

FACULTAD LATINOAMERICANA DE CIENCIAS SOCIALES
SERIE LIBROS FLACSO-CHILE



SUICIDIOS CONTEMPORÁNEOS: VÍNCULOS, DESIGUALDADES Y TRANSFORMACIONES SOCIOCULTURALES. Ensayos sobre violencia, cultura y sentido

Gabriel Guajardo Soto
(Editor)

Santiago de Chile, septiembre de 2017

Esta publicación debe citarse como:

Guajardo, G. (Ed.) (2017). *Suicidios contemporáneos: vínculos, desigualdades y transformaciones socioculturales. Ensayos sobre violencia, cultura y sentido*. Santiago de Chile: FLACSO-Chile.

Ediciones FLACSO-Chile

Av. Dag Hammarskjöld 3269, Vitacura - Santiago de Chile

www.flacsochile.org

Impreso en Santiago de Chile

Septiembre de 2017

ISBN Libro impreso: 978-956-205-262-7

Descriptores:

1. Suicidio
2. Estadísticas
3. Violencia
4. Sentido
5. Cultura
6. Pueblos indígenas
7. Cibersuicidio
8. Misiones suicidas
9. Ciencias Sociales
10. Políticas públicas

Producción Editorial: Marcela Zamorano, FLACSO-Chile.

Diagramación interior: Marcela Contreras, FLACSO-Chile.

Diseño de portada: Marcela Zamorano, FLACSO-Chile.

Impresión: Gráfica LOM, Concha y Toro 25, Santiago, Chile

Este libro es una publicación de la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, FLACSO-Chile. Sus contenidos no pueden ser reproducidos o traducidos totalmente o en parte, sin autorización previa de FLACSO-Chile.

Las opiniones versadas en los artículos que se presentan en este trabajo, son de responsabilidad exclusiva de sus autores(as) y no reflejan necesariamente la visión y puntos de vista de FLACSO-Chile ni de las instituciones a las cuales se encuentran vinculados(as).

ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS	11
PRESENTACIÓN Ángel Flisfisch Fernández	13
PRÓLOGO Gianna Gatti Orellana	15
INTRODUCCIÓN Gabriel Guajardo Soto	19
PARTE I	25
SITUACIÓN ACTUAL Y PERSPECTIVAS PARA EL ANÁLISIS	
CAPÍTULO 1. Caracterización del suicidio en Chile: ¿qué nos dicen nuestras estadísticas? Alberto Larraín Salas y Francisca Lobos Mosqueira	27
CAPÍTULO 2. Una aproximación lingüística del suicidio: orígenes y problemas de uso actual en la lengua española Christian Rivera Viedma	45
CAPÍTULO 3. Suicidio, violencia contra el sí mismo y la pulsión de muerte: Una aproximación crítica Marta Josefa Bello Hiriart	57

PARTE II	79
VÍNCULOS Y RELACIONES	
CAPÍTULO 4.	81
El suicidio más allá de la lógica deficitaria. Un estudio de caso Francisco Ojeda G.	
CAPÍTULO 5.	101
Suicidio: el control de la sociedad y sentido a la vida de los individuos José Lledó Muñoz	
CAPÍTULO 6.	111
Suicidio e infancia: hacia una sociedad que escuche y reconozca al otro Carolina Victoria Parra Chiang	
CAPÍTULO 7.	121
Suicidio adolescente y los vínculos relacionales Soledad Arriagada	
PARTE III	131
DIFERENCIAS Y DESIGUALDADES	
CAPÍTULO 8.	133
Etiologías del suicidio pehuenche: trauma territorial y fuerzas negativas en Alto Biobío, Chile Claudio González Parra, Jeanne W. Simon y Elda Jara	
CAPÍTULO 9.	153
Papa Ismusqa y la otra vida. Estudio etnográfico sobre el suicidio femenino en el área rural de Cochabamba, Bolivia Yara Morales	
CAPÍTULO 10.	187
Cibersuicidio: un nuevo escenario del suicidio Claudia Baros Agurto	
CAPÍTULO 11.	205
Misiones suicidas: violencia y muerte en los fundamentalismos islámicos y judíos Isaac Caro	

CAPÍTULO 12.	213
Suicidio en población LGBTI, un enfoque forense en el contexto de los derechos humanos en Chile Diana Aparicio Castellanos	
PARTE IV	229
REGLAS, NORMAS Y TRANSFORMACIONES	
CAPÍTULO 13.	231
Dispositivo metodológico crítico y transformador para delimitación del tema de investigación ‘suicidio en la escuela’ Gabriel Guajardo Soto, María Isabel Toledo Jofré, José Lledó Muñoz, Carolina Victoria Parra Chiang	
CAPÍTULO 14.	263
Salud mental como derecho: Los casos de implementación de las leyes de salud mental en Estados Unidos y Chile Alberto Larraín Salas y Teresa Abusleme Lama	
AUTORES Y AUTORAS	297

ABREVIATURAS, SIGLAS Y ACRÓNIMOS

AMIA	Asociación Mutual Israelita Argentina
APS	Atención Primaria de Salud
AVAD	Años de vida ajustados por discapacidad
AVD	Años de vida perdidos por discapacidad
CDN	Convención sobre los Derechos del Niño
CELADE	Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía
CEPAL	Comisión Económica para América Latina y el Caribe
CESFAM	Centro de Salud Familiar
CIDH	Comisión Interamericana de Derechos Humanos
CIE-10	Clasificación Internacional de Enfermedades
COMISCA	Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica
COSAM	Centro Comunitario de Salud Mental
DEIS	Departamento de Estadísticas de Información de la Salud
DEIS-MINSAL	Departamento de Estadísticas de Información de la Salud del Ministerio de Salud. Chile
DSM-V	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
EUA	Estados Unidos de América
FLACSO	Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales
FONASA	Fondo Nacional de Salud de Chile
Fundéu BBVA	Fundación del Español Urgente de BBVA
GLTBI	Gays Lesbianas, Transgénero, Bisexuales, Intersexuales

INE	Instituto Nacional de Estadísticas
ISAPRE	Instituciones de Salud Previsional
LGTB	Lesbianas, Gays, Transgénero y Bisexuales
LGTBI	Lesbianas, Gays, Transgénero, Bisexuales, Intersexuales
LGBTTTI	Lesbianas, Gays, Bisexuales, Transgéneros, Travestis, Transexuales e Intersexuales
MINEDUC	Ministerio de Educación, Chile
MINSAL	Ministerio de Salud, Chile
MDS	Ministerio de Desarrollo Social, Chile
NTLLE	Nuevo Tesoro Lexicográfico de la Lengua Española
PAHO	Pan American Health Organization
PDI	Policía de Investigaciones de Chile
PNPS	Programa Nacional de Prevención del Suicidio, Chile
OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico
OEA	Organización de Estados Americanos
OPS	Organización Panamericana de Salud
OMC	Organización Mundial de Comercio
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organismo No Gubernamental
ONU	Organización de las Naciones Unidas
RAE	Real Academia Española
RTC	Respuesta a Trauma Colonial
Scielo	Scientific Electronic Library Online
SEREMI	Secretaria Regional Ministerial
SML	Servicio Médico Legal
UN	United Nations
WHO	World Health Organization
WoS	Web of Science

CAPÍTULO 12.

SUICIDIO EN POBLACIÓN LGBTI, UN ENFOQUE FORENSE EN EL CONTEXTO DE LOS DERECHOS HUMANOS EN CHILE

Diana Aparicio Castellanos

Las personas fallecidas que ingresan al Servicio Médico Legal (SML) de Chile, habitualmente se dividen en las siguientes categorías: 1. Muertes violentas (accidentes, suicidios y homicidios); 2. Muertes sospechosas, repentinas o inesperadas; 3. Personas fallecidas por enfermedad, sin certificado médico de defunción, 4. Y muerte de personas bajo resguardo estatal (muerte en custodia).

El suicidio observado como una forma de violencia intencional y autoinfligida, requiere de un mayor análisis para la elaboración de políticas públicas que permitan abordarlo, orientadas hacia la prevención y disminución de su incidencia en la comunidad. El propósito de este estudio, es incluir la necesidad de realizar una perspectiva de derechos humanos hacia la evaluación del suicidio relacionada a la diversidad sexual, específicamente de la población LGBTI (Lesbianas, Gays, Bisexuales, Trans e Intersex) en Chile, de tal forma que la información emitida desde el Servicio Médico Legal, contribuya en la elaboración de instrumentos, leyes, políticas y programas en el Estado de Chile.

Introducción

Las personas fallecidas que ingresan al Servicio Médico Legal de Chile, para ser autopsiadas, generalmente se asocian a muertes violentas (accidentes, suicidios y homicidios); muertes sospechosas, muertes repentinas o inesperadas; personas fallecidas por enfermedad, sin certificado médico de defunción y el fallecimiento de personas bajo resguardo estatal.

La manera de muerte, define en qué contexto se establece la causa originaria de la muerte. Desde la visión del derecho, esencialmente la muerte es natural o violenta, dependiendo el origen de la causa en sí.

Las muertes violentas además se subclasifican en homicidio, suicidio o accidente. Eventualmente, en algunas ocasiones, no resulta posible definir la causa ni la circunstancia en la que acontece la muerte. Estas se clasifican entonces en muertes indeterminadas, pudiendo en ciertos casos precisar posteriormente una u otra interrogante, con base en nuevas investigaciones o exámenes complementarios, lo que permite la re clasificación (DiMaio, V. y DiMaio, D., 2001). Así, el órgano investigador que es el Ministerio Público define la circunstancia apoyándose en la información obtenida del estudio del sitio de suceso, de la investigación policial relacionada en conjunción con los hallazgos en la autopsia y los análisis de laboratorio.

Los resultados de la autopsia en sí son absolutos, sin embargo, su interpretación puede ser revisada a la luz de nueva información que se incorpora a la investigación.

En relación a la muerte, varios son los procesos judiciales involucrados, sean para incluir estos fallecimientos en procesos penales cuando se sospecha el involucramiento de terceros en la muerte o en procesos civiles por sucesiones, término de contratos, emancipación de los hijos del fallecido y los seguros, especialmente los seguros de vida, que considera en la mayoría de los casos, criterios de exclusión de cobertura cuando de suicidio se trata.

El suicidio, según la OMS como una forma de violencia autoinflingida con el objetivo de quitarse la vida, es un grave problema de salud pública; no obstante, es prevenible mediante intervenciones oportunas, y a menudo de bajo coste. Para que las respuestas nacionales sean eficaces se requiere una estrategia de prevención del suicidio multisectorial e integral (Organización Mundial de la Salud, OMS, 2017).

Según un informe presentado en 2014 por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el suicidio es la tercera causa de muerte entre los jóvenes de 10 a 25 años en las Américas. Sin embargo, las tasas varían de forma significativa entre los países, así como según la edad y el género. Los adultos mayores de 70 años son los que tienen más probabilidad de morir por suicidio. Los hombres tienen 4 veces más probabilidades de morir por suicidio que las mujeres, aunque las mujeres realizan más intentos de suicidio.

El método más común de suicidio en la región es la asfixia, generalmente por la vía del ahorcamiento, seguido del uso de armas de fuego y el

envenenamiento (incluyendo sobredosis de fármacos y drogas e ingesta de pesticidas y otros). Los países de la región con las tasas de suicidio más altas (entre 2005 y 2009) ubican a Chile en el cuarto lugar, precedido por Guyana, Surinam, Uruguay, Chile (11,2 por cada 100 mil habitantes), a diferencia del informe de la OMS 2016, que en 2012 ubica a Chile (con una tasa de 13 suicidios por cada 100 mil habitantes) en el séptimo lugar. El informe de la OPS, también advierte que los hallazgos deben ser interpretados con cuidado, ya que la calidad de los datos puede variar de forma significativa entre los países. Además, factores culturales, religiosos y hasta legales llevan a un subregistro de suicidio en muchos países, lo que sugiere que probablemente el informe subestima la cantidad real de suicidio en las Américas.

En la estadística de la OMS 2016, el suicidio, se incluyó en el objetivo N°3 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible: “Reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles a través de la prevención y el tratamiento y promover la salud mental y el bienestar”, utilizando el Indicador: Tasa de mortalidad por suicidio. A nivel mundial, entre los adultos jóvenes de entre 15-29 años, el suicidio representa el 8,5% de todas las muertes y es clasificada como la segunda forma de muerte, después de los accidentes de tránsito. Los Estados miembros de la OMS se han comprometido a desarrollar y proporcionar una respuesta integrada de salud mental y servicios sociales basados en la comunidad. La prevención del suicidio es también un componente integral del plan de acción, con el objetivo de reducir la tasa de suicidio en un 10% en los países, para 2020.

El estigma que rodea a la depresión y el suicidio, impide la búsqueda de ayuda y provisión de servicios a disposición, situación que se ve agravada en grupos marginados y discriminados. Además, muchas instituciones de países de medianos y bajos ingresos, no tienen la capacidad de proporcionar tratamiento básico para la depresión como escasa capacitación en temas de salud mental de los trabajadores de la salud y escasa disponibilidad de medicamentos. Un buen registro de los fallecimientos por suicidio, requiere de vínculos fortalecidos con los sistemas forenses y policiales, pero pueden ser seriamente obstaculizados por los estigmas y prejuicios sociales, consideraciones legales y retrasos en la determinación de la causa de muerte (OMS, 2016).

Propósito

El propósito de este estudio, es incluir la necesidad de una perspectiva de derechos humanos en la evaluación del suicidio relacionado con la diversidad sexual, específicamente de la población LGBTI (Lesbiana, Gays, Bisexuales, Trans e Intersex) en Chile, de tal forma que la información emitida desde el Servicio Médico Legal, contribuya en la elaboración de instrumentos, leyes, políticas y programas en el Estado de Chile.

Para este objetivo, se realizó la búsqueda de información nivel nacional en torno al suicidio, a través de la información obtenida de la Unidad de Estadísticas y Archivos del Servicio Médico Legal de Chile (SML) que comprendió los años 2000 a 2015, y el trabajo realizado por esta Unidad que comprendió el periodo 2000-2010 (Nahuelpan, E., Varas, J. y Cancino, J, 2010).

Para la clasificación de las causas de muerte, el SML utiliza la Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la Salud (CIE-10), normado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2008). El capítulo X60 a X84, se dedica a lesiones autoinflingidas intencionalmente.

Suicidio y diversidad sexual

LGBTI es un acrónimo que se usa como término colectivo para referirse a las personas Lesbianas, Gays, Bisexuales, Trans (el término trans se refiere a travestis, transexuales y transgéneros) e Intersexuales e incluye la orientación e identidad sexual frente a la diversidad sexual.

Los resultados de una revisión sistemática de literatura sobre suicidio en población LGBTI, comprende en su gran mayoría investigaciones en Estados Unidos de Norteamérica y otros países de habla inglesa (Tomicic et al., 2016). “Estos estudios, señalan que el riesgo suicida es mucho mayor en la población LGBT al compararla con la población heterosexual, además de presentar una mayor probabilidad de intentos suicidas. La mayoría de las investigaciones revisadas en ese escrito, constatan la relación entre victimización de la población LGBT y comportamientos suicidas. El abuso físico, psicológico y sexual al que se ven expuestas las personas LGBT debido a su identidad de género y orientación sexual, fue asociado con suicidalidad. En relación con el proceso de adopción de la identidad de género y orientación sexual, los hallazgos de un estudio (Birkett et al., 2009) muestran que la etapa de “cuestionamiento”

constituye un importante período de riesgo suicida en el caso de las personas LGBT. En relación con la edad de revelación de identidad de género (“salida del clóset”), se encontró que a menor edad de revelación de la identidad de género y orientación sexual LGBT, mayor probabilidad de victimización de género y mayor riesgo de comportamiento suicida (Corliss et al., 2010) “ (Tomicic et al., 2016), (Ministerio de Salud, 2013).

La Comisión Interamericana de Derechos Humanos, CIDH en 2014, ha registrado casos de suicidio y daños autoinfligidos en la población LGBTI en personas privadas de libertad y niñas o niños detenidos en centros para personas adultas. La recopilación de datos de suicidio, en su mayoría estuvieron motivados por el rechazo familiar, la desaprobación de padres o madres o el hostigamiento (bullying) en las escuelas. Asimismo, según la información recibida, las personas LGBT jóvenes son más propensas a sufrir daños autoinfligidos y a suicidarse debido a la falta de aceptación de su orientación sexual o identidad de género por parte de su familia y la sociedad en general.

Los ámbitos de particular preocupación en esta población, se encuentran en las esferas del empleo, la salud y la educación, pero también en el ámbito del acceso a otros servicios básicos, como la vivienda y las prestaciones sociales (Naciones Unidas, 2012).

En cuanto a la educación, el aislamiento, prejuicios y el estigma generan depresión y otros problemas de salud que contribuyen al ausentismo escolar, a que se obligue a los niños a abandonar la escuela y, en casos extremos, a tentativas de suicidio o incluso al suicidio mismo. Un estudio realizado en el Reino Unido determinó que casi el 65% de las lesbianas, gays y bisexuales jóvenes habían sido hostigados en la escuela en razón de su orientación sexual y más de una cuarta parte de ellos habían sufrido abusos físicos; estudios realizados en otros países muestran similares resultados. Es de especial preocupación la discriminación homofóbica en las escuelas y se ha exhortado a los países, en la adopción de medidas para contrarrestar las actitudes homofóbicas y transfóbicas (Naciones Unidas, 2012).

Un enfoque de derechos

El principio de igualdad exige que los derechos enunciados en los distintos instrumentos internacionales, se reconozcan a todas personas sin discriminación alguna y que los Estados velen por que sus leyes, políticas y programas no sean discriminatorios (Principios de Yogyakarta,

2007). Estos instrumentos, abordan la situación específica de los distintos grupos en condición de vulnerabilidad; sus regulaciones han trascendido las protecciones civiles y políticas para hacerse cargo de las desigualdades sociales. Es así como el Comité de Derechos Humanos, en su Observación General N°18, precisó que el término “discriminación”, mencionada en el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, debe entenderse referido a toda distinción, exclusión, restricción o preferencia que se base en determinados motivos, como la raza, el color, el sexo, el idioma, la religión, la opinión política o de otra índole, el origen nacional o social, la posición económica, el nacimiento o cualquier otra condición social, y que tengan por objeto o por resultado anular o menoscabar el reconocimiento, goce o ejercicio, en condiciones de igualdad, de los derechos humanos y libertades fundamentales de todas las personas (Naciones Unidas, 2013) “Cualquier otra condición social”, incluye intencionalmente entre los motivos de discriminación, la orientación sexual y la identidad de género, entre otras categorías como la discapacidad, la edad y el estado de salud que no se encuentran expresamente consagrados entre los motivos enumerados en el derecho internacional. Asimismo, en su observación general N°20, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales señala que “Los Estados partes deben cerciorarse de que las preferencias sexuales de una persona no constituyan un obstáculo para hacer realidad los derechos que reconoce el Pacto (...). La identidad de género también se reconoce como motivo prohibido de discriminación” (Principios de Yogyakarta, marzo de 2007).

El Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer ha calificado de esencial la *naturaleza intersectorial* de las normas sobre discriminación, para entender el alcance de las obligaciones que la Convención impone a los Estados. “La discriminación de la mujer por motivos de sexo y género está unida de manera indivisible a otros factores que afectan a la mujer, como la raza, el origen étnico, la religión o las creencias, la salud, el estatus, la edad, la clase, la casta, la orientación sexual y la identidad de género... Los Estados partes deben reconocer y prohibir en sus instrumentos jurídicos estas formas entrecruzadas de discriminación y su impacto negativo combinado en las mujeres afectadas”. En su recomendación general N°27, el Comité manifestó que la discriminación que sufren las mujeres “con frecuencia es de carácter multidimensional, al sumarse la discriminación por motivo de edad a la discriminación por razón de género, origen étnico, discapacidad, grado de pobreza, orientación sexual e identidad de género, condición de migrante, estado civil y familiar, alfabetismo y otras circunstancias”

(Naciones Unidas, 2012), conocido como la interseccionalidad (Expósito Molina, C., 2013).

Visibilización de la diversidad sexual en América

El análisis realizado por Human Rights Watch en 2009, incorporó varias observaciones relacionadas con la diversidad sexual, “porque identidades diferentes significan vidas y necesidades diferentes, así como diferentes medidas para abordarlas”. Para esto se debe tener en cuenta que:

- a) Las organizaciones que trabajan en temas de orientación sexual e identidad de género todavía cuentan con insuficientes recursos y están gravemente aisladas.
- b) Los defensores de los derechos de las personas LGBT, y de los derechos sexuales en general, se enfrentan a diario a niveles de violencia extraordinarios.
- c) La sexualidad siempre ha sido un campo de batalla cultural y religioso. El peligro proviene del peso, la importancia política y la emoción que cada vez más se adhieren al tema de género y sexualidad.
- d) No hay forma de evitar esa clase de intersecciones. Pero hay una gran necesidad de redes más fuertes para la comunicación permanente entre movimientos a nivel regional y mundial para que los grupos planifiquen juntos.

Para América Latina, la sociedad civil identificó una serie de patrones de abuso; visto desde un panorama de desafíos y oportunidades:

Patrones de abuso:

- Disposiciones que permiten los abusos por parte de la policía.
- Las personas trans tienen una alta relación con el sistema de salud, que es tal vez el espacio principal en el que se relacionan con el Estado y la autoridad: denuncian discriminación, maltrato, falta de acceso a los servicios, y una negativa generalizada a reconocer sus identidades.
- La atención médica es un “tema” para esta población.
- Es común la discriminación en el lugar de trabajo.
- No siempre resulta fácil documentar estas denuncias, en parte por la escasa visibilidad de las lesbianas tanto al interior de los movimientos como ante el Estado y la sociedad: los abusos que se cometen contra ellas son ignorados y sus necesidades no son atendidas.
- Los derechos de las niñas y los niños que son lesbianas, gays, bisexuales y transgénero –incluyendo sus derechos a la autonomía

sexual y a la protección frente a los abusos sexuales— están en riesgo en todas las regiones.

- El hostigamiento está ligado al silencio que guardan los programas de educación en torno a estos temas, teniendo en cuenta que en muchos países no existe la educación sexual.

Avances en la legislación para proteger la diversidad sexual en Chile

En cuanto a su legislación, la Sociedad Civil junto con el Estado de Chile, ha tenido grandes avances en el último tiempo en torno a la diversidad sexual.

Promulgó la Ley 20536/2011 sobre violencia escolar; la Ley 20.609/2012 que establece medidas contra la discriminación, ley que después de casi 7 años en el congreso fue promulgada luego de que fuera considerada de urgencia, al conmover a todo Chile el ataque discriminatorio en contra del joven Daniel Zamudio debido a su orientación sexual, sus atacantes lo torturaron por cerca de seis horas, lo agredieron con puños y patadas, quemaron su cuerpo con cigarrillos, le produjeron fractura abierta en una de sus piernas, le realizaron cortes con forma de símbolo nazi en el pecho y la espalda a través del gollete de una botella y le arrojaron una piedra de grandes dimensiones en su cabeza, lesión que produjo días después su fallecimiento por un traumatismo encéfalo craneano (Vargas, C., 2012). Esta ley también es conocida como la Ley Zamudio y demostró así la escasa legislación que existía en torno a la discriminación en todos sus ámbitos. La Ley 20.750/2014, que incorpora en el correcto funcionamiento de los servicios de televisión, el respeto a la diversidad social, cultural, étnica, política, religiosa, de género, de orientación sexual e identidad de género; la Ley N°20.830/2015 que Crea el Acuerdo de Unión Civil; la Ley 2.845/2015 de Inclusión educacional; la Ley 20885/2016 que crea la Subsecretaría de Derechos Humanos; entre otros.

A nivel normativo, el Servicio Médico Legal garantizó el 2008 un trato digno y desprejuiciado a la población transexual que se atiende en sus dependencias y a tratar a las personas transexuales por su nombre social.

El Ministerio de salud, además del trato por su nombre social, lanzó el primer protocolo que regula los procedimientos médicos de adecuación corporal (Ministerio de Salud de Chile, 2010), y la Guía Práctica para Consejería en Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes y

Orientaciones para los equipos de Atención Primaria (Ministerio de Salud, 2016).

Resultados y discusión

Al analizar la información proporcionada sobre suicidios por Región (2010-2015), se observó que la mayor cantidad de suicidios se presentan en la Región Metropolitana, Región del Bío-Bío y Región de Valparaíso respectivamente, entre las 5 primeras regiones.

Tabla N°1
Cantidad de Suicidios por Región (2010-2015) (N=11.098)

AÑO	REGIÓN				
2010	Metropolitana 704	Valparaíso 222	Biobío 180	Los Lagos 148	Araucanía 130
2011	Metropolitana 725	Biobío 236	Valparaíso 218	Araucanía 147	L. B. O'Higgins 132
2012	Metropolitana 671	Biobío 200	Valparaíso 195	Maule 138	Los Lagos 121
2013	Metropolitana 636	Biobío 197	Valparaíso 190	Los Lagos 148	Maule 99
2014	Metropolitana 658	Biobío 212	Valparaíso 191	Araucanía 130	L. B. O'Higgins 127
2015	Metropolitana 571	Biobío 214	Valparaíso 195	Araucanía 138	Maule 133

Fuente: Unidad de Estadística y Archivo, Servicio Médico Legal.

En cuanto a género, el sexo masculino representó el 82% de los suicidios y el femenino el 18% durante los años 2010 a 2015.

Tabla N°2
Porcentaje de suicidios por sexo (2010-2015) (N= 11.098)

	Hombres	Mujeres
2010	81,5%	18,5%
2011	81,8%	18,2%
2012	82,8%	17,2%
2013	81,7%	18,3%
2014	82,5%	17,5%
2015	81,4%	18,6%
	82,0%	18,0%

Fuente: Unidad de Estadística y Archivo, Servicio Médico Legal.

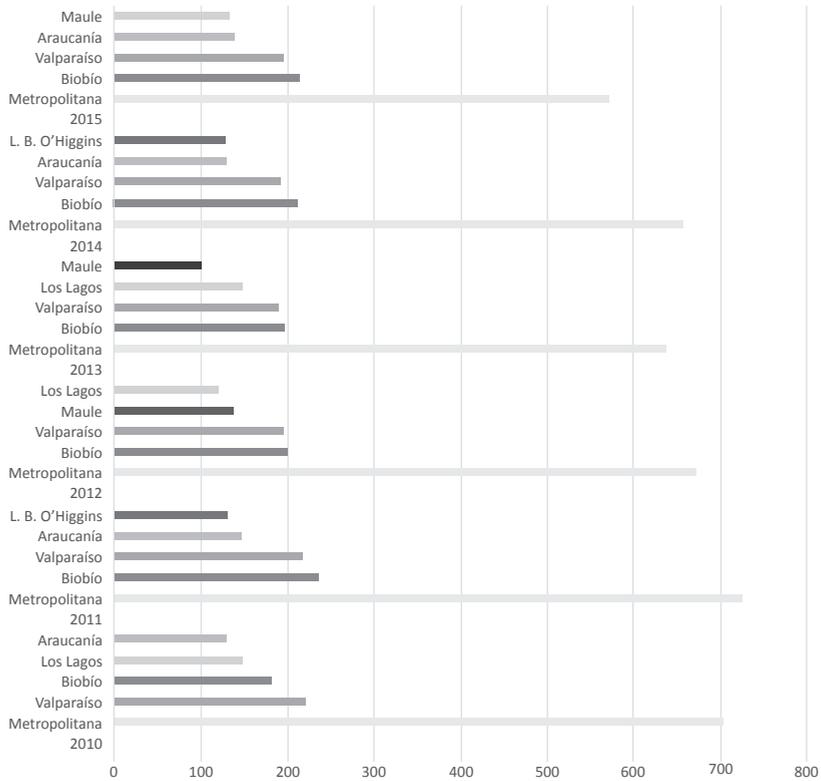
El método suicida más utilizado a nivel nacional en hombres y mujeres fue la asfixia por ahorcamiento. Este método mundialmente empleado a lo largo de la historia, resulta ser el de mayor preferencia en relación a otros métodos por su elevada eficiencia, rapidez en obtener el efecto buscado, amplia diversidad de elementos que pueden ser empleados y la “limpieza”, ya que no suele asociarse ni a heridas ni a sangrados. La utilización de arma de fuego y la caída de altura son también comunes, sin embargo, ambos requieren de determinados medios que no están disponibles permanentemente. En último, lugar se presenta el envenenamiento (incluye sobredosis de fármacos, drogas e ingesta de pesticidas y otros).

Tabla N°3
Porcentaje Según Método Suicida (N=11.098)

2010 a 2015	Ahorcamiento	84,3%
	Armas de fuego o Explosivo	6,9%
	Envenenamiento	3,1%
	Otra Causa	5,7%

Fuente: Unidad de Estadística y Archivo, Servicio Médico Legal.

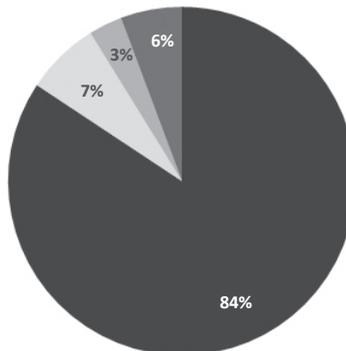
Gráfico N°1
Cantidad de Suicidios por Año y Región (2010-2015) (N= 11.098)



Fuente: Unidad de Estadística y Archivo, Servicio Médico Legal.

Gráfico N°2
Tendencia del Método Suicida (2010-2015) (N= 11.098)

■ Ahorcamiento ■ Armas de fuego o Explosivo ■ Envenenamiento ■ Otra Causa



Fuente: Unidad de Estadística y Archivo, Servicio Médico Legal.

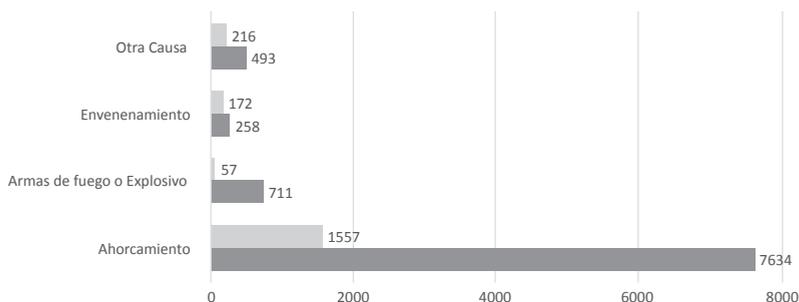
Al separarlo por sexo, en hombres se mantiene el posicionamiento anterior y en cuanto a mujeres, el primer lugar corresponde al ahorcamiento, en segundo lugar, otros métodos no especificados; seguidos por envenenamiento (incluyendo sobredosis de fármacos, drogas e ingesta de pesticidas) y en último lugar, el uso de armas de fuego o explosivos.

Tabla N°4
Método Suicida Según Sexo (N= 11.098)

2010 a 2015				
	Ahorcamiento	Armas de fuego o Explosivo	Envenenamiento	Otra Causa
Hombres	7634	711	258	493
Mujeres	1557	57	172	216
	9191	768	430	709

Fuente: Unidad de Estadística y Archivo, Servicio Médico Legal.

Gráfico N°3
Método Suicida Según Sexo (N= 11.098)



Fuente: Unidad de Estadística y Archivo, Servicio Médico Legal.

Los resultados de la información analizada, es similar a la encontrada en la investigación del SML 2000-2010 (Nahuelpan et al., 2010).

Sin embargo, se observó que la información sociodemográfica no permitió visibilizar la diversidad sexual en torno al suicidio, al carecer de registros sobre orientación sexual e identidad de género, conducentes a la obtención de datos estadísticos.

La violencia en población LGBTI, requiere una visibilización tanto en casos de personas fallecidas, como en los usuarios vivos que acuden para constatación de lesiones, delitos sexuales, entre otros, con el objetivo de analizar los niveles de violencia y su contexto para la generación de

políticas públicas en torno a esta población. Así mismo, el Ministerio de Salud (2016), ha incorporado guías para la atención de adolescentes incluyendo la orientación sexual e identidad de género, además de otras acciones, pero desafortunadamente sus estadísticas también excluyen la diversidad sexual (DEIS).

Requerimientos internacionales

La Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible de la Organización de la Naciones Unidas, incluye 17 Objetivos de aplicación universal, para que, en los próximos 15 años, los países intensifiquen los esfuerzos para poner fin a la pobreza en todas sus formas, reduzcan la desigualdad y luchen contra el cambio climático garantizando, al mismo tiempo, que nadie se quede atrás.

La Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH, 2014), “insta a los Estados a tomar medidas urgentes y efectivas de prevención y respuesta frente a las violaciones de derechos humanos y a garantizar que las personas LGBTI puedan gozar efectivamente de su derecho a una vida libre de violencia y discriminación”, entre otras tantas medidas, solicita coleccionar y producir datos sobre la violencia contra personas LGBT, con el propósito de fomentar políticas públicas orientadas a proteger sus derechos humanos, al notar que la mayoría de los Estados Miembros de la OEA no recopilan datos sobre la violencia contra estas personas. En ese contexto, excepto por unas pocas fuentes estatales, la CIDH debió llenar este vacío recurriendo a fuentes complementarias, tales como la cobertura periodística en medios de comunicación, informes de organizaciones de la sociedad civil y otras fuentes que realizan monitoreo. El resultado es un Registro de Violencia que no es exhaustivo pero que revela diversas formas de violencia generalizada que sufren las personas LGBT en América.

A través de las estadísticas emitidas por la OMS y para favorecer el desarrollo equitativo, se plantea la necesidad de una mayor desagregación de datos, incluyendo estadísticas desglosadas por sexo, edad, ingresos/riqueza, educación, raza, etnia, estatus migratorio, discapacidad y ubicación geográfica, o por otras características, con el fin de identificar y realizar un seguimiento de poblaciones en desventaja dentro de los países. El objetivo 17, pide específicamente a los países, el aumento de la disponibilidad de datos desglosados para las dimensiones relevantes de desigualdad. Este desglose, presenta un reto importante para muchos países y para la vigilancia mundial y regional. Las encuestas

locales son la fuente principal de los datos de salud y el desglose de las características demográficas y socioeconómicas pueden ser utilizados para la identificación de las poblaciones desfavorecidas (OMS, 2016).

Consideraciones para el levantamiento de la información

En el levantamiento de información, es imprescindible que todas las personas, familias y víctimas que acuden al SML se sientan y cuenten con un ambiente seguro y de apoyo desde el ingreso hasta la salida y término del examen o pericia. En este caso, las personas LGBTI no deben estar exentas de esto para que puedan expresar libremente sus datos sociodemográficos, incluida su orientación sexual e identidad de género.

La eliminación de los prejuicios y de los estigmas, y la empatía de los(las) funcionarios(as) propiciará ambientes abiertos y tranquilos que permitirán establecer una relación de confianza entre el(la) entrevistador(a) y el(la) usuario(a) o su familia, con el fin de favorecer la comunicación y el aporte de información personal y sensible, manifestando y garantizando la confidencialidad.

Se deberá mantener el enfoque objetivo y la ausencia de prejuicios y conclusiones estereotipadas que puedan ser expresadas de forma verbal y/o a través del lenguaje corporal. Algunos entrevistadores(as), pueden sentirse incómodos(as) con la orientación sexual o identidad de género e involuntariamente, pueden mostrar un distanciamiento o lenguaje corporal degradante. Para lo anterior, es indispensable la capacitación de todos(a) los(las) funcionarios(as) que atienden público y las personas encargadas en la toma de decisiones.

Mostrar una actitud y disposición positiva hacia la orientación sexual e identidad de género es esencial; para esto, el vocabulario no ofensivo y el uso de terminología adecuada permitirá y otorgará un mejor servicio a toda la población.

Referencias bibliográficas

- Comisión Interamericana de Derechos Humanos (2014). Una mirada a la violencia contra personas LGBTI, Washington, D.C. Recuperado de <http://www.oas.org/es/cidh/lgtbi/docs/Anexo-Registro-Violencia-LGBTI.pdf>
- DiMaio, V. y DiMaio, D. (2001). *Forensic Pathology*; Boca Ratón, Florida, Estados Unidos de América: CRC Press LLC.
- Expósito Molina, C. (2013). ¿Qué es eso de la interseccionalidad? Aproximación al tratamiento de la diversidad desde la perspectiva de género en España. *Investigaciones Feministas*, 3, 203-222. doi:10.5209/rev_INFE.2012.v3.41146. Recuperado de http://dx.doi.org/10.5209/rev_INFE.2012.v3.41146
- Human Rights Watch (2009). *Por el mismo camino, por caminos diferentes el activismo en torno a la orientación sexual y la identidad de género en el mundo. Estados Unidos de América*. ISBN: 1-56432-489-3. Recuperado de <https://www.hrw.org/sites/default/files/reports/lgbt0509spwebwcover.pdf>
- Ministerio de Salud de Chile (2010). Subsecretaría de Salud Pública, División de Prevención y Control de Enfermedades. *Vía Clínica para la adecuación corporal en personas con incongruencia entre sexo físico e identidad de género*, Santiago de Chile. Recuperado de <http://www.minsal.cl/portal/url/item/d126e58ba4cb53f5e040010165017912.pdf>
- Ministerio de Salud (2013). Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes. *Situación actual del suicidio adolescente en Chile con perspectiva de género*. Recuperado de <http://web.minsal.cl/sites/default/files/files/SituacionActualdelSuicidioAdolescente.pdf>
- Ministerio de Salud (2016). *Guía Práctica para Consejería en Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes Orientaciones para los equipos de Atención Primaria*, ISBN: 978-956-348-093-1. Recuperado de <http://web.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/09/CONSEJERIA-EN-SALUD-SEXUAL-Y-REPRODUCTIVA-PARA-ADOLESCENTES-2016.pdf>
- Naciones Unidas (2012). Oficina del Alto Comisionado De Derechos Humanos. *Nacidos Libres E Iguales. Orientación sexual e identidad de género en las normas internacionales de derechos humanos*. Nueva York - Ginebra. Recuperado de http://www.ohchr.org/Documents/Publications/BornFreeAndEqualLowRes_SP.pdf
- Naciones Unidas (2013). Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos. *Orientación Sexual e Identidad de Género en el Derecho Internacional de los Derechos Humanos*. Recuperado de <http://acnudh.org/wp-content/uploads/2013/11/Orientaci%C3%B3n-sexual-e-identidad-de-g%C3%A9nero-en-el-derecho-internacional-de-los-derechos-humanos.pdf>
- Naciones Unidas (s.f.). *Objetivos del Desarrollo Sostenible*. Recuperado de <http://www.un.org/sustainabledevelopment/es/la-agenda-de-desarrollo-sostenible/>
- Nahuelpan, E., Varas, J. y Cancino, J. (2010). *El Suicidio en Chile: Análisis del Fenómeno desde los datos Médico Legales, periodo 2000-2010*. Unidad de Estadísticas y Archivos del Servicio Médico Legal de Chile. Santiago.

- Organización Mundial de la Salud, OMS (2016). *World health statistics 2016: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals*. France, E-ISBN: 978-92-4-069569-6 (PDF). Recuperado de http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2016/en/
- Organización Mundial de la Salud, OMS (2017). *Suicidio*. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs398/es/>
- Organización Panamericana de la Salud (2014). *Mortalidad por suicidio en las Américas. Informe regional*. Washington, D.C.: ISBN: 978-92-75-31843-0; recuperado de <http://www.bvsde.paho.org/documentosdigitales/bvsde/texcom/PAHOMortalidad-suicidio.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud, OPS (2008). *CIE-10, Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud, 10a. revisión*. Washington, D.C. Estados Unidos de América, Recuperado de <http://ais.paho.org/classifications/Chapters/index.htm>
- Principios de Yogyakarta (Marzo de 2007). Principios sobre la aplicación De la legislación internacional de derechos humanos en relación con la orientación sexual y la identidad de género. Recuperado de <http://www.refworld.org/cgi-bin/telex/vtx/rwmain/opendocpdf.pdf?reldoc=y&docid=48244e9f2>
- Vargas, C. (28 de marzo de 2012). "Autopsia de Daniel Zamudio revela que falleció producto de un traumatismo encéfalo craneano". La Tercera. Recuperado de <http://www.latercera.com/noticia/autopsia-de-daniel-zamudio-revela-que-fallecio-producto-de-un-traumatismo-encefalo-craneano/>.
- Tomicic et al. (2016). Suicidio en poblaciones lesbiana, gay, bisexual y trans: revisión sistemática de una década de investigación (2004-2014). *Revista Médica de Chile*, 144(6), 723-733. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872016000600006>