- López-Castromán, J., Méndez-Bustos, P., Pérez-Fominaya, M., Borrego Vioria,

- L, Ibarra Zamorano, M. J., Molina, C. A., ... Baca-García, E. (2015). Código 100: a study on suicidal behavior in public places. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 43(4), 142-148.
- Maris, R. W., Berman, A. L., BL Silverman, M. M. (2000). *Comprehensive textbook of suicidology*. Guilford Press.
 - Motto, J. A., BL Bostrom, A. G. (2001). A randomized controlled trial of postcrisis suicide prevention. *Psychiatric Services*, 52(6), 828-833. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.52.6.828>
 - Niederkrotenthaler, T., Voracek, M., Herberth, A., Till, B., Strauss, M., Etzersdorfer, E., Eisenwort, B., BL Sonneck, G. (2010). Role of media reports in completed and prevented suicide: Werther vs. Papageno effects. *The British Journal of Psychiatry*, 197(3), 234-243. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.109.074633>
 - O'Connor, R. C., BL Kirtley, O. J. (2018). The integrated motivational-volitional model of suicidal behaviour. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, 373(1754), 20170268. <https://doi.org/10.1098/rstb.2017.0268>
 - Phillips, D. P. (1974). The influence of suggestion on suicide: Substantive and theoretical implications of the Werther effect. *American Sociological Review*, 39(3), 340-354. <https://doi.org/10.2307/2094294>
 - Posner, K., Brown, G. K., Stanley, B., Brent, D. A., Yershova, K. V., Oquendo, M. A., Currier, G. W., Melvin, G. A., Greenhill, L, Shen, S., BL Mann, J. J. (2011). The Columbia-Suicide Severity Rating Scale: Initial validity and internal consistency findings. *The American Journal of Psychiatry*, 168(n), 1266-1277. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2011.10111704>
 - QPR Institute. (2016). *QPR Gatekeeper Training for Suicide Prevention*. Spokane, WA: QPR Institute.

PROYECTO DE LEY
“PROYECTO DE LEY NACIONAL DE PREVENCIÓN DEL SUICIDIO Y
PROMOCIÓN INTEGRAL DE LA VIDA”

TÍTULO I. DISPOSICIONES GENERALES

Artículo 1. Objeto de la ley.

La presente ley tiene por objeto establecer un marco legal integral para la prevención del suicidio, la promoción de la vida y la creación de mecanismos de intervención, postvención y acompañamiento a nivel nacional.

Artículo 2. Carácter de problema social y público.

El suicidio se reconoce como un problema social y público, multicausal, multifactorial y multidimensional, que puede afectar a cualquier persona sin distinción, y no exclusivamente a quienes presentan un trastorno mental.

Artículo 3. Principios rectores.

La implementación de esta ley se regirá por los siguientes principios:

- a) Dignidad y derechos humanos.
- b) Prevención integral e intersectorialidad.
- c) No estigmatización y uso de lenguaje respetuoso.
- d) Participación comunitaria e inclusión.
- e) Enfoque de ciclo vital y diversidad cultural.

TÍTULO II. DISPOSITIVOS Y PROGRAMAS **CAPÍTULO I. CENTROS**
REFUGIO

Artículo 4. De los Centros de Refugio.

Se considerarán Centros de Refugio los centros de atención de conductas suicidas que brinden contención, asistencia inmediata y derivación a servicios especializados, garantizando atención oportuna a personas en riesgo.

CAPÍTULO I. SISTEMA NACIONAL DE EMERGENCIA Y RESPUESTA A CRISIS SUICIDA

Artículo 5. Fono de Emergencia.

Para efectos de la coordinación de emergencias en situaciones de riesgo suicida, se reconoce el fono de emergencia gratuito que actualmente dispone el Ministerio de Salud, identificable como *4141, disponible los siete días de la semana, las 24 horas del día, a través del cual las personas que enfrenten una emergencia o crisis de salud mental asociada al suicidio podrán comunicarse con profesionales de la psicología especialmente capacitados, quienes brindarán escucha activa, contención y orientación inmediata.

CAPÍTULO II. PROTOCOLO REFUGIO DE DERIVACIÓN Y CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN

Artículo 6. Creación del Protocolo REFUGIO.

Se entenderá un Protocolo de Refugio aquel que responda a una persona que presente riesgo suicida alto, detectado en un Centro REFUGIO o a través del fono de emergencia con el objeto de que sea derivado con urgencia para su atención.

CAPÍTULO III. EDUCACIÓN Y CAPACITACIÓN

Artículo 7. Educación emocional.

La enseñanza de autogestión emocional, afrontamiento adaptativo, resolución de problemas, alimentación saludable y promoción de la actividad física contribuye a fortalecer la detección temprana de situaciones de riesgo y a brindar orientación adecuada, en el marco de la prevención y el cuidado integral de la salud mental, utilizando los recursos disponibles para su implementación.

TÍTULO III. OBSERVATORIO NACIONAL DE PREVENCIÓN DEL SUICIDIO.

Artículo 8. Del Observatorio.

Los Observatorios de Prevención del Suicidio colaboran como plataformas digitales de acceso público y universal, recopilando y publicando datos en tiempo real sobre muertes, intentos y autolesiones, elaborando informes estadísticos nacionales e internacionales, y desarrollando materiales educativos, guías y capacitaciones abiertas a la ciudadanía. Asimismo, se han entendido como herramientas que permiten dar transparencia mediante acceso libre a la información y la entrega de informes anuales, contribuyendo a la prevención y al conocimiento integral del fenómeno.

TÍTULO IV. DEFINICIONES

Artículo 9. Definiciones:

- a) Suicidio. Acto mediante el cual una persona, de forma intencional y consciente, provoca su propia muerte.
- b) Conducta suicida. Conjunto de manifestaciones que abarcan la ideación, planificación, intento y suicidio consumado, entendidas como procesos multicausales e influenciados por factores de riesgo y protectores.
- c) Ideación suicida. Presencia de pensamientos, imágenes o deseos de morir, que varían en intensidad, frecuencia y nivel de elaboración.
- d) Plan suicida e intención. El plan corresponde a la organización concreta de método, lugar y momento, mientras que la intención refleja el propósito deliberado de morir, evaluándose en conjunto con la accesibilidad y letalidad del medio.
- e) Intento suicida. Conducta autoinfligida con intención de provocar la propia muerte, que no resulta en fallecimiento. Se diferencia de la autolesión no suicida por la intencionalidad.
- f) Autolesiones. Cualquier conducta deliberada de hacerse daño a sí mismo.
- g) Autolesión no suicida: Daño intencional sin intención de morir, generalmente asociado a la regulación emocional. Aunque no busca la muerte, se asocia a mayor riesgo futuro de intentos suicidas.
- h) Autolesión con intención suicida: Corresponde a intentos de suicidio, en los que existe intencionalidad de provocar la propia muerte.
- i) Sobrevivientes. Personas que han sobrevivido a un intento de suicidio y requieren apoyo, acompañamiento y seguimiento prioritario.
- j) Supervivientes. Familiares, amistades y comunidades que han perdido a un ser querido por suicidio, enfrentando un duelo complejo y con riesgo elevado de problemas

de salud mental.

- k) Prevención. Acciones universales, selectivas e indicadas que buscan reducir la incidencia de conductas suicidas, fortaleciendo resiliencia y apoyo social.
- l) Intervención. Acciones inmediatas para contener una crisis suicida, incluyendo medidas clínicas, comunitarias y de emergencia.
- m) Postvención. Acompañamiento y contención emocional a supervivientes tras un suicidio, reduciendo impacto traumático y riesgo de contagio.
- n) Evaluación de la conducta suicida. Proceso sistemático que combina juicio clínico y herramientas estandarizadas.
- o) Factores de riesgo. Características personales, clínicas y sociales que aumentan la probabilidad de suicidio, como intentos previos, trastornos mentales y acceso a medios letales.
- p) Factores protectores. Recursos individuales, familiares y sociales que disminuyen el riesgo, como proyectos de vida, apoyo comunitario o espiritualidad
- q) Señales de alerta. Indicadores inmediatos de riesgo, tales como verbalizaciones de muerte, despedidas o conductas de preparación.
- r) Lenguaje no estigmatizante. Uso de términos respetuosos que evitan culpabilizar o criminalizar, siguiendo guías internacionales.
- s) Conducta parasuicida. Término históricamente usado para describir autolesiones o intentos de baja letalidad. Actualmente se considera obsoleto y estigmatizante, y debe evitarse en la práctica clínica.
- t) Estigma. Prejuicios, atribuciones negativas y discriminación hacia personas en riesgo suicida, sus familias o supervivientes, que obstaculizan la búsqueda de ayuda.
- u) Tabú. Silencio social o prohibición cultural frente al suicidio, que limita la prevención y la apertura del diálogo.
- v) Reduccionismo. Enfoque simplista que atribuye el suicidio a una única causa (ej. enfermedad mental o pobreza), sin considerar su carácter multifactorial. Debe evitarse en favor de aproximaciones integrales.
- w) Efecto Werther. Aumento de suicidios tras coberturas mediáticas sensacionalistas o detalladas de casos.
- x) Efecto Papageno. Reducción del riesgo suicida cuando los medios difunden historias de afrontamiento, recuperación y búsqueda de ayuda.
- y) Agrupamiento o cluster de suicidios. Concentración temporal o espacial de casos de suicidio superior a lo esperado, que requiere respuesta pública coordinada.

z) Restricción de medios letales. Medidas para limitar acceso a métodos de alta letalidad, reconocidas como estrategia preventiva eficaz.

aa) Plan de seguridad. Herramienta colaborativa que integra señales de riesgo, estrategias de afrontamiento, contactos de apoyo y acceso a servicios de emergencia.

bb) Contactos de cuidado. Seguimiento proactivo tras una crisis o intento mediante o mensajes breves, que reduce reincidencia.

cc) Gatekeeper. Persona entrenada para identificar riesgo, brindar apoyo inicial y derivar a servicios especializados.

dd) Derivación inmediata. Procedimiento mediante el cual una persona en riesgo alto es conectada sin dilación con servicios clínicos y de emergencia (Stanley&Brown, 2012).