

GOBERNANDO LA PREVENCIÓN DEL SUICIDIO EN CHILE 2013-2021:
ANÁLISIS DOCUMENTAL DE LA RESPUESTA ESTATAL DESDE LA
PERSPECTIVA DE GOBERNANZA COLABORATIVA

GOVERNING SUICIDE PREVENTION IN CHILE, 2013-2021: DOCUMENTARY
ANALYSIS OF THE STATE'S RESPONSE USING COLLABORATIVE GOVERNANCE
APPROACH.

Dra. Jeanne W. Simon*

Resumen

La prevención de suicidio es un problema complejo que desafía la capacidad estatal. En 2007, Chile inició la elaboración de una estrategia nacional siguiendo las orientaciones internacionales. El objetivo del presente artículo es analizar la respuesta del Estado chileno en la prevención del suicidio desde el enfoque de gobernanza colaborativa en el periodo 2013-2021. Siguiendo la tipología sobre regímenes de gobernanza colaborativa, se analizan los documentos oficiales que definen la respuesta estatal para determinar si hubo un proceso colaborativo para coordinar con actores involucrados y construir una comprensión compartida de las causas de suicidio en Chile a partir del modelo de la OMS.

En el periodo estudiado, la prevención de suicidio en Chile incluyó colaboración externa para adaptar el modelo internacional a distintos contextos, pero la respuesta estatal no ha establecido espacios formales que permite sumar fuerzas para gobernar la prevención del suicidio. Liderado por el Ministerio de Salud, la colaboración fue acotada y se centró en el diseño de la estrategia nacional a partir de las recomendaciones de la OMS. Aunque plantea un enfoque territorial con mesas regionales intersectoriales, la falta de recursos limitó su implementación. A partir de 2017, se observa un nuevo impulso hacia gobernanza colaborativa en la prevención del suicidio a través de su incorporación a la Red Temática de Salud Mental que se conceptualiza como una red de puntos y nodos al nivel territorial.

Palabras Claves: gobernanza, política sanitaria, gobernanza colaborativa, salud pública, prevención del suicidio, Chile, transversalización

Abstract

Suicide prevention is a complex problem that defies the State capacity. In 2007, Chile began to design its national strategy according to international recommendations. The objective of the present article is to analyze the Chilean State's response in suicide prevention between 2013 and 2021 using the collaborative governance approach. Following the collaborative governance regime typology, the eight official documents that define the State's response were analyzed to determine if there was a collaborative process to develop a shared understanding of the causes of suicide (based in the World Health Organization's framework) and to coordinate stakeholders' actions.

In the period 2013-2021, the governance of suicide prevention in Chile included external collaboration to adapt the international model to different contexts but the State's response did not establish formal collaborative spaces for the governance of suicide prevention. Led by the Ministry of Health, there was limited collaboration and was concentrated in the design of the national strategy based on the recommendations of the World Health Organization. Even when this program proposes an intersectoral and territorial approach with intersectoral regional roundtables, the lack of resources limited their implementation. As of 2017, a new impulse towards collaborative governance in suicide prevention is observed through its incorporation into the Mental Health Thematic Network that is conceptualized as a territorial network of points and nodes.

Keywords: governance, health policy, public health, suicide prevention, mainstreaming

Recibido: 13 de septiembre de 2021 /Aceptado: 10 de enero de 2022

* Politóloga con Ph.D. en Estudios Internacionales, Profesora Asociada, Depto. de Administración Pública y Ciencia Política, Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales, Universidad de Concepción, Concepción, Chile. Investigadora Asociada, Centro Interdisciplinario para la Investigación Acuícola correo: jsimon@udec.cl. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2138-3429>

1 Introducción

El suicidio es un problema serio de salud pública, siendo entre las principales causas de muertes en muchos países. En 1991, el Secretario General de las Naciones Unidas en su discurso a la Asamblea General, planteó su preocupación por el aumento en suicidios, en especial en las personas jóvenes (Saraceno, 2009). Debido a la falta de estrategias nacionales para la prevención de suicidio, las Naciones Unidas y la Organización Mundial de Salud (OMS) organizaron en 1993 una reunión internacional de expertos, quienes elaboraron “*Guidelines for the Formulation and Implementation of Comprehensive National Strategies for the Prevention of Suicidal Behaviour*” (United Nations 1996). Estas orientaciones se basaron en la revisión sistemática de los datos existentes sobre suicidio en el mundo como también la revisión de datos científicos. Entre sus orientaciones, se enfatizaron la necesidad de establecer una estrategia nacional y tener una agencia intersectorial para desarrollar, implementar y monitorear dicha estrategia en colaboración con otros actores involucrados.

Al mismo tiempo, bajar la tasa de suicidio es un desafío por varias razones. Como un problema complejo, tiene múltiples causas interrelacionadas y que se requiere modificar comportamientos como también actitudes. Además, debido al estigma, todavía es difícil hablar del tema en muchos países. Como consecuencia, por parte de la sociedad, existen mitos sobre sus causas y desconocimiento sobre la mejor manera de prevenirlo. Por esta razón, se reconoce que la prevención de suicidio requiere incorporar la familia, la comunidad y los medios de comunicación, generando la necesidad de un trabajo mancomunado basado en conocimiento.

Otro factor que complica la prevención es la diversidad de motivaciones y de grupos de personas. Cada país, cada pueblo, cada territorio experimenta de manera diferente el suicidio y tiene distintos factores protectores y de riesgo. Además de actores gubernamentales al nivel nacional como territorial, existen actores no gubernamentales que inciden en la prevención de suicidio. Considerando la complejidad del problema como también la diversidad de actores, existe un consenso emergente de la necesidad de contar con evidencia confiable como también mejorar la coordinación entre los actores involucrados. Como ningún actor tiene por sí solo el conocimiento y capacidad para abordar el problema de manera unilateral, el consenso emergente es el establecimiento de un comité público-privado para diseñar la estrategia nacional y supervisar su implementación (Zalsman et al., 2017). Para superar los vacíos de conocimiento y los problemas de coordinación, este comité público-privado idealmente se basaría en gobernanza colaborativa en la cual se busca coordinar su actuar para responder a un problema específico de interés público. No obstante, en la práctica, se reconoce que existen numerosos desafíos para su funcionamiento aun cuando hay voluntad política.

Considerando la centralidad del conocimiento, coordinación y colaboración para reducir la tasa de suicidio, el objetivo del presente artículo es analizar la respuesta del Estado chileno desde perspectiva de gobernanza colaborativa en el periodo 2013-2021. En la próxima sección se presenta el enfoque del régimen de gobernanza colaborativa de Emerson y Nabatchi (2015), el contexto internacional para la prevención de suicidio y la teoría del cambio como propuesta por la Organización Mundial de Salud (OMS) para elaborar una estrategia nacional. Después, se presenta el método para analizar los principales documentos gubernamentales que definen la respuesta estatal a la prevención del suicidio en Chile desde el enfoque del régimen de gobernanza colaborativa. La conclusión analiza las luces y sombras de la colaboración presente en la respuesta estatal.

1.1 Gobernanza en la prevención del suicidio

El término “gobernanza” es un concepto polisémico, el cual se ha desarrollado en las últimas décadas, en distintas disciplinas y desde distintos enfoques. En términos generales, se reconoce que la gobernanza es una nueva manera de gobernar, contrastando con la noción de gobierno que concentra la toma de decisiones en el Estado (Rhodes 1996).

Se habla de gobernanza cuando el Estado ya no tiene la capacidad suficiente ni los recursos necesarios para abordar los problemas públicos complejos caracterizados por la interdependencia entre actores (Aguilar 2010; Ordóñez-Sedeño & De Paz-González, 2017). Es un término utilizado para referirse a múltiples formas de coordinar y colaborar, incluyendo pero no limitado a la coordinación internacional (O’Campo, 2015), intersectorialidad (McQueen et al., 2012) y/o colaboración público-privada (García Solano, 2017). Dada la necesidad de responder a los problemas colectivos complejos que trascienden las jurisdicciones funcionales y territoriales, el enfoque de gobernanza reconoce la necesidad de incluir otros actores para definir e implementar respuestas públicas (Ansell y Gash, 2008). Al mismo tiempo, el enfoque de gobernanza no es una solución adecuada a todo problema y hay que ser “consciente de sus limitaciones prácticas e incluso de las posibles consecuencias no deseadas que pueda generar”(Gault et al., 2014: 119).

Tampoco hay consenso sobre el rol que juegan (o deben jugar) los actores gubernamentales en la gobernanza. En los enfoques de “gobernanza democrática”, los actores gubernamentales ya no mandan ni controlan de manera jerárquica aunque sí aportan a la estabilidad de las relaciones y puedan jugar un rol de vigilante de las redes (Kooiman, 2003), Arellano et al., 2014; García Solano, 2017). Entre los enfoques post burocráticos de la gestión pública, el enfoque de gobernanza busca fortalecer la efectividad de la capacidad directiva del gobierno (Aguilar 2010) donde el actor gubernamental reconoce que necesita de otros actores (y sus recursos y conocimientos) para lograr fines de interés público, tomando un rol de articulación y coordinación de la red. Y es justamente por esta naturaleza política de las organizaciones gubernamentales, se requiere analizar cómo la gobernanza funciona en la práctica (Arellano et al., 2014; Aguilar 2010; Ran et al. 2018).

Por los fines del presente estudio, se utiliza una conceptualización acotada de gobernanza colaborativa: se refiere a estos espacios formales establecidos en el cual participan diversos actores públicos y privados con el fin de coordinar el abordaje a un problema público. Desde la perspectiva normativa de la gobernanza colaborativa, este proceso involucra la construcción compartida del problema y compromisos de acción coordinada para abordarlo (Arellano et al., 2014). Para autores como Zurbruggen y González (2020), mayor apertura y mayor co-creación favorecerían mayor innovación y la generación de valor público, aunque reconocen que la consulta es la principal forma de participación contemplada por el modelo gerencial de la administración pública en América Latina, perdiendo la oportunidad de co-crear el conocimiento y motivación entre los actores participantes. Es justamente esta brecha entre la teoría y la práctica de gobernanza colaborativa lo que nos interesa estudiar.

Coherente con nuestro abordaje, distintos autores han sistematizado estudios empíricos de procesos de gobernanza colaborativa, identificando factores y características que permiten diferenciar entre configuraciones (Ansell y Gash, 2008; Emerson y Nabatchi, 2015). A partir de su sistematización, se define un régimen de gobernanza

colaborativa (RGC) como “un modo o sistema de toma de decisión pública en el cual: un grupo de participantes autónomos se reúnen para lograr un propósito colectivo expresado en uno o dos metas y la principal patrón de comportamiento es la colaboración transfronteriza” (traducción propia, Emerson y Nabatchi, 2015: 230). Su preocupación es con la configuración, las dinámicas y acciones colaborativas para abordar problemas específicos. Este enfoque es complementario al enfoque cognoscitivo que conceptualiza gobernanza como un modo de direccionar la sociedad en el cual el actor gubernamental ya no tiene autonomía de decisión y forma parte de una red (Aguilar, 2010).

El marco integrativo del RGC identifica tres dimensiones anidadas para compararlas: 1) *drivers*: las características del contexto y los actores que inician el RGC; 2) la dinámica colaborativa del proceso de toma de decisiones; y 3) las acciones colaborativas tomadas a partir de la comprensión compartida del problema y su solución (Emerson y Nabatchi, 2015). Estas tres dimensiones expresan tres momentos en un proceso de la (co)construcción de acciones coordinadas.

Se identifican tres tipos de RGC e ilustran las diferencias a partir de casos empíricos (ídem.). El nombre de cada tipo se asocia con las motivaciones y actores que lo inician. El “RGC de dirección externa” se desarrolla formalmente con un enfoque estructurado a través de un mandato o incentivos gubernamentales para los participantes; el “RGC de dirección imparcial” depende de la organización independiente que lo establece para facilitar soluciones colaborativas a desafíos públicos complejos; y el “RGC auto-iniciado” depende de los mismos actores involucrados que se unen para crearlo. Cada tipo de RGC enfrenta distintos desafíos para el diseño y gestión del régimen debido a la fuerte influencia de la configuración inicial (ídem., p. 175). Así, el análisis de la configuración inicial nos permitiría comprender los limitantes asociados y generar estrategias para mejorar su efectividad. También visibiliza que el actor gubernamental tiene autonomía en el RGC de dirección externa

La segunda dimensión se refiere al proceso colaborativo en sí. Un buen diseño del proceso generará involucramiento basado en conocimiento y la construcción de motivaciones compartidas como bases para la coordinación y colaboración requerida para lograr las metas compartidas, generando corresponsabilidad (ídem.). Para lograr un buen diseño, es necesario considerar los actores y factores que gatillaron su establecimiento, donde el marco integrativo de RGC permite visibilizar ciertas tendencias según el tipo de RGC. Por ejemplo, el RGC de dirección externa cuenta con mayor formalidad y recursos al inicio, pero enfrenta más desafíos para la construcción compartida de conocimiento y confianza mutua necesarios para la acción mancomunada. En Tabla 1, se presenta el resumen de los tres tipos de RGC por dos dimensiones del marco integrativo de RGC.

Tabla No. 1: Tipología de Regímenes de Gobernanza Colaborativa

Tipo:	Dirección Externa	Dirección Imparcial	Auto-Iniciado
Contexto y drivers			
Actores que inician el RGC	Gubernamentales	Independientes involucramiento	sin involucrados
de Participación	Obligatoria e/o incentivada	Incentivada	Voluntaria
Autonomía del grupo	Restringida / limitada	Facilitada	Alta
Dinámicas colaborativas			
Deliberación	Limitada	Facilitada	Auto gestionada
Motivación	Depende de las responsabilidades e/o incentivos	Construida en el proceso a partir de participación de buena fe	Intereses compartidos
Colaboración	Se basa en la formalización de compromisos y recursos	Se basa en la co-construcción de conocimiento	Se basa en el liderazgo

Fuente: Elaboración propia a partir de Emerson y Nabatchi (2015).

Numerosos autores nos recuerdan que los procesos colaborativos son mas bien conflictivos y caracterizados por asimetrías de poder y conocimiento; también involucran la negociación de intereses y no solamente deliberación basada en conocimiento y confianza mutua (Arellano et al., 2014; Ran et al. 2018). De hecho, en muchos casos donde hay deliberación, participa principalmente la elite como en el caso de Chile donde los gobiernos de distintos colores políticos establecen comisiones asesoras presidenciales (CAP), en las cuales la deliberación es principalmente entre una elite intelectual tecnocrática con una débil presencia de actores ciudadanos a pesar de que estos problemas fueron puestos en la agenda por actores sociales (Cisternas y Vásquez, 2018).

Aunque fueron establecidas por el gobierno, las CAPs se aproximan al RGC de dirección imparcial por su objetivo de construir una teoría de cambio a partir de la deliberación. Aunque sea de elite, la deliberación entre expertos de distintas disciplinas puede aportar con un análisis más complejo del problema que sirve como insumo para el diseño de la respuesta estatal, pero este tipo de RGC no logra generar la corresponsabilidad de los actores involucrados. En otras ocasiones, se establece este tipo de RGC para transformar un contexto conflictivo, donde es un actor no directamente involucrado (como un centro académico) que organiza y facilita el proceso colaborativo.

En todo tipo de RGC, existen dificultades de implementar un proceso colaborativo basado en confianza mutua. Por ejemplo, los laboratorios de diseño que generan un ambiente propicio para co-crear una solución innovadora (Zubriggen y González, 2020). De manera parecida, la deliberación debe ser entre actores expertos e involucrados, para así generar soluciones innovadoras a problemas públicos complejos (Brugué et al., 2015). Aunque estas estrategias “disruptivas” puedan aportar a la innovación, es importante recordar que la negociación y conflictos entre los actores participantes también estarán presentes y la asimetría de poder puede distorsionar el interés público.

El establecimiento del espacio para la (co)construcción de soluciones al problema público es el primer paso. Además del gobierno o un centro de investigación quien invita, un RGC auto-iniciado se refiere a los procesos iniciado por los actores afectados por el problema y buscan una solución mancomunada (Emerson y Nabatchi 2015). De los tres tipos, el RGC auto-iniciado tiene mayor autonomía pero menos recursos. Como consecuencia, puedan enfrentar desafíos importante para lograr acciones colaborativas

que permiten responder al problema. Generalmente, participan los actores más interesados en resolver el problema, pero no necesariamente todos los actores que generan el problema a resolver.

La tercera dimensión corresponde a las acciones colaborativas propuestas y realizadas, generalmente expresadas en un plan de acción con compromisos de los distintos actores públicos y privados. Los acuerdos facilitan la coordinación y se expresan en planes o estrategias con compromisos por parte de las distintas partes. Involucra una negociación para definir sus aportes y establecer coordinación a través de objetivos compartidos y acciones acordadas. Después dichos compromisos también inciden en las acciones tomadas por cada actor. El análisis del proceso colaborativo permite relacionar las tres dimensiones.

En resumen, todo RGC incluye actores, procesos y los acuerdos logrados que orientan las acciones colaborativas en pos de metas. Es claro que la relación construida entre los actores participantes en el proceso incida en los logros, así se requiere pensar estratégicamente para construir conocimiento compartido y reducir asimetrías de poder entre los involucrados. Idealmente, los acuerdos se basan en una teoría de cambio que permiten abordar el problema en común a partir de información confiable y actualizada. Además, se requiere construir suficiente comunicación, coordinación y confianza para que las personas perciben que van aportando a la solución al problema público.

1.2 Cooperación internacional y la gobernanza nacional de la prevención del suicidio

Existe un consenso en América Latina que las respuestas nacionales con respecto al suicidio son limitadas, aunque se han mejorado desde 2000 (Guajardo, 2017: p.16). Para comprender esta mejora, es necesario situar la gobernanza nacional en el contexto internacional. Como en el caso de otros problemas globales, las organizaciones intergubernamentales a menudo juegan un rol relevante, facilitando la difusión de conocimiento y el aprendizaje colectivo que buscan motivar y orientar el actuar de los distintos estados miembros. Así, el reconocimiento por las Naciones Unidas del suicidio como un problema de salud pública en 1991, llevó a la revisión sistemática de los datos existentes sobre suicidio y la revisión de datos científicos para desarrollar de manera colaborativa una serie de orientaciones, incluyendo la creación de una agencia intersectorial para liderar la co-construcción de la estrategia nacional (United Nations, 1996). Esta propuesta se asemeja a un RGC de dirección externa para articular e incentivar la colaboración de los otros actores involucrados.

Después en 1999, la OMS estableció el Programa Prevención del Suicidio (SUPRE), elaborando una serie de documentos guías para orientar a los distintos actores involucrados, incluyendo los medios de comunicación, profesionales de la salud, educadores, organizaciones de sociedad civil, gobiernos, legisladores, cárceles, familias y comunidades.¹ En 2012, se publica *Public Health Action for the Prevention of Suicide: A Framework*, cuyas orientaciones buscan aportar a la elaboración de una estrategia nacional (OMS, 2012). Enfatiza la importancia de incluir los actores involucrados, indicando que el primer paso en el desarrollo de la estrategia corresponde a su identificación. Se incluyen distintos organismos públicos y privados de la salud, de salud mental, de la educación, del sistema judicial, de los servicios de emergencia,

¹ Se puede descargar los distintos documentos desde: <https://www.fsme.es/centro-de-documentaci%C3%B3n-sobre-conducta-suicida/documentaci%C3%B3n-oms-sobre-conducta-suicida/>

representantes y autoridades políticos, medios de comunicación, comunidades, familias sobrevivientes, organizaciones no gubernamentales, investigadores, entre otros.

De manera complementaria, se publica el *Plan de Acción sobre Salud Mental, 2013–2020* (OMS, 2013). Este fue adoptado y aprobado por ministros de salud de los 194 países miembros. Con el fin de fortalecer la integración de una estrategia de prevención de suicidio a los planes nacionales de salud, describe la prevención de suicidio como una prioridad para reducir la tasa de suicidio en 10% en cada país al 2020 (OMS, 2013). Después en 2014, se publica el informe *Prevención del suicidio un imperativo global* como otro recurso de apoyo en la elaboración de planes o estrategias nacionales (OMS/OPS 2014). Estas actividades han ayudado a que más países incluyan la prevención de suicidio dentro de su planes nacionales de salud y varios desarrollan una estrategia nacional para la prevención de suicidio, incluyendo Chile.

No obstante, y debido a la importancia de soberanía del Estado nacional en derecho internacional, la OMS solamente puede orientar, pero son los gobiernos nacionales que deben diseñar e implementar las políticas públicas. Como hemos visto, la OMS aporta con una teoría de cambio sobre las causas de suicidio y otras orientaciones que puedan servir como base para la elaboración de una estrategia nacional. La adaptación del modelo de la OMS permite avanzar más rápidamente en la definición de una estrategia mas acertada a través del establecimiento de un RGC de dirección externa al nivel nacional y territorial.

1.3 Teoría de cambio para la prevención del suicidio

Central a toda política pública es su coherencia interna, presentada en su teoría de cambio. En el caso del suicidio, es el *Informe Mundial sobre la Violencia y Salud* en el cual se elabora entre expertos el modelo (socio)ecológico que describe la complejidad del suicidio. Reconoce que sus causas son interrelacionadas y anidadas entre los niveles individual, relacional, comunitario y social. Así, se requiere generar estrategias para aumentar los factores protectores y disminuir los factores de riesgo a cada nivel (Krug et al., 2002).

La OMS identifica los siguientes factores protectores: relaciones fuertes con redes de apoyo familiar y comunitaria; habilidades para resolver problemas y conflictos de manera no violenta; valores y creencias que prioriza el autocuidado y desincentiva el suicidio como opción; acceso restringido a medios letales; y busca y tiene acceso fácil a cuidado médico de calidad (OMS, 2012). También OMS identifica numerosos factores de riesgo, diferenciando entre factores de riesgo individual, sociocultural y situacional como se muestran en Tabla 2:

Tabla No. 2: Factores individuales, socioculturales y situacionales que aumentan el riesgo de intento de suicidio (lista no exhaustiva)

Factores de riesgo individual	Factores de riesgo sociocultural	Factores de riesgo situacional
<ul style="list-style-type: none"> • antecedentes de intentos previos • antecedentes de enfermedad mental • antecedentes de enfermedad física grave • Abuso de drogas o alcohol • Desesperanza • sentido de aislamiento • falta de apoyo social • Tendencias agresivas • Impulsividad • Historia de trauma o abuso • Enfermedades física grave o crónica • Historia familiar de suicidio • Factores neurobiológicos 	<ul style="list-style-type: none"> • barreras para obtener acceso a la atención de salud • acceso a medios utilizables para suicidarse • estigma asociado con comportamientos de búsqueda de ayuda 	<ul style="list-style-type: none"> • pérdida del trabajo, • un clúster contagioso de suicidio • eventos traumáticos

Fuente: Traducción propia a partir de OMS (2012: 14).

A partir de este modelo, la OMS identifica una serie de acciones para abordar la prevención del suicidio de manera transversal (OMS/OPS, 2014). Al nivel nacional y territorial, prioriza el establecimiento de un sistema de vigilancia e investigación para poder identificar posibles casos y lograr un tratamiento temprano, en particular para los grupos vulnerables. También plantea una serie de acciones que reduce los factores de riesgo en cada territorio, como restringir el acceso al alcohol and los medios utilizados para consumir el suicidio.

Debido a su naturaleza internivel, las orientaciones plantean la necesidad de incluir un enfoque multisectorial integral y de colaboración público-privada en las estrategias nacionales para así abordar los factores estructurales e institucionales del riesgo (OMS, 2012). Así, aunque el Ministerio de Salud (MINSAL) tendría la responsabilidad del sistema de vigilancia, también se sugiere generar espacios colaborativos con actores no gubernamentales donde el análisis de los datos permite mejorar la evaluación e incorporarlos en el manejo y las respuestas al comportamiento suicida. En otras palabras, se propone un RGC en el cual diversos actores participan en la toma de decisiones colectiva que es formal y deliberativo. Aunque se promueve mayor participación de actores no gubernamentales en el diseño e implementación de estrategias nacionales, hay pocos estudios que permiten optimizar el papel de las organizaciones no gubernamentales en la prevención del suicidio (Andriessen, 2021). De hecho, una revisión sistemática de la literatura científica publicada sobre gobernanza de salud mental en el ámbito internacional en el periodo 2000 - 2015, identificó 21 artículos relevante y de calidad; 20 de estos se refieren a los actores involucrados y 15 aludieron al contexto social, comunitario, jurídico y legal en su análisis de gobernanza (Díaz-Castro et al., 2017).

En la prevención de suicidio, es clave la coordinación con actores sociales y al nivel de la comunidad para eliminar mitos sobre el suicidio y el estigma hacia las personas con trastornos mentales o que presentan comportamientos suicidas. Además, en cada país, habrá grupos especialmente vulnerables a la discriminación y mal trato, y se requiere análisis para identificarlos y implementar acciones que buscan transformar estas

actitudes, como por ejemplo introducir actividades a la educación pública para generar conciencia sobre la prevención del suicidio. Otra acción protectora es el trabajo con los medios de comunicación para mejorar sus normas y prácticas comunicativas en torno a suicidios. A nivel familiar, entre las acciones propuestas se incluyen la detección y tratamiento temprano, acciones para fortalecer las redes de apoyo familia, entre otros. En el caso de un suicidio consumado, también incluye apoyo a los familiares de quienes se hayan suicidado.

Al mismo tiempo que cada país puede adoptar las orientaciones de OMS, también, se requiere adaptarlas a la naturaleza del suicidio en su país y a las diferencias entre comunidades. Esto requiere contar con datos territoriales que permiten tomar decisiones, es decir un sistema de vigilancia con enfoque territorial. Entre las distintas estrategias nacionales, la *Estrategia Nacional 2012* de Estados Unidos involucró a organizaciones gubernamentales y no gubernamentales en su elaboración y su implementación, estableciendo una comisión público-privada de expertos para su elaboración (HHS, Office of the Surgeon General and National Action Alliance for Suicide Prevention, 2012). Se basó en el análisis de datos como también se revisaron estrategias de otros países, destacando buenas prácticas. Reconocieron explícitamente la necesidad de integrar en la estrategia “los programas, oportunidades y acciones ya existentes”, apoyando iniciativas exitosas que podrían ser escalada con mayor facilidad. En su evaluación a cinco años, tuvo ciertos logros colaborativos, pero también encontró que “ningún territorio sub-nacional está implementando el rango completo de esfuerzos de prevención efectiva de suicidio para todos los contextos relevantes y poblaciones objetivo” (SAMHSA, 2017 p. 15).

En el caso de Australia, cuando existen diferencias culturales entre comunidades, se reconoce la necesidad de centros territoriales de decisión dentro de la gobernanza nacional, produciendo una estructura policéntrica de gobernanza, la cual se requiere contar con canales claros de comunicación y coordinación (Dudgeon et al. 2018). En Australia, los pueblos indígenas plantean la necesidad de formalizar su participación en la gobernanza de la prevención de suicidio para lograr una intervención más efectiva y legítima, enfatizando la interrelación entre cultura y gobernanza:

la cultura da forma a la gobernanza; la gobernanza da forma a la cultura; la cultura y la gobernanza dan forma a la comunidad; y la comunidad (o la vida colectiva) afecta la salud y el bienestar (incluida la salud mental) de los aborígenes y los isleños del Estrecho de Torres. De hecho, todos se influyen unos a otros. Lo que esto significa es que si la gobernanza disminuye o se desempodera, la cultura, la comunidad y el bienestar de los individuos también se verán afectados. (traducción propia, Dudgeon et al. 2018, p. 5).

En resumen, para tener una estrategia efectiva, se reconoce la necesidad de lograr legitimidad de las acciones realizadas en y con las comunidades. Así, un RGC al nivel territorial requiere un diseño con una mirada flexible que permite integrar conocimiento no experto desde el territorio y adaptar los medios para prevenir suicidio según las características de cada territorio como también las exigencias jurídicas.

2 Métodos

Para analizar la respuesta estatal desde una perspectiva de gobernanza colaborativa, se utilizó el marco integrativo de RGC que incluye insumos, procesos y resultados / productos (Emerson y Nabatchi, 2015). Considerando que la prevención del suicidio es un desafío complejo y la autoridad se concentra en una autoridad, el Ministerio de Salud, el análisis busca identificar los espacios formales establecidos para la coordinación intersectorial y la colaboración público-privada como expresión de un RGC de dirección externa. Como un estudio inicial y exploratorio, se analizó el diseño del proceso para identificar la colaboración contemplada y reportada en los documentos gubernamentales, dejando para una próxima etapa el análisis desde la perspectiva de los participantes.

2.1 Definición de la muestra

En el caso de Chile, la estrategia nacional corresponde al “Programa Nacional de Prevención del Suicidio” (PNPS). Su elaboración se empieza en 2007 y fue aprobada en 2013, incorporando varias recomendaciones de la OMS (OMS, 2014: 59).

Para definir la muestra, se realizó una búsqueda virtual de los documentos oficiales relacionados que hace referencia a o son referencias del PNPS. Se analizaron 15 documentos oficiales, incluyendo las evaluaciones de la Dirección de Presupuestos sobre el Plan Nacional de Prevención del Suicidio. A partir del análisis inicial, se excluyeron los documentos que son principalmente orientaciones y se estableció como muestra intencionada a ocho documentos oficiales detallados en Tabla 3. Las actas oficiales de reuniones no se encuentran publicadas.

Tabla No. 3: Muestra de documentos gubernamentales relacionados con el Plan Nacional de Prevención del Suicidio, 2010-2021

Documento	Año	Institución – Enlace al documento
Estrategia Nacional de Salud (ENS) 2011-2020	2010	MINISTERIO DE SALUD https://www.minsal.cl/portal/url/item/c4034eddb96ca6de0400101640159b8.pdf
Programa Nacional de Prevención del Suicidio (PNPS)	2013	MINISTERIO DE SALUD https://www.minsal.cl/sites/default/files/Programa_Nacional_Prevencion.pdf
Orientaciones técnicas para la atención de salud mental con pueblos indígenas hacia un enfoque intercultural	2016	http://www.repositoriodigital.minsal.cl/bitstream/handle/2015/875/028.MINSAL-salud-mental-indigena-2016%20%281%29.pdf?sequence=1&isAllowed=y
Plan Nacional de Salud Mental (PNSM) 2017-2025	2017	MINISTERIO DE SALUD https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/12/PDF-PLAN-NACIONAL-SALUD-MENTAL-2017-A-2025.-7-dic-2017.pdf
Modelo de Gestión. Red Temática de Salud Mental en la Red General de Salud (MGRTSM)	2018	MINISTERIO DE SALUD https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/09/2018.05.02_Modelo-de-Gesti%C3%B3n-de-la-Red-Tem%C3%A1tica-de-Salud-Mental_digital.pdf
Recomendaciones para la Prevención de la Conducta Suicida en Establecimientos Educativos.	2019	MINISTERIO DE SALUD https://saludresponde.minsal.cl/wp-content/uploads/2019/09/GUIA-PREVENCIÓN-SUICIDIO-EN-ESTABLECIMIENTOS-EDUCACIONALES-web.pdf
Procedimiento Prevención del Suicidio en Centros y Programas de Justicia Juvenil	2019	SENAME https://www.sename.cl/wsename/ot-justicia-juvenil/Prevencion-del-Suicidio-para-Medidas-Sanciones.pdf
Documento Técnico: Ansiedad, Angustia, Depresión y Suicidio Hablemos de Todo 2020-2021	2021	INSTITUTO NACIONAL DE JUVENTUD https://hablemosdetodo.injuv.gob.cl/wp-content/uploads/2021/02/AADS.pdf

Fuente: Elaboración propia.

En el análisis de la muestra de los documentos oficiales, se confirmó que los tres principales documentos que orientan la gobernanza de la prevención del suicidio son del Ministerio de Salud. El primero es el PNPS, el cual es el documento referencial por casi

todos los otros documentos identificados. Plantea seis componentes: un sistema de estudio de casos; plan regional intersectorial de prevención del suicidio; capacitación de los profesionales de la salud; incorporación de programas preventivos en los establecimientos educacionales; desarrollo de un sistema de ayuda en situaciones de crisis; y refuerzo del papel de los medios de comunicación en la cobertura correcta de suicidio. Estos componentes se han mantenido en el tiempo y sirven como mecanismos de coordinación intersectorial.

El segundo documento principal es la *ENS, 2011-2020* que orienta el quehacer del sector de salud pública. Formulada antes del *PNPS*, se refiere en la Meta 4.3 a “disminuir la mortalidad por suicidio en adolescentes, cuya tasa ha aumentado de manera sostenida desde 2000”. Este reconocimiento se incluye en el *PNPS*, aunque se amplía de incluir a toda la población (MINSAL, 2013). Al mismo tiempo, la “Entrevista Estructurada Autopsia Psicológica” no refleja las orientaciones de la OMS porque no incluye preguntas para determinar pertinencia de algunos grupos vulnerables, como las disidencias sexuales (MINSAL, 2013: 44-54).

El tercer documento principal es el *Modelo de Gestión. Red Temática de Salud Mental en la Red General de Salud (MGRTSM)*. Este documento se elabora de manera colaborativa con actores no gubernamentales y establece un enfoque territorial. Hay una incorporación explícita de la *PNPS* como componente transversal y para la elaboración de protocolos (MINSAL, 2018). También marca una transición desde un enfoque biomédico a un enfoque holístico de determinantes sociales de salud y de derechos humanos, incluyendo de manera explícita una discusión de factores protectores e identificando varios espacios de decisión deliberativa en la Red general de salud.

2.2 Categorías de Análisis

Siguiendo la tipología sobre RGC, el análisis se concentró en el proceso que el Estado chileno realizó para construir una comprensión compartida de las causas de suicidio en Chile a partir del modelo (socio)ecológico y la coordinación de acciones entre los actores involucrados. Para estos fines, se determinaron las siguientes categorías de análisis: enfoque(s) para el diagnóstico, generación de datos con un enfoque territorial, coordinación intersectorial al nivel nacional, involucramiento de actores no gubernamentales y coordinación territorial.

3 Resultados: Gobernando la Prevención de Suicidio en Chile

El análisis de los documentos oficiales relacionados con la prevención del suicidio en Chile presenta varias características de un RGC de dirección externa. Primero, fue iniciado y es liderado por el Ministerio de Salud a partir de los compromisos internacionales, observando una apertura incremental hacia otros ministerios y al nivel territorial en el periodo estudiado. De hecho, las acciones tomadas por la OMS para promover la elaboración de una estrategia nacional fue motivación del *PNPS* y el enfoque de determinantes sociales de la salud, los factores de riesgo y protectores están presentes en cuatro de los documentos analizados (MINSAL 2013, 2017, 2018, 2019). No corresponde a un RGC de dirección imparcial ni uno auto-iniciado porque no emergió en respuesta a una demanda social y tampoco contempla deliberación para definir la respuesta estatal sino busca instalar desde arriba hacia abajo el modelo que contempla la

intervención intersectorial e involucramiento de la comunidad y de distintos sectores sociales (MINSAL, 2013: 9-10).

El establecimiento de un proceso dirigido de colaboración es típico para el RGC de dirección externa y tiene como objetivo adaptar el modelo a las características sociales y territoriales y motivar a la coordinación de acción. En el caso de Chile, el *PNPS* fue redactado por una asesora del Ministerio de Salud en colaboración con cinco funcionarios y un experto externo (MINSAL 2013). Incluye indicadores para cada componente, pero no indica plazos para su implementación. Según su redactora, plantea un enfoque claramente territorial, aunque reconoce que la falta de recursos humanos y financieros destinados complicó su implementación en las 15 regiones (Rojas Moreno, 2017). A continuación, se analiza la incorporación y adaptación del modelo (socio)ecológico y los espacios formales establecidos para la colaboración.

3.1 Enfoque(s) para diagnóstico de sus causas y grupos vulnerables

En el análisis de la muestra de los documentos gubernamentales, se visibiliza una tensión entre las conceptualizaciones de las causas del comportamiento suicida. Por un lado, la *ENS 2011-2020* plantea que: “La evidencia científica hace referencia a la multicausalidad del comportamiento suicida en adolescentes y jóvenes, siendo la enfermedad mental uno de los factores más importantes que predispone al comportamiento suicida” (MINSAL, 2010: 167). Así, se observa una cierta relación con el modelo (socio)ecológico de la OMS, citando evidencia científica de otros países en relación con factores de riesgos y factores protectores, pero sin presentar datos sobre las causas en Chile.

No obstante, y a pesar de que sigue las recomendaciones de la OMS, se observa que el enfoque biomédico es aun presente en el *PNPS* que no utiliza los cuatro niveles utilizados en el modelo ecológico: individual, familia, interpersonal y sociedad (MINSAL 2013). De hecho, el *PNPS* simplifica el modelo, planteando una diferencia entre factores internos (bio-sicológicos, individuales y familiares) y factores externos/ambientales. Identifica los factores de riesgos por grupos etarios (infancia, adolescente, adultez y vejez) pero no por diferencias culturales o identidad de género. Además, el énfasis en los factores de riesgo individual, podría incidir en los datos informados por el Servicio Médico Legal que plantea que la mayor parte de casos se relacionan a alguna patología psiquiátrica (Servicio Médico Legal, 2018 citado por INJUV, 2021). Este enfoque se mantiene en el *Plan Nacional de Salud Mental* (MINSAL 2017).

Se observa un cambio importante en el enfoque utilizado con el *Modelo de Gestión. Red Temática de Salud Mental en la Red General de Salud* que incorporan explícitamente el enfoque determinantes social de salud (MINSAL, 2018). Este enfoque también se observa de manera implícita en *Recomendaciones para la Prevención de la Conducta Suicida en Establecimientos Educativos* en el cual se diferencia entre factores de riesgo individuales, familiares y ambientales (MINSAL, 2019). Además, ambos documentos hacen uso de datos diferenciados para varios grupos vulnerables: pueblos indígenas, inmigrantes, LGTBI y personas privadas de libertad. Esta incorporación incremental del modelo (socio)ecológico seguramente se relaciona con el fortalecimiento del enfoque de determinantes sociales de salud en el Ministerio de Salud como también la incorporación de actores no gubernamentales en la elaboración del Modelo de gestión de la Red temática de salud mental al nivel territorial.

3.2 Generación de Datos con un Enfoque Territorial

Para poder identificar los factores del riesgo asociados con los intentos de suicidio o suicidios consumados, la *ENS 2011-2020* plantea la necesidad de contar con información oportuna y fidedigna (MINSAL, 2010). Según la OMS, se requiere establecer un sistema de vigilancia con mecanismos estandarizados de referencia y seguimiento y un programa de intervención en crisis, enfatizando la importancia de contar con datos confiables (OMS, 2000).

En el *PNPS*, uno de los seis componentes corresponde al sistema de vigilancia con enfoque territorial (MINSAL, 2013). Se trata de un sistema de registro localizado en cada SEREMI de Salud que permite elaborar perfiles de riesgo regionales a fin de orientar los planes regionales intersectoriales de prevención de la conducta suicida, aunque su instalación es incompleta (MINSAL, 2018). Se identifica que hay dificultades que complican el adecuado levantamiento de información de suicidalidad adolescente, resultando en la segmentación e invisibilización de este problema de salud pública (MINSAL, 2018). Una vez lograda, la instalación de sistemas territoriales de vigilancia debe mejorar la respuesta estatal en todas las regiones, su principal aporte será el acceso a datos para definir una mejor respuesta, idealmente a través de la coordinación entre distintos actores territoriales.

3.3 Coordinación Intersectorial al nivel nacional

Debido a la naturaleza multicausal del suicidio, la OMS recomienda un abordaje intersectorial (OMS/OPS, 2014). Antes del *PNSM*, la coordinación intersectorial se expresaba a través de convenios de coordinación, pero no en espacios deliberativos (MINSAL 2017). La ausencia de espacios deliberativos formales limita la construcción de conocimiento compartido sobre el suicidio y causas, debilitando una coordinación efectiva de sus acciones.

En el *ENS 2011-2020*, para aumentar y mejorar la oferta de atención a la población adolescente y joven en temas de consumo de drogas y alcohol, se indica el establecimiento de convenios con dos organismos públicos: el Fondo Nacional de Salud y el Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes (MINSAL, 2010). En 2017, el *PNSM* que reconoce explícitamente la escasa coordinación intersectorial en las políticas públicas y cuenta con dos objetivos que establecen mecanismos para fortalecer intersectorialidad en políticas, planes y programas (MINSAL 2017). Este compromiso se repite en el *Modelo de Gestión de la Red Temática de Salud Mental en la Red General de Salud*, el cual fue elaborado en colaboración con actores involucrados (MINSAL 2018).

Para fortalecer los factores protectores en el ámbito educacional, MINSAL coordina hace tiempo con el Ministerio de Educación y otros organismos afines (MINSAL 2010; MINSAL 2019). Entre las principales acciones indicadas son programas de prevención del suicidio en el ámbito escolar. En esta línea, desde el año 2019 se implementa una estrategia integral de prevención de suicidio en establecimientos educacionales a lo largo de todo el país, a través de la realización de 3 módulos estructurados de formación, informando en 2021 que hay más de 1800 capacitados y casi 800 establecimientos (DIPRES, 2021). En la descripción, no se indica si los módulos de formación involucran también la implementación de acciones preventivas en los mismos establecimientos.

También se observa coherencia en las acciones propuestas en tres documentos desarrollados con otros organismos. En *Orientaciones técnicas para la atención de salud mental con pueblos indígenas hacia un enfoque intercultural*, hay colaboración de otros organismos públicos, de los pueblos originarios y de expertos en su elaboración (MINSAL, 2016). En el *Procedimiento Prevención del Suicidio en Centros y Programas de Justicia Juvenil*, la coherencia intersectorial se expresa en la manera de conceptualizar el problema de suicidio y en los procedimientos establecidos (SENAME, 2019). En el *Documento Técnico: Ansiedad, Angustia, Depresión y Suicidio Hablemos de Todo 2020-2021*, se observa la coherencia en la discusión sobre suicidio y en la oferta de programas (INJUV, 2021). Aunque no son espacios formales ni periódicos de colaboración, estos documentos indican colaboración puntual en su elaboración.

El *PNPS* releva la importancia de coordinación intersectorial, estableciendo al nivel regional una mesa intersectorial enfocada a la prevención de y respuesta a la conducta suicida (MINSAL, 2013). Es la SEREMI de Salud que liderará un plan regional que involucra la participación de toda la red asistencial y de otros sectores gubernamentales. Su justificación se basa en la necesidad de tener un enfoque territorial como se visibiliza en el próximo apartado. El proceso para elaborar el plan regional abre la posibilidad de deliberación y co-construcción del mismo.

3.4 Involucramiento de Actores No-gubernamentales

La OMS recomienda la identificación de involucrados como primer paso en la elaboración de una estrategia nacional de prevención del suicidio (OMS 2012). No obstante, en la documentación oficial en Chile, la relación con actores involucrados sigue incipiente. Por ejemplo, aunque el *PNPS* plantea la necesidad de identificar acciones para fortalecer los factores protectores de la comunidad, no hay ninguna mención de las organizaciones no-gubernamentales especializadas en la prevención de suicidio sino se habla de la comunidad en términos generales (MINSAL 2013).

Se observa mayor apertura hacia las organizaciones no gubernamentales sin fines de lucro a partir del proceso colaborativo para elaborar el Modelo de Gestión La Red Temática de Salud Mental (MINSAL 2018). El *PNSM* indica “resulta una oportunidad contar con organizaciones técnicamente competentes, sin fines de lucro, alineadas con el modelo comunitario y de derechos, insertas en el territorio y que permitan amplificar su acción” (MINSAL, 2017:157). Además, plantea la necesidad de establecer convenios estables para establecer espacios de coordinación (y no competencia) entre las distintas organizaciones.

A partir de las guías elaboradas por el MINSAL, como *Recomendaciones para la Prevención de la Conducta Suicida en Establecimientos Educativos* (MINSAL 2019), se incluyen fundaciones privadas que trabajan con familiares que han sufrido pérdidas producto de suicidio (Fundación Vínculos); con personas mayores en prevención de suicidio (Fundación Míranos); con jóvenes LGBT para apoyo y orientación para la prevención del suicidio adolescente y bullying homofóbico (Fundación Todo Mejora); y una línea de apoyo para niños, niñas y adolescentes (Línea Libre). Además, hay una cierta colaboración académica con investigadores/as que se expresa en la licitación de estudios y colaboración en orientaciones técnicas. No obstante, no se informa de un espacio formal de gobernanza colaborativa al nivel nacional, aunque hay ciertos avances en el establecimiento de mesas regionales intersectoriales.

3.5 Coordinación Territorial

Según el *PNPS*, las instancias de coordinación tendrían lugar al nivel territorial con la instalación de mesas regionales intersectoriales de prevención del suicidio a través de cada SEREMI de Salud (MINSAL, 2013). Desde 2014, se ha implementado de manera progresiva mesas regionales intersectoriales, iniciando donde hay una mayor tasa de suicidio. Además del SEREMI de Salud, el *PNPS* propone que debieran participar representantes de Gobierno Regional, SENAMA, SENAME, SENDA, Policía de Investigaciones, Carabineros, los SEREMIs de Educación, Justicia (Servicio Médico Legal), Trabajo y Previsión Social, Deportes, Desarrollo Social; de manera opcional, se puede incluir representantes del Servicio de Salud y el Servicio Nacional de la Mujer y Equidad de Género (MINSAL, 2013). En 2018, se informa que diez regiones han establecido la mesa regional intersectorial y seis ya cuentan con su plan regional intersectorial de prevención del suicidio (MINSAL 2018). No obstante, dichos planes no son públicamente accesibles.

En 2018, MINSAL plantea como desafío la creación de gobernanza colaborativa al nivel territorial:

“mecanismos e instancias de carácter participativo e inclusivo para el intercambio de información, reflexión y análisis de la situación de salud local, generación conjunta de soluciones, conformación y fortalecimiento de redes y alianzas estratégicas con distintos actores del espacio local. Esto permite la integración de la mirada sectorial y territorial de los problemas y prioridades en salud; construir canastas de prestaciones de acuerdo al perfil de la demanda; avanzar en la mejora continua de la calidad de los servicios, y otros de acuerdo a las realidades locales.” (MINSAL, 2018: 61)

La coordinación intersectorial con el sector educacional se fortalece a nivel territorial, estableciendo la necesidad de diseñar e implementar acciones preventivas de subsidio en adolescentes y jóvenes en los establecimientos educacionales del país. En las *Recomendaciones para la Prevención de la Conducta Suicida en Establecimientos Educacionales*, se plantea que:

“este Plan Regional debe ser consensuado y coordinado con la gestión liderada desde la SEREMI de Educación en torno al Modelo de Gestión Intersectorial Aulas del Bien Estar, adscribiéndose a la gestión regional en torno al Eje de Mecanismos Protectores Psicosociales, Ambientales y Culturales, y dando respuesta a las comunidades educativas que requieran apoyo en esta materia” (MINSAL 2019).

Es en el *Modelo de Gestión. Red Temática de Salud Mental en la Red General de Salud*, que se profundizan en los espacios de deliberación y coordinación territorial ya existentes, y proponiendo la inclusión de gestores de salud mental en las otras redes temáticas (MINSAL, 2018). La mayoría de los servicios de salud también tienen Consejos Técnicos de Salud Mental, pero pocos los ocupan para la deliberación técnica sino principalmente para información (MINSAL, 2018). Aunque existe la figura del Consejo Ciudadano de Salud Mental, no están operativos.

4 Conclusiones

En contraste con el imagen común de gobernanza colaborativa como un espacio formal en el cual distintos actores se unen para deliberar y definir una respuesta mancomunada, el RGC de dirección externa es un espacio mucho más dirigido de colaboración entre actores públicos y privados. Su razón de ser es la coordinación en la respuesta a un problema común expresado en acuerdos, convenios y/o planes, donde la colaboración horizontal permite incorporar nuevo conocimiento y adaptar la teoría del cambio a distintas realidades sociales.

En el caso de la prevención del suicidio, desde el nivel internacional, la OMS recomienda establecer un RGC de dirección externa para elaborar una estrategia nacional, motivando la elaboración del documento rector de la respuesta chilena *PNPS*. En el caso de Chile, pocas personas colaboraron en su elaboración, la cual demoró seis años para su aprobación. Como se mostró, el *PNPS* no logró superar la lógica sectorial y burocrática, concentrando la toma de decisiones en el Ministerio de Salud y parcialmente en los SEREMIs de Salud. Aunque hay convenios y algunos espacios de trabajo intersectorial, no se encontró evidencia de colaboración con actores no gubernamentales en la gobernanza del *PNPS* ni en las mesas regionales, debilitando la adaptación y la coordinación de las acciones de prevención. El caso de Chile contrasta con el caso de Estados Unidos, donde se estableció una agencia intersectorial que convocó a numerosos actores no gubernamentales y territoriales para co-construir su estrategia nacional a partir de una comprensión diferenciada pero común de la conducta suicida y sus causas. Aún en un RGC de dirección externa, se puede lograr mayor confianza, conocimiento y motivación (Emerson y Nabatchi, 2015).

De 2013 hasta 2017, la respuesta chilena al aumento en la tasa de suicidio se concentra en el Estado, el avance en el *PNPS* limitado, y se observa una relación distante con actores involucrados (Rojas, 2017). Además, debido a la lógica centralizada, las mesas regionales no cuentan con los recursos humanos y financieros necesarios como incentivos. Como consecuencia, la transversalización de la respuesta estatal hacia los territorios enfrenta desafíos importantes para responder de manera efectiva al problema público que presenta características distintivas según el territorio.

A partir de 2017, se observa un nuevo impulso hacia gobernanza colaborativa en la prevención del suicidio a través de su incorporación a la Red Temática de Salud Mental que se conceptualiza como una red de puntos y nodos. Y es justamente con el cambio hacia un modelo territorial de gestión en temas de salud mental que se observa cómo la generación de datos sobre el suicidio combinado con la adopción del enfoque permite introducir acciones para fortalecer los factores protectores familiares y comunitarios. Fortalecer la deliberación en el Consejo Técnico de Salud Mental a partir de los datos del sistema de vigilancia podría aportar a mayor capacidad de respuesta estatal a partir del conocimiento.

A pesar que los avances, la respuesta estatal no ha establecido espacios formales de colaboración que permite sumar fuerzas para gobernar la prevención del suicidio en los diversos territorios. Para fortalecer la gobernanza colaborativa, lo ideal sería la metodología utilizada para elaborar el modelo de gestión de la Red Temática en Salud Mental para actualizar el *PNPS*. Esta metodología se construyó de manera colaborativa en seis fases en un periodo de dos años, liderado por un equipo de trabajo y generando espacios de trabajo con actores públicos y privados y de distintos territorios (MINSAL, 2018). Idealmente, se actualiza el *PNPS* como componente transversal a la Red Temática, incorporando actores no gubernamentales y territoriales en su elaboración y monitoreo.

5 Referencias

- Aguilar, L. (2007) “El aporte de la política pública y de la nueva gestión pública a la gobernanza”, *Revista del CLAD Reforma y Democracia* 39: 5-32.
- Aguilar, L. (2010) El futuro de la gestión pública y la gobernanza después de la crisis. *Frontera norte*, 22(43): 187-213.
- Andriessen, K. (2021) The role of volunteer organizations in suicide prevention. Wasserman, D (Ed.). *Oxford Textbook of Suicidology and Suicide Prevention*, (2nd), pp.797-801. Oxford: Oxford University Press.
- Ansell, C.; Gash, G. (2008) Collaborative Governance in Theory and Practice, *Journal of Public Administration Research and Theory* 18(4): 543-571, <https://doi.org/10.1093/jopart/mum032>
- Arellano, D.; Sánchez J.; Retana, B. (2014). ¿Uno o varios tipos de gobernanza? Más allá de la gobernanza como moda: la prueba del tránsito organizacional. *Cuadernos de Gobierno y Administración Pública* 1(2), 119-137. https://doi.org/10.5209/rev_CGAP.2014.v1.n2.47538
- Brugué, Q.; Canal, R.; Paya, P. (2015) ¿Inteligencia administrativa para abordar “problemas malditos”? El caso de las comisiones interdepartamentales. *Gestión y Política Pública*, 24: 1, 85-130.
- Cisternas, C.; Vásquez, J. (2018) Comisiones Asesoras Presidenciales en Chile: Entre la expertise y la pluralidad de actores sociales. *European Review of Latin American and Caribbean Studies*, (106): 1–24. <http://doi.org/10.32992/erlacs.10349>
- Díaz-Castro, L.; Arredondo, A.; Pelcastre-Villafuerte, B. E.; Hufty, M. (2017) Governance and mental health: contributions for public policy approach. *Revista de saude publica* 51(4): 1-13. <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2017051006991>
- Dirección de Presupuestos (2021). *Evaluación Ex Ante - Proceso Formulación Presupuestaria 2021, Programa Nacional de Prevención del Suicidio*. https://www.dipres.gob.cl/597/articles-212538_doc_pdf.pdf
- Dudgeon, P.; Calma, T; Milroy, J; McPhee, R; Darwin, L; Von Helle, S; Holland, C. (2018) *Indigenous governance for suicide prevention in Aboriginal and Torres Strait Islander communities: A guide for primary health networks, Report*, <https://www.nintione.com.au/?p=13921>.
- Emerson, K.; Nabatchi, T. (2015) *Collaborative Governance Regimes*. Washington, DC: Georgetown University Press.
- García Solana, M. J. (2017). La Colaboración Público-Privada: capacidades públicas para la gestión del modelo desarrollado por el Servicio Público de Empleo Estatal y las Agencias Privadas de Colocación. *Cuadernos de Gobierno y Administración Pública* 4(2), 135-168. <https://doi.org/10.5209/CGAP.57916>
- Guajardo, G., ed. (2017) *Suicidios Contemporáneos: vínculos, desigualdades y transformaciones socioculturales*. Santiago: FLACSO-Chile.
- INJUV (2021) *Documento Técnico: Ansiedad, Angustia, Depresión y Suicidio Hablemos de Todo 2020-2021*, <https://hablemosdetodo.injuv.gob.cl/wp-content/uploads/2021/02/AADS.pdf>.
- Kooiman, J (2003) *Governing as governance*. Londres: SAGE.
- Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R, eds. (2002) *World report on violence and health*. Ginebra: World Health Organization.
- McQueen, D., Wismar, M., Lin, V., Jones, C., Davies, M (2015) *Gobernanza intersectorial para la salud en todas las políticas: Estructuras, acciones y experiencias*.

- Organización Mundial de Salud
https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/298464/Gobernanza-26-Intersectorial-para-la-Salud-en-Todas-las-Policas.pdf
- Ministerio de Salud (2010) *Estrategia Nacional de Salud 2011-2020*
<https://www.minsal.cl/portal/url/item/c4034eddb96ca6de0400101640159b8.pdf>
- Ministerio de Salud (2013) *Programa Nacional de Prevención del Suicidio*.
https://www.minsal.cl/sites/default/files/Programa_Nacional_Prevencion.pdf
- Ministerio de Salud, (2016) *Orientaciones Técnicas para la Atención de Salud Mental Con Pueblos Indígenas: Hacia Un Enfoque Intercultural*
<http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2018/01/028.MINSAL-salud-mental-indigena-2016.pdf>
- Ministerio de Salud (2017) *Plan Nacional de Salud Mental, 2017-2025*,
<https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/12/PDF-PLAN-NACIONAL-SALUD-MENTAL-2017-A-2025.-7-dic-2017.pdf>.
- Ministerio de Salud (2018) *Modelo de Gestión. Red Temática de Salud Mental en la Red General de Salud (MGRTSM)* https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/09/2018.05.02_Modelo-de-Gesti%C3%B3n-de-la-Red-Tem%C3%A1tica-de-Salud-Mental_digital.pdf
- Ministerio de Salud (2019) *Recomendaciones para la Prevención de la Conducta Suicida en Establecimientos Educativos*, <https://saludresponde.minsal.cl/wp-content/uploads/2019/09/GUIA-PREVENCIÓN-SUICIDIO-EN-ESTABLECIMIENTOS-EDUCACIONALES-web.pdf>.
- Ocampo, J. ed. (2015) *Gobernanza global y desarrollo* Buenos Aires: Siglo XXI/ CEPAL (Naciones Unidas).
- OMS (2000) *Prevención del Suicidio. Un Instrumento Para Médicos Generalistas* WHO/MNH/MBD/00.1, Ginebra.
https://www.who.int/mental_health/media/general_physicians_spanish.pdf?ua=1
- OMS (2012) *Public Health Action for the Prevention of Suicide: A Framework*
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/75166/9789241503570_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- OMS (2013) *Plan de Acción para Salud Mental, 2013–2020*. Ginebra: OMS.
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97488/9789243506029_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- OMS/OPS (2014) *Prevención del suicidio: un imperativo global*. Washington, DC: OPS.
https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/54141/9789275318508_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Ordóñez-Sedeño, J., & González, I. de P. (2017). Estado constitucional y gobernanza: bases para una apertura democrática de las políticas públicas en México. *Vniversitas*, 66(134), 169–208. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.vj134.ecgb>
- Ran, B., Qi, H., Oszlak, O. (2018) Gobernanza colaborativa. *Estado Abierto* 2(3): 47-90.
- Rhodes, R. (1996) The New Governance: Governing without Government. *Political Studies* 44(4):652-667. doi:10.1111/j.1467-9248.1996.tb01747.x
- Rojas Moreno, I. (2017) “Instalación del Programa Nacional de Prevención del Suicidio en Chile” en *Prevención de la conducta suicida*. Washington, DC: OPS.
<https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/31167/9789275319192-spa.pdf>
- Saraceno, B. (2009) The World Health Organization's role in suicide prevention. En *Oxford Textbook of Suicidology and Suicide Prevention: A Global Perspective*. DOI:10.1093/med/9780198570059.003.0096

SENAME (2019) *Procedimiento Prevención del Suicidio en Centros y Programas de Justicia Juvenil*, <https://www.sename.cl/wsename/ot-justicia-juvenil/Prevencion-del-Suicidio-para-Medidas-Sanciones.pdf>.

SAMHSA (2017) *National Strategy for Suicide Prevention Implementation Assessment Report*. HHS Publication No. SMA175051. Rockville, MD: Center for Mental Health Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (<https://store.samhsa.gov/product/National-Strategy-for-Suicide-Prevention-Implementation-Assessment-Report/sma17-5051>).

United Nations, Department of Policy Coordination and Sustainable Development (1996) *Prevention of suicide: guidelines for the formulation and implementation of national strategies*. New York, USA.

U.S. Department of Health and Human Services (HHS) (2012) *National Strategy for Suicide Prevention: Goals and Objectives for Action*. Washington, DC: HHS.

Zalsman, G et al. (2017). Evidence-based national suicide prevention taskforce in Europe: A consensus position paper. *European neuropsychopharmacology* 27(4), 418–421. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2017.01.012>

Zurbriggen, C., y González Lago, M. (2020). Innovación y Co-Creación: Nuevos Desafíos para las Políticas Públicas. *Revista de Gestión Pública*, 3(2), 329–361. <https://doi.org/10.22370/rgp.2014.3.2.2245>

Sitios Webs

Prevención del Suicidio: una serie de recursos de la OMS

https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=5373:2008-prevencion-suicidio-serie-recursos-oms&Itemid=40615&lang=es

Center of Disease Control “Suicide”, Disponible en <https://www.cdc.gov/suicide/index.html>.

Suicide Prevention Australia, <https://www.suicidepreventionaust.org/our-work/policy-positions/>