



MINISTERIO DE SALUD RESOLUCION EXENTA N° _____/
SERVICIO SALUD TARAPACÁ
SUBDIRECCIÓN GESTION ASISTENCIAL
DEPTO. DEPTO. JURIDICO
DEPTO. DE SALUD MENTAL/

IQUIQUE,

VISTOS: Resolución N° 1600 de 2008, de la Contraloría General de la República. Lo dispuesto en el Decreto con Fuerza de Ley N°01 del año 2000, del Ministerio Secretaría General de la Presidencia que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado de la Ley N°18.575, Orgánica Constitucional de Bases Generales de la Administración del Estado; D.F.L. N°01/2005, del Ministerio de Salud, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del Decreto Ley N°2.763 de 1979 y de las Leyes Nos. 18.933 y 18.469; Ley 19.937 de Autoridad Sanitaria; Ley N°19.880 que establece Bases de Procedimientos Administrativos que rigen los actos de los Órganos de la Administración del Estado; Decreto N°140/04 del Ministerio de Salud que aprobó el Reglamento orgánico de los Servicios de Salud, Decreto Afecto N° 56 del 29 de diciembre de 2022, del Ministerio de Salud; lo dispuesto en el artículo 55 bis, 56 y 57 inciso segundo de la Ley N°19.378; artículo 6 del Decreto Supremo N°118 del 2007, del Ministerio de Salud.

CONSIDERANDO:

1.- Que, el objetivo del Protocolo de intento de suicidio busca estandarizar procedimientos de las acciones a seguir de los diferentes equipos de salud de la red asistencial.

2.- Que, busca articular y coordinar las acciones en sus diferentes niveles de complejidad en el proceso de prevención, intervención y seguimiento de los niveles primario, secundario y terciario.

3.-Que, busca incorporara en la articulación y coordinaciones con la red entre Salud y educación y la actualización de los protocolos de suicidio de la región.

4.-Que, por objetivos ministeriales de deben generar Protocolos de Referencia y Contrarreferencia de la Red de Salud Mental, ajustados al formato actualizado a los Protocolos Resolutivos en red.

RESUELVO:

1.-APRUÉBASE el Protocolo Resolutivo en Red, elaborado, actualizado y aprobado por la Encargada de la Unidad de Calidad del Servicio de Salud, Encargado de prevención del Suicidio en la Red de Salud Mental Elaborado en abril 2024.

2- El texto del presente protocolo, que consta de 36 páginas, se entiende forma parte integrante de la presente resolución.



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799
Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:
<https://doc.digital.gob.cl/validador/FLIYSQ-667>



PROTOCOLO DE INTENTO DE SUICIDIO
SERVICIO DE SALUD TARAPACA
2024

Elaborado Por:	Revisado por:	Aprobado por:
<p>Jonnatan Bermúdez Lazcano Psicólogo, Referente de Prevención de suicidio Profesional de Gestión Dpto. de Redes de Salud Mental Servicio de Salud Tarapacá</p>	<p>Jorge Sarmiento Gandarillas Jefe Dpto. Salud Mental Servicio de Salud Tarapacá</p> <p>Carlos Calvo Varas Subdirector de Gestión Asistencial Servicio de Salud Tarapacá</p> <p>Paula Quezada Lagos Jefa Calidad Servicio de Salud Tarapacá</p> <p>Balena Kirin Corrales Gamboa Referente Gestora Procesos Clínicos e Integrales Dpto. de Redes de Salud Mental Servicio de Salud Tarapacá</p>	<p>María Paz Iturriaga Lisbona Directora Servicio Salud Tarapacá</p>
Fecha: Abril 2024	Fecha: Abril 2024	Fecha: Abril 2024



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799
Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:
<https://doc.digital.gob.cl/validador/FLIYSQ-667>

INDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	3
2. MAPA DE RED.....	5
3. PROPOSITO.....	5
4. OBJETIVO.....	6
5. ALCANCE:.....	6
6. RESPONSABLES:.....	7
7. POBLACION OBJETIVO:.....	9
8. DEFINICIONES.....	9
9. PROCEDIMIENTO O DESARROLLO.....	15
10. FLUJOGRAMA.....	26
11. ANEXOS.....	29



1. INTRODUCCIÓN

El suicidio es un problema de salud pública que afecta a millones de personas en todo el mundo y tiene un impacto significativo en la sociedad. Ante esta problemática, es fundamental contar con protocolos de actuación efectivos que permitan abordar de manera adecuada a las personas en riesgo suicida y brindarles el apoyo necesario para prevenir estas tragedias.

El suicidio es un fenómeno complejo y multifactorial, por lo que se requiere un enfoque integral que considere tanto los aspectos clínicos y psicológicos, como los sociales y ambientales.

En Chile, al igual que en muchos países del mundo, es especialmente preocupante el aumento de la mortalidad por causas externas en la población de riesgo, transformándose así, en un problema de salud pública que se debe atender con premura.

El presente documento tiene como objetivo establecer un protocolo de actuación para la prevención y abordaje del suicidio, con el fin de ofrecer una guía clara y precisa a los profesionales de la salud, trabajadores sociales, educadores y demás actores involucrados en la atención de personas en riesgo suicida.

Este protocolo se basa en la evidencia científica disponible, así como en las mejores prácticas y recomendaciones internacionales en el campo de la prevención del suicidio. Se ha diseñado con el propósito de proporcionar una respuesta integral y multidisciplinaria, que abarque tanto la detección temprana del riesgo suicida como la intervención oportuna y el seguimiento adecuado de las personas en situación de vulnerabilidad.



El protocolo contempla diferentes etapas en la actuación, desde la detección inicial del riesgo hasta la intervención y el seguimiento posterior. Se enfoca en la importancia de una evaluación exhaustiva del riesgo suicida, que incluya la identificación de factores de riesgo y protectores, así como la valoración de la situación clínica, psicológica y social de la persona en riesgo. Se reconoce la necesidad de contar con servicios de atención especializada en salud mental y de asegurar una adecuada coordinación entre los diferentes niveles de atención y los recursos comunitarios disponibles.

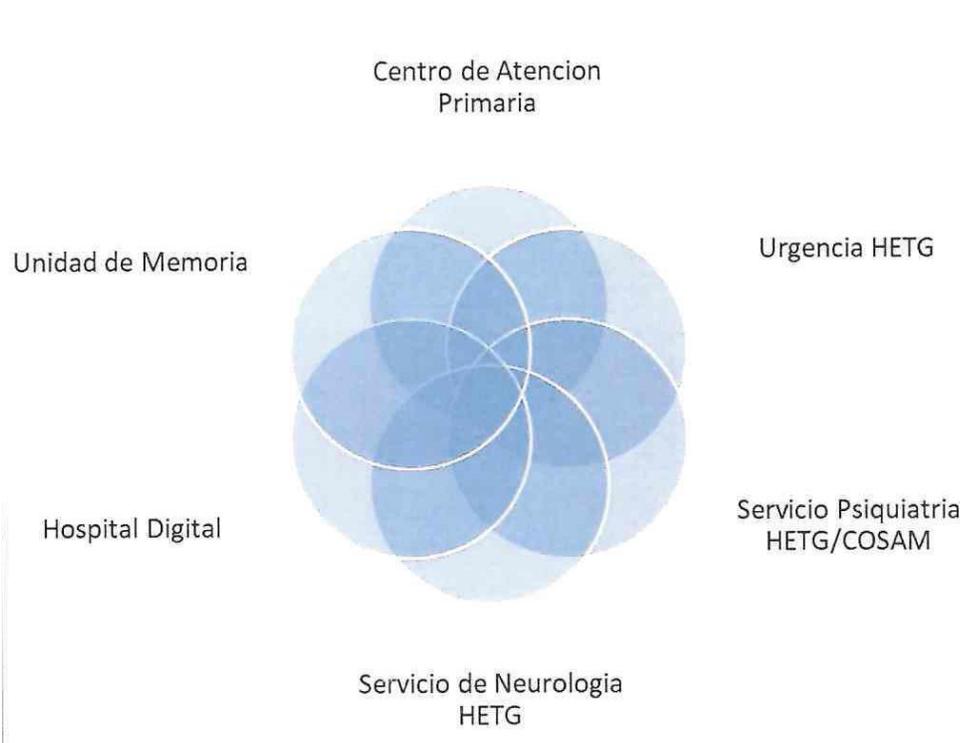
En resumen, el presente protocolo de actuación tiene como finalidad proporcionar una guía práctica y basada en la evidencia para el abordaje del suicidio. Su implementación pretende contribuir a la prevención de esta problemática, así como a la mejora de la calidad de la atención brindada a las personas en riesgo suicida. Es responsabilidad de todos los actores involucrados en la atención de la salud mental trabajar de manera conjunta y comprometida para reducir la incidencia del suicidio y promover la vida y el bienestar de las personas.



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799
Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/FLIYSQ-667>

2. MAPA DE RED (TODOS LOS ACTORES INVOLUCRADOS DESDE EL INTERSECTOR A LA RED DE SALUD)



3. PROPÓSITO

Disponer de un documento que estructure el flujo de actuación frente a situaciones de riesgo, que determine procedimiento de ingreso, egreso, seguimiento y derivación de los usuarios con intento de suicidio, en los dispositivos de salud de Tarapacá.



4. OBJETIVO

3.1 General:

Garantizar la eficacia, seguridad, y oportunidad de la atención del usuario en riesgo suicida, mediante la estandarización de su manejo clínico – terapéutico en la Red Asistencial de Salud de la Región de Tarapacá.

3.2 Objetivos Específicos

- Orientar las acciones de los equipos de Salud para el manejo de paciente en riesgo de suicidio.
- Definir acciones de contingencia para la intervención en casos de dinámica de suicidio.
- Establecer responsabilidades y plazos de ejecución e intervención.
- Definir responsabilidades en el aspecto de seguimiento.

5. ALCANCE:

El presente documento será de conocimiento de la red asistencial como el Inter sector y aplicación será ejecutado por el nivel primario, secundario y terciario de la Red Asistencial de Salud, de la región de Tarapacá



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/FLIYSQ-667>

6. RESPONSABLES.

DE LA EJECUCIÓN

Nivel Primaria de Atención, Equipo de Salud Mental de APS, CESFAM, CECOSF, Consultores Generales Rurales, Consultorio Generales Urbanos:

- Promover estilos de vida favorecedores de mantener una Salud Mental optima
- Prevención de conductas de riesgo suicida
- Coordinación con el Inter sector de casos de riesgo
- Pesquisa activa y pasiva por parte del equipo en general, para su respectiva derivación a Programa de SM APS
- Categorización del riesgo para derivar a los distintos niveles de atención en caso de que sea pertinente.
- Otorgar tratamiento y seguimiento en el programa de salud mental de usuarios con riesgo leve y moderado

Servicios de Urgencia de Atención Primaria de la Red de Salud SAPU/SAR:

- Brindar atención a usuarios que consultan por riesgo y/o por intentos
- Derivar a nivel de Urgencia Hospitalaria si es pertinente, a APS o nivel de especialidad para tratamiento y seguimiento.
- Registro MIDAS LAIN



Nivel Secundario de Atención, Especializada Salud Mental:

COSAM, Hospitales de Día Adulto e Infanto Adolescente

- Otorgar evaluación, tratamiento y seguimiento de los usuarios con Riesgo grave o intentos previos
- Derivar a Servicios de Urgencia según pertinencia

Urgencia Hospitalaria

- Atención de Urgencia a usuarios con riesgo e intentos
- Derivar para hospitalizados según pertinencia (UCI,UTI, UHCIP etc)
- Registro MIDAS LAIN

Nivel Terciario de Atención Salud Mental UHCIP

- Evaluación, estabilización del estado actual y derivación a seguimiento en Red Primaria o Secundaria de especialidad.

DE LA EVALUACIÓN Y MONITOREO

Directores de Establecimientos responsable de la ejecución del protocolo en sus establecimientos.

Referentes o encargadas de suicidio de los establecimientos, de coordinar las acciones a realizar de acuerdo a cada situación de riesgo que fue recepcionada por derivación o notificación electrónica, en un plazo no superior a 24 hrs.

A su vez, deberán informar a Referente del Servicio de Salud Tarapacá las acciones realizadas por cada caso en un plazo no superior a 5 días.

Mantener catastro de los casos recepcionados de riesgo e intentos en los cuales se realizaron acciones terapéuticas como de seguimiento.



Referente de Suicidio del Servicio de Salud de Tarapacá, Monitorización y seguimiento de la atención efectiva en cada uno de los establecimientos en que se levante boletín por dinámica de suicidio y activación de protocolo

Contar con catastro a nivel regional de los casos de riesgo, intento y suicidios consumados

7. POBLACIÓN OBJETIVO

EL presente protocolo, está dirigido a prestar atención de tipo asistencial, de carácter prioritario a toda persona que presente riesgo e intento de suicidio; consultante de la Red Pública de Salud.

8. DEFINICIONES

Conocer en profundidad los conceptos del protocolo de suicidio es fundamental para mejorar la prevención, tratamiento y postvención del suicidio, asegurando intervenciones informadas, cohesivas y respetuosas para aquellos en situación de vulnerabilidad.

Suicidio: El suicidio es un acto consciente de auto aniquilación que se produce por un malestar pluridimensional de un individuo que percibe este acto como la mejor solución (MINSAL, 2013).

Suicidalidad: un continuo que va desde la mera ocurrencia hasta la consecución del suicidio, pasando por la ideación, la planificación y el intento suicida. (MINSAL, 2013)

Ideación Suicida: Se refiere a pensamientos acerca de la voluntad de quitarse la vida, pudiendo estos tener o no planificación concreta. (Chile U. d., 2024)



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/FLIYSQ-667>

Intento Suicida: Conductas o actos que intencionalmente busca el ser humano para causarse daño hasta alcanzar la muerte no logrando la consumación de ésta (MINSAL, 2013).

Crisis suicida: Es un lapso breve en el que el riesgo de suicidio escala rápidamente y de manera difícil de predecir. Puede incluir o no un intento de suicidio y generalmente hay síntomas clínicos severos.

Señales de Alerta Suicida: Variables clínicas y sociales cuya presencia implica riesgo suicida inminente.

Suicidio Consumado: Término que una persona en forma voluntaria e intencional hace de su vida. La característica preponderante es la fatalidad y la premeditación. (MINSAL, 2013)

Dinámica Suicida: Un continuo que va desde la mera ocurrencia hasta la consecución del suicidio, pasando por la ideación, la planificación y el intento suicida.

Letalidad: Atributo de algunos métodos para provocar la muerte. Es la consecuencia de diversos factores tales como susceptibilidad individual, la posibilidad de recibir atención especializada inmediata, las condiciones del propio método entre las más significativas.

Métodos: Recursos, medios, elementos mediante los cuales un sujeto trata de poner fin a su vida. Pueden ser naturales o creados por el hombre. Entre los primeros se citan los volcanes, los farallones, los lagos, los ríos, mares, regiones desérticas o excesivamente frías, animales y plantas venenosas, grandes depredadores, etc. Entre los segundos se mencionan las armas de fuego, los fármacos, los venenos agrícolas, los gases de vehículos de motor, el gas doméstico, los edificios elevados, las armas blancas, las cuerdas de diversos materiales, alambres, ropas, cintos, sustancias tóxicas, corrosivas, ácidas, combustibles de diversos tipos para ingerir o volcarlos encima con la intención de prenderse fuego, inyección de sustancias tóxicas, inoculación de gérmenes mortales, etc.



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/FLIYSQ-667>

Por lo general, se eligen los métodos que están disponibles y que culturalmente sean aceptados. Las mujeres por lo general prefieren los métodos que no les deformen su imagen, mientras los hombres eligen aquellos con los que no haya regreso. Los jóvenes pueden optar por un método que haya sido escogido por un amigo, familiar o personalidad pública si se le da un carácter sensacionalista en los medios noticiosos. Se les ha dividido en duros o violentos y suaves o no violentos. Entre los métodos duros se citan las armas de fuego, el ahorcamiento, la precipitación, la sección de grandes vasos. Entre los métodos suaves se mencionan la ingestión e inhalación.

Planificación Suicida: es cuando la ideación suicida se va concretando con un plan y método concreto y específico que apunta a la intención de terminar con la propia vida. Como por ejemplo saber que usar, investigar, como acceder, como hacerlo, etc. (Andes, 2021)

Para suicidio o Gesto Suicida: acción destructiva no letal que se considera un pedido de ayuda o una manipulación sin intenciones serias de quitarse la vida. (MINSAL, 2013)

NIVELES DE GRAVEDAD:

Factores	Crisis suicida de riesgo leve	Crisis suicida de riesgo moderado	Crisis suicida de riesgo severo	Crisis suicida de riesgo extremo
Ideación suicida	Infrecuentes, poco intensas, fugaces, sin plan. Sin intento	Frecuentes, intensidad moderada, planes vaaos	Frecuentes, intensas, duraderas, planes definidos	Frecuentes, intensas, duraderas, planes definidos



Factores de riesgo de suicidio:

Edad: El riesgo de suicidio aumenta con la edad, situándose habitualmente en edades superiores a los 40 años. El 25% de los suicidios se dan en personas mayores de 65 años, con un pico máximo para varones mayores de 75 años. (MINSAL, 2013)

Sexo: Los hombres presentan tasas de suicidios de dos a tres veces mayores que las mujeres. Sin embargo, las mujeres realizan tres veces más intentos de suicidio que los hombres. Los métodos utilizados en el acto suicida también varían según el sexo. Los hombres tienden a emplear métodos más violentos (armas de fuego, ahorcamiento, precipitación desde lugares altos o envenenamiento por gas), mientras que las mujeres suelen realizar sobreingestas de psicotrópicos o de venenos, o incisiones con elementos cortantes. (MINSAL, 2013)

Lugar de Residencia: Los suicidios son más frecuentes entre personas que viven en sectores urbanos, sin embargo, la letalidad en las zonas rurales es más alta, presumiblemente por la lejanía de los servicios de urgencia. (MINSAL, 2013)

Estado Civil: Las personas divorciadas presentan mayores tasas de suicidio que las personas viudas, y éstas, a su vez, presentan mayores tasas de suicidio que las personas solteras. Considerando el estado civil, son las personas casadas las que presentan las menores tasas de suicidio, sobre todo en los hombres. Para las mujeres, la menor tasa de suicidio la presentan las mujeres con hijos menores de 2 años. (MINSAL, 2013)

Religión: Existe una relación inversa entre el grado de aprobación del suicidio y el grado de práctica religiosa, independientemente de la religión que se profese. Las tasas de suicidio son mayores entre los católicos en comparación con los judíos, y estos últimos presentan tasas de suicidio mayores que los protestantes. (MINSAL, 2013)

Origen Étnico: Estudios realizados en Estados Unidos mostraron que el suicidio en ese país es más frecuente en la población blanca. Por su parte, la emigración, unida



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/FLIYSQ-667>

al desarraigo y al aislamiento, comportan un aumento del riesgo de suicidio, el cual se reduce al emigrar con toda la familia. (MINSAL, 2013)

Nivel Socioeconómico: Tanto los suicidios como los intentos de suicidio son más frecuentes en personas desempleadas, siendo más relevante la pérdida de estatus social que la propia condición socioeconómica. (MINSAL, 2013)

Situación Ocupacional: Las personas con un trabajo u ocupación estable se suicidan menos que las desempleadas. Por otra parte, hay ciertas áreas de ocupación que presentan mayores tasas de suicidio que otras, por ejemplo, el área artística, el área de la salud, el área de gendarmería, entre otras. (MINSAL, 2013)

Trastornos mentales: Las personas con trastornos mentales presentan un riesgo de suicidio 10 veces mayor, especialmente aquellas que padecen trastornos del ánimo, esquizofrenia, ansiedad, ciertos trastornos de personalidad, trastornos asociados al consumo de alcohol y otras drogas. Estudios posteriores a la muerte han demostrado que cerca del 90% de las personas que cometieron suicidio, padecían una enfermedad mental. (MINSAL, 2013)

Intentos de suicidio previos: Las personas que ya han hecho tentativas de suicidio presentan riesgos elevados de tentativa de suicidio o de muerte por suicidio, más especialmente dentro de los primeros seis a doce meses siguientes a una tentativa. Cualquier manifestación de suicidalidad conlleva un mayor peligro de muerte por suicidio. La presencia de ideación suicida puede elevar 30 veces la probabilidad de autoeliminación. Los sujetos que han realizado un intento de suicidio tienen un riesgo de consumación que es cien veces mayor al de la población general, durante el año siguiente al evento. Antes de 24 meses, repetirá la tentativa alrededor de un 30 por ciento, y eventualmente se auto eliminará entre el 10 y 20 por ciento de las veces. (MINSAL, 2013)



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/FLIYSQ-667>

Antecedentes familiares de suicidio: Los antecedentes familiares de suicidio constituyen igualmente un riesgo ocho veces mayor de comportamiento suicida, en comparación con la población general. (MINSAL, 2013)

Rasgos de Personalidad: Rasgos como la impulsividad, hostilidad (hacia sí mismos y hacia los demás), tendencia a la actuación, irritabilidad, inmadurez, dependencia e inestabilidad emocional, se asocian a un mayor riesgo de suicidio. Algunas dimensiones de la personalidad parecen afectar de diferente modo a la suicidalidad, por ejemplo, la extraversión atenuaría las inclinaciones suicidas, y el psicoticismo ejercería un efecto inverso. (MINSAL, 2013)

Historia de trauma o abuso: Las adversidades de la niñez, incluyendo abuso físico, emocional y sexual, conducen a un riesgo substancialmente más alto para el suicidio. Del mismo modo, la violencia hacia la mujer es uno de los precipitantes más significativos del suicidio femenino.

Algunas enfermedades físicas importantes: Enfermedades somáticas, tales como cáncer (especialmente respiratorio y gastrointestinal), insuficiencia respiratoria crónica, epilepsia, y SIDA, entre otras, presentan tasas más elevadas de suicidio que la población general. (MINSAL, 2013)

Desesperanza: Esta es la principal característica cognitiva de las personas suicidas, es el estado que más íntimamente se asocia a las ideas y deseos suicidas. Se correlaciona con la severidad de las tentativas PROGRAMAS NACIONALES DE PREVENCIÓN DEL SUICIDIO - Orientaciones para su Implementación 23 suicidas, es más intensa cuando predominan motivaciones más claramente autodestructivas, y es un predictor de repetición. (MINSAL, 2013)

Sujetos expuestos a conducta suicida por "contaminación" e imitación (ejemplo; suicidio reciente de un cantante favorito, de compañeros y/o familiar). Sujetos con problemas psicosociales o médicos crónicos. Según Shneidman describió diez características comunes a todo suicidio:

1. El propósito común del suicidio es buscar una solución

2. El objetivo común es el cese de la conciencia



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/FLIYSQ-667>

3. El estímulo común es el Dolor Psicológico Insoportable
 4. El estresor común son las Necesidades Psicológicas Insatisfechas
 5. La emoción común es la desesperanza, la desesperación
 6. El estado cognoscitivo común es la ambivalencia
 7. El estado perceptual común es la constricción (visión de túnel)
 8. La acción común es escapar
 9. El acto interpersonal común es la comunicación de la intención suicida
 10. La consistencia común es con los patrones de enfrentamiento de toda la vida.
- (Ana Maria Chavez Hernandez, 2010)

9. PROCEDIMIENTO O DESARROLLO

Generalidades

Un intento se considera severo si hay una elevada intención suicida y se usaron métodos de alta o mediana letalidad, y menos severo cualquier otro caso.

Considerando lo anterior, el grado de riesgo de la crisis suicida se clasifique según la siguiente tabla:

Factores	Crisis suicida de riesgo leve	Crisis suicida de riesgo moderado	Crisis suicida de riesgo severo	Crisis suicida de riesgo extremo
Ideación suicida	Infrecuentes, poco intensas, fugaces, sin plan. Sin intento	Frecuentes, intensidad moderada, planes vagos	Frecuentes, intensas, duraderas, planes definidos	Frecuentes, intensas, duraderas, planes definidos
Intención suicida	No hay	No hay	Indicadores implícitos	Indicadores explícitos
Síntomas	Leves	Moderados	Severos	Severos
Impulsividad	Baja impulsividad actual	Baja impulsividad actual	Elevada impulsividad actual	Elevada impulsividad actual
Desesperanza	Leve	Moderada	Severa	Severa
Red de apoyo	Protectora y confiable	Protectora y confiable	Protectora, pero insegura	Ausente o nociva



Esta tabla es una referencia que debe aplicarse con criterio por personas con entrenamiento clínico, y es probable que un paciente califique para un tipo de riesgo en un factor y para otro tipo de riesgo en otro factor, en estos casos el paciente debe asignarse a un nivel de riesgo global según criterio clínico; en la duda, recomendamos preferir el nivel de riesgo mayor.

Desarrollo: A modo general, el proceso contempla las siguientes acciones:

Diferenciar por intento y por riesgo

ACCIONES DE CONTINGENCIA ANTE INTENTO SUICIDA:

- 1) Todo intento suicida grave con riesgo vital que llegue a los servicios de atención primaria de urgencia será derivado a urgencia hospitalaria más cercano.
- 2) Toda intención suicida (severa, moderada y leve) que llegue a los servicios de atención primaria de urgencia será derivado a su centro de salud correspondiente (CESFAM, CGR, CGU, Postas), según su nivel de riesgo después de ser atendidos, para ingresar al programa de Salud Mental.
- 3) Todo intento suicida que llegue al servicio de urgencia hospitalaria será derivado según criterio médico para una hospitalización o en el caso de no ser hospitalizado será derivado a COSAM. Informando a través del registro de atención de urgencia (RAU) con letra clara y legible, además de un boletín de dinámica de suicidio donde se encuentren los datos del usuario y número de contacto de algún familiar o acompañante. A su vez COSAM podrá derivar según el nivel de riesgo suicida a Hospital Día.
- 4) Todo usuario que sea atendido en urgencia de atención primaria (SAPU-SAR) y este siendo tratado en COSAM debe ser requerido según nivel de gravedad (COSAM Salvador Allende, Jorge Seguel o Enrique Paris).
- 5) En caso de que el usuario sea derivado a COSAM será evaluado por el equipo de Salud Mental los cuales definirán intervenciones y/o tratamiento en nivel



secundario o su derivación a atención primaria en un plazo no superior a 7 días hábiles.

- 6) En todos los casos los referentes de suicidio de cada establecimiento derivador serán los encargados de la referencia asistida e informar a través de canales de comunicación inmediata vía email o telefónica a los referentes de los establecimientos receptores dentro de las primeras 24 horas hábiles. Lo anterior incluido al referente de suicidio del servicio de salud Tarapacá.
- 7) Cada establecimiento de salud deberá asegurar la atención de estos usuarios según norma técnica anexada.
- 8) Toda situación de intento de suicidio que tenga un riesgo vital debe y se presente de forma espontánea en los dispositivos primario o secundario debe ser derivada a urgencias con la psicoeducación correspondiente e indicaciones de seguridad (ejemplo cortes, sobredosis por fármacos, etc).
- 9) El intento de suicidio no hospitalizado y derivado a secundaria desde urgencia del hospital debe ser atendido por el referente de suicidio de COSAM, con el fin de evaluar, informar, contener y psico educar a la familia, en relación a los riesgos y estrategias de protección, dejar notificada la hora con el o los profesionales que se designarán para su abordaje, articular la derivación asistida con el referente correspondiente en un plazo máximo de 2 días hábiles. Esta intervención debe estar orientada principalmente a la contención y vincular con los profesionales definidos según sea el caso, otorgando una hora de atención dentro de los próximos 7 días. En forma paralela se debe realizar seguimiento del caso por parte del equipo psicosocial hasta que la persona tenga su hora de atención.
- 10) El intento no hospitalizado y derivado a atención primaria desde urgencia de Atención Primaria de Salud (SAPU-SAR), debe ser atendido por el referente prevención de suicidio de CESFAM, con el fin de evaluar, informar, contener y psico educar a la familia, en relación a los riesgos y estrategias de protección, dejar notificada la hora con el o los profesionales que se designarán para su abordaje, articular la derivación asistida con el referente correspondiente en un



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/FLIYSQ-667>

plazo máximo de 2 días hábiles. Esta intervención debe estar orientada principalmente a la contención y vincular con los profesionales definidos según sea el caso, otorgando una hora de atención dentro de los próximos 7 días.

11) En el caso de los usuarios que se encuentran siendo atendidos en los dispositivos de salud (COSAM), urgencias (SAPU- SAR y hospital) debe reportar el ingreso a protocolo para ser evaluados y abordados con los criterios de prioridad, contención correspondiente, evaluación lo antes posible en el centro, en el domicilio, por vía telefónica y/o multimedia, posteriormente asegurar una atención semanal durante el primer mes si la complejidad lo amerita. Posteriormente la frecuencia y periodo de abordaje debe estar consignado en su plan de tratamiento.

12) En caso de que la situación abordada, sobrepase las capacidades de manejo de crisis de los encargados y referentes del área suicidio, el primer espacio para solicitar apoyo en su equipo de base, posterior a esto el departamento de Salud Mental, quien evaluara el apoyo vía convocar mesa de trabajo y respuesta rápida.

13) Documentos para ingreso o derivación:

Cedula de identidad, DNI, NIP o Pasaporte (En caso de usuario extranjero).

Hoja derivación

Situación previsional al día

Inscripción en CESFAM respectivo.

Teléfono de contacto de algún familiar o acompañante.

Sin perjuicio de la anterior los dispositivos de urgencia atiende todos los casos de menores de edad, indocumentados e inmigrante (ley 18.469 artículo 132).



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/FLIYSQ-667>

14) En caso de que el intento suicida ocurra en la ruralidad los equipos de APS en terreno articularán acciones descritas en el protocolo y pedirán apoyo a su CESFAM más cercano en caso de:

- 2 o más casos de intento y que estén relacionados.
- Ante intento que rechaza hospitalización
- Al ser usuario de nivel secundario y no esté realizando tratamiento en COSAM.
- cuando la situación sobrepase las acciones del equipo, etc.

El apoyo se concretará vía el referente de suicidio del nivel secundario, vía consultorías, envío de funcionarios o de acuerdo u otros según el nivel de gravedad de la situación previa autorización del jefe de Departamento de Salud Mental.

ACCIONES DE CONTINGENCIA EN NIVEL TERCIARIO:

- 1) Todo ingreso en nivel terciario debe ser evaluado y diagnosticado antes de su derivación y egreso.
- 2) Según se indica en protocolo de la unidad de hospitalización corta estadía, si es un caso de alta complejidad con comorbilidad psiquiátrica, sin red de apoyo, con escasa estabilización de su cuadro de base, y requiera de alta frecuencia e intensidad en su abordaje, o rechazo del tratamiento, derivar a Hospital Día (Adulto o Infante adolescente) según corresponda a su comuna.
- 3) Intento de suicidio con alta letalidad, escasa red de apoyo, comorbilidad psiquiátrica en tratamiento, estabilizado con egreso de hospitalización derivado de nivel terciario a COSAM, así mismo, de Hospital de Día a COSAM.
- 4) Apoyo a equipos primarios de salud en abordaje de equipos psicosociales si lo requieren.
- 5) Las derivaciones a otros centros deben ser a través de la derivación asistida por parte de UHCIP según criterio clínico y estabilización del usuario.



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/FLIYSQ-667>

ACCIONES DE CONTINGENCIA EN NIVEL SECUNDARIO:

1. Criterios de derivación desde atención primaria a nivel secundario debe ser con: persistencia de alto riesgo suicida con ideación y planificación. Elementos psicosociales e intentos previos recientes (menos de 14 días), ausencia de redes de apoyo, ausencia de acompañante que evite el acceso a medios de alta letalidad, sospecha de comorbilidad psiquiátrica, pero sin riesgo inminente de autolesión/suicidio y pueda ser atendido de manera ambulatoria.
2. Se debe priorizar su evaluación y continuidad de tratamiento, por lo menos tres atenciones en el primer mes, psiquiatra y equipo psicosocial, completar evaluación integral y plan de tratamiento.
3. Derivación debe ser asistida y realizarse con indicaciones al equipo de atención primaria y coordinada con el referente de suicidio.
4. Ante comorbilidad psiquiátrica imperan los protocolos de la patología de base, si estas son las causas del riesgo de suicidio.

Las atenciones por boletines de dinámica de suicidio deben tener prioridad frente a otro tipo de atenciones, teniendo un plazo máximo de 48hrs para que el centro tenga un primer acercamiento (sea equipo médico o psicosocial) y se agendara una hora de atención en un plazo máximo de 7 días, en dicho periodo de tiempo se debe mantener con un seguimiento del caso por parte del equipo psicosocial. Todos los casos de intentos de suicidio con riesgo severo serán derivados a COSAM, según el CESFAM al cual este inscrita la persona (ver anexo 1).

5. Los usuarios dado de alta desde UHCIP, deberán tener un primer contacto con equipo psicosocial de COSAM dentro de los primeros 72 horas (con un



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/FLIYSQ-667>

seguimiento por parte de la dupla psicosocial, hasta que este tenga una hora de atención con medico) y se agendara una hora de atención dentro de los 30 días más próximos.

6. En caso de que la complejidad del caso no corresponda a nivel secundario, este deberá ser derivado a Hospital Dia de su comuna. A través de derivación asistida e informando de esta derivación al Referente de Suicidio del Servicio de Salud y SEREMI de Salud la región.
7. Los casos de derivación hacia la UHCIP del hospital de Iquique se deberán realizar a través de interconsulta de médico psiquiatra con letra clara y legible, donde se incluya tratamiento farmacológico utilizado. Así también debe incluir la justificación de la gravedad, coordinando con dispositivo UHCIP para agilizar su ingreso.
8. Los centros de atención secundaria deben tener reservadas 2 horas medicas semanales para los casos de riesgo e intento de Suicidio por cada médico de cada centro (1 hora de atención para los casos nuevos y 1 hora de atención para casos del mismo centro que pudiesen activar el protocolo de suicidio).
9. Cada centro debe tener un registro actualizado de los usuarios en su dispositivo que sean por dinámica de suicidio (Planilla Excel donde contenga nombre, RUN, teléfono, familiar de contacto o persona significativa, dirección, fecha de ingreso a tratamiento, nombre de los profesionales a cargo del caso tanto médico y dupla psicosocial, acciones realizadas por el equipo) los cuales deberán llenar los referentes de cada centro, a su vez todos los casos deben tener a lo menos un seguimiento cada 15 días por parte del equipo no medico (contacto telefónico, visita domiciliaria, consulta de salud mental).



10. En caso de que el usuario no se presente a su primera cita, se debe realizar rescate telefónico efectivo y se reasignara una nueva hora de atención, en caso de no presentarse a su segunda cita se debe realizar una visita domiciliaria efectiva, se debe informar al referente del Departamento de Salud Mental a través de correo electrónico. En caso de que se rechace el tratamiento se debe firmar un oficio señalando su decisión.
11. Todo intento de contacto telefónico debe ser efectivo, en caso de que no se pudiese contactar con este se realizara un segundo intento telefónico, si no existe un contacto efectivo se debe realizar una visita domiciliaria en un plazo máximo de 24hrs (ya sea por referente de programa suicidio, equipo tratante o asistente social designada).
12. Si la situación es GES se ejecuta protocolo correspondiente.
13. Cada centro de atención debe tener un referente de prevención de suicidio designado por resolución exenta el cual debe mantener contacto frecuente con los referentes de otras unidades en las cuales tienen derivaciones constantes (COSAM-UHCIP reunión 1 vez por semana, así como la participación de estos en las mesas bimensuales de prevención de suicidio).
14. En relación a los casos que pueden ser informados por los establecimientos educacionales, por correo electrónico al referente de prevención de suicidio del Servicio de Salud, estos se coordinaran con el centro ambulatorio correspondiente, en caso de COSAM estos casos deben estar activos dentro de los 6 meses anteriores al evento, en caso contrario estos deben coordinar con el CESFAM donde está inscrito el alumno.

ACCIONES DE CONTINGENCIA EN NIVEL PRIMARIO:



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/FLIYSQ-667>

1. Los(as) consultantes ingresan derivados/as desde: Establecimiento educacional e instituciones que cuenten con equipo psicosocial, según ficha de derivación, en caso de intentos de más de dos usuarios en la misma institución y estén relacionados se ofrece acompañar a los equipos psicosociales que disponga la institución, si la situación lo amerita deben pedir apoyo al nivel secundario de ese espacio territorial.
2. En caso de tener equipo de referencia, éste será responsable de enviar Información actualizada de situación integral del niño/a o adolescente y además comunicar la fecha, hora y lugar de citación con fin de asegurar su asistencia.
3. En caso de sintomatología depresiva en personas de más de 15 años, se ejecuta Guía Clínica GES depresión en su enfoque individual.
4. En caso de cuadros complejos solicitando apoyo vía consultoría o apoyo de abordaje conjunto con los COSAM y los referentes.
5. En caso de derivación debe ser asistida y realizarse con los antecedentes de la evaluación integral y el plan de tratamiento integral.
6. Las atenciones por boletines de dinámica de suicidio deben tener prioridad frente a otro tipo de atenciones, teniendo un plazo máximo de 48hrs para que el centro tenga un primer acercamiento y se agendara una hora de atención en un plazo máximo de 7 días.
7. Todo intento de contacto telefónico debe ser efectivo, en caso de que no se pudiese contactar con este se realizara un segundo intento telefónico, si no existe un contacto efectivo se debe realizar una visita domiciliaria en un plazo máximo de 24hrs (ya sea por referente de programa suicidio, equipo tratante o asistente social designada).



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/FLIYSQ-667>

8. Cada centro de atención debe tener un referente de prevención de suicidio (por resolución exenta) el cual debe mantener contacto frecuente con los referentes de otras unidades con las cuales tienen derivaciones constantes.
9. Cada centro debe tener un registro actualizado de los usuarios en su dispositivo que sean por dinámica de suicidio (Planilla Excel donde contenga nombre, RUN, NIP o algún documento de identificación, teléfono, familiar de contacto o persona significativa, dirección, fecha de ingreso a tratamiento, nombre de los profesionales a cargo del caso tanto médico y dupla psicosocial, en caso de no tener RUN deberá ser registrado con calificadora del CESFAM), a su vez todos los casos deben tener a lo menos un seguimiento cada 15 días por parte del equipo no médico (contacto telefónico, visita domiciliaria, consulta de salud mental).
10. Criterios de derivación desde atención primaria a nivel secundario son:
 - Persistencia de alto riesgo suicida con ideación y planificación (pero no existe riesgo vital, en caso de que así fuese debe ser derivado a urgencias APS o Urgencias Hospitalaria más cercano).
 - Elementos psicosociales e intentos previos recientes (menos de 14 días).
 - Ausencia de redes de apoyo, ausencia de acompañante que evite el acceso a medios de alta letalidad.
 - Sospecha de comorbilidad psiquiátrica.

Los casos que sean derivados a través de boletín de dinámica de intento de suicidio serán derivados a los centros ambulatorios según nivel de riesgo, siendo los intentos de suicidio con riesgo leve o moderado derivados a algún CESFAM en el cual este se encuentre inscrito, donde debe ser ingresado al programa de Salud Mental de atención primaria. En el caso de los intentos



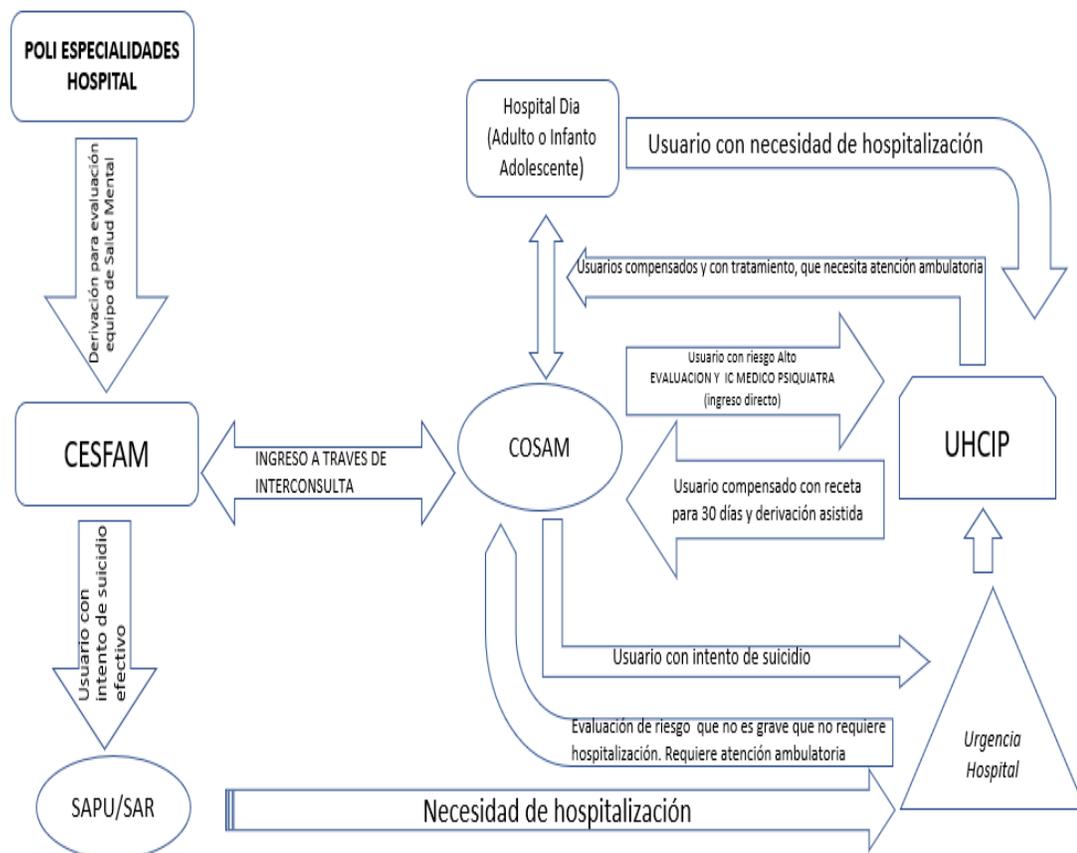
de suicidio con riesgo severo estos serán derivados a COSAM, según el CESFAM al cual este inscrita la persona (ver anexo 1).

Todo los intentos de suicidio en donde exista evidencia de autolesión o signos y síntomas que requieran tratamiento médico urgente, deben ser derivados al servicio de urgencia más cercano (SAPU, SAR, Urgencia hospitalaria,etc).



10. FLUJOGRAMA.

Derivación entre los niveles de atención

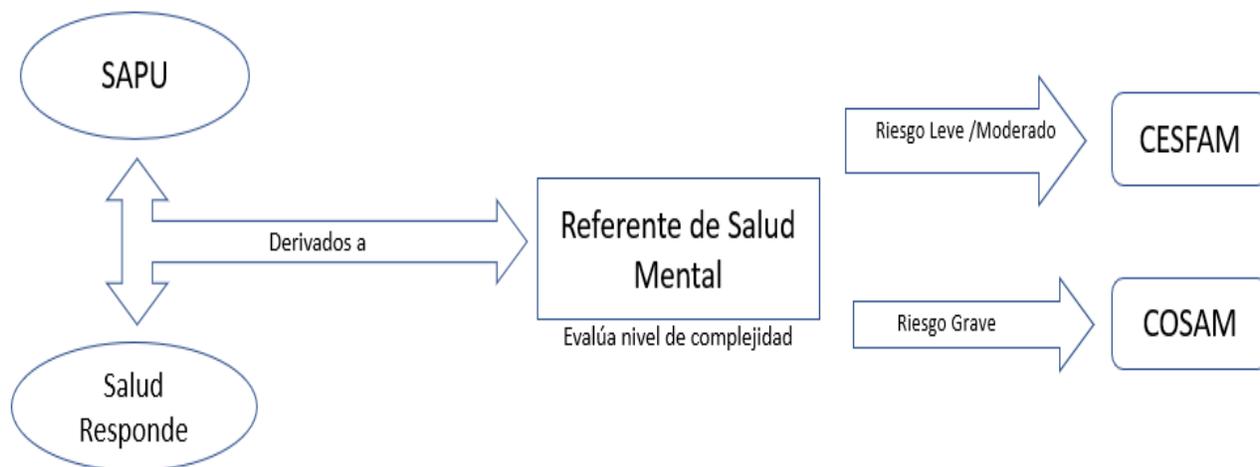


Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799

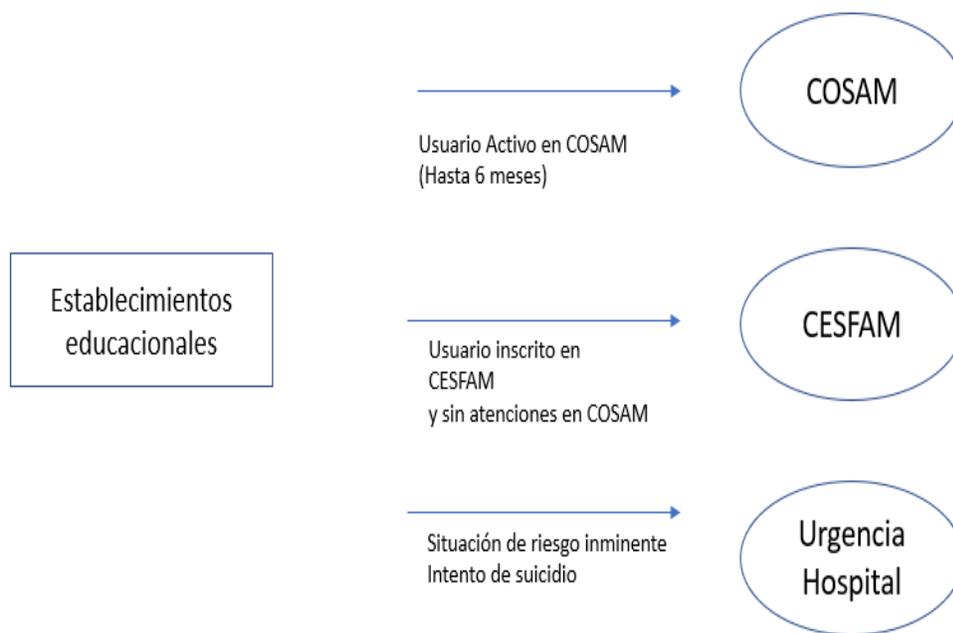
Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/FLIYSQ-667>

Derivaciones Salud Responde/ Sistema de vigilancia (SAPU)



Derivaciones Colegio/Liceo /Universidad



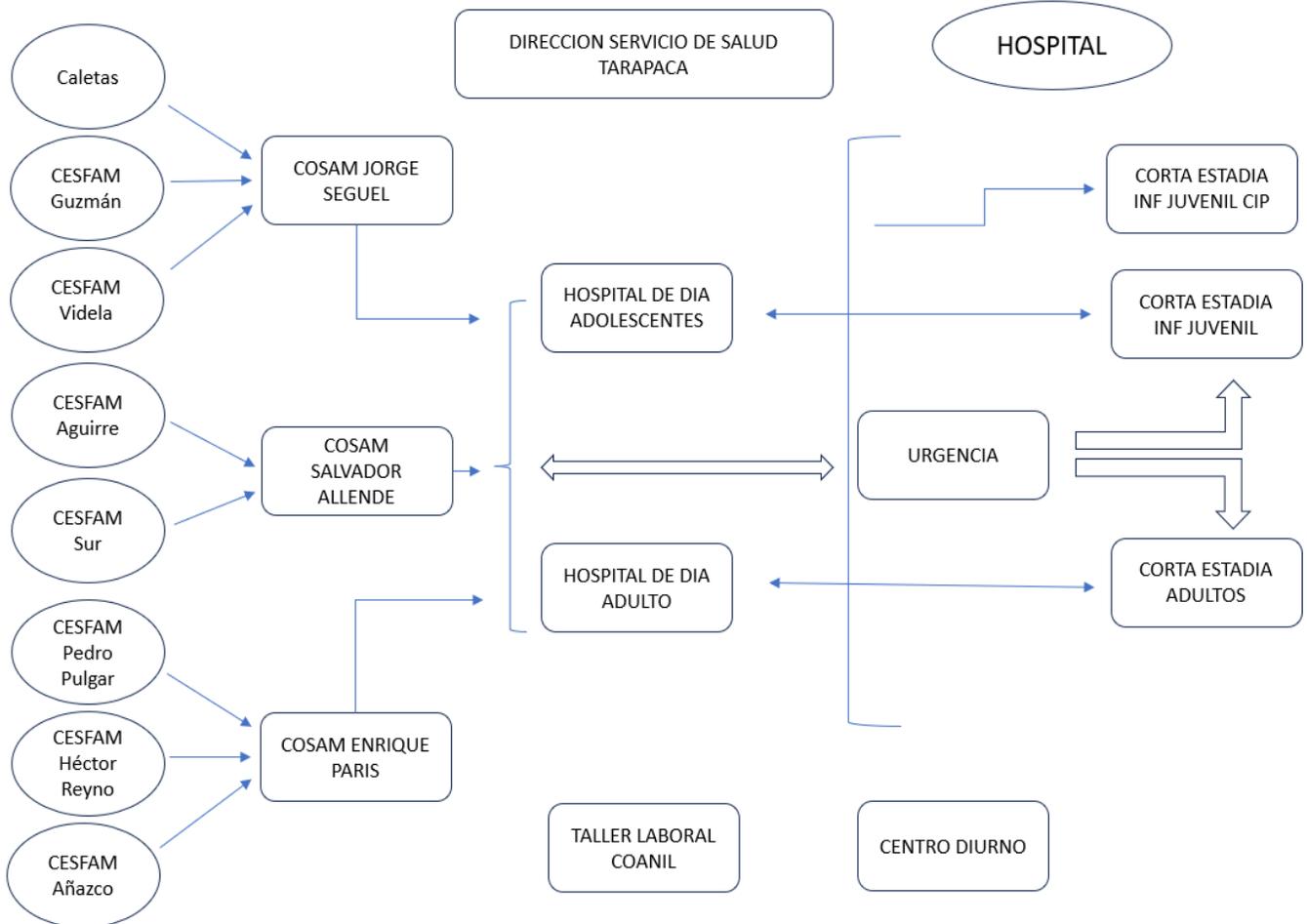
*En caso de NNAJ no inscritos en CESFAM estos se deben inscribir en el CESFAM más cercano a su domicilio

Todo debe estar copiado a la referencia del SST



11.-ANEXOS

MAPA DE RED SALUD MENTAL DE IQUIQUE (Anexo 1)



INFORME PARA DERIVACIÓN A CESFAM

I.- Datos de Identificación del Paciente

Nombre y Apellidos :
Rut/DNI/PASAPORTE :
Fecha de Nacimiento :
Edad :
Dirección :
Teléfono :
Establecimiento :
Curso :
Nombre apoderado :
Fecha Informe :
Establecimiento de Salud Inscrito :

II.- Motivo de Consulta

III.- Anamnesis/ historia vital / Genograma (Antecedentes relevantes)

IV.- Hipótesis Diagnóstica y acciones realizadas (Reuniones, tratamiento, entrevistas con padres, apoderados, profesores.)

V.- Pauta para la evaluación y manejo del riesgo suicida.

Es importante que esta pauta se aplique dentro de la evaluación y que se obtenga información dentro de la entrevista de manera semi estructurada, permitiendo expresarse y no sea un cuestionario estructurado.

Formule las preguntas 1 y 2	ULTIMO MES	
	SI	NO
1) ¿Has deseado estar muerto(a) o poder dormirte y no despertar?		
2) ¿Has tenido la idea de suicidarte?		
Si la respuesta es "SI" a la pregunta 2, formule las preguntas 3, 4, 5, y 6. Si la respuesta es "NO" continúe a la pregunta 6		
3) ¿Has pensado en cómo llevarías esto a cabo?		
4) ¿Has tenido estas ideas y en cierto grado la intención de llevarlas a cabo?		
5) ¿Has comenzado a elaborar o has elaborado los detalles sobre cómo suicidarte? ¿Tienes intenciones de llevar a cabo este plan?		
Siempre realice la pregunta 6		
6) ¿Alguna vez has hecho algo, comenzado a hacer algo o te has preparado para hacer algo para terminar con tu vida?	ALGUNA VEZ EN LA VIDA	
Si la respuesta es "SI": ¿Fue dentro de los últimos 3 meses?	ULTIMOS 3 MESES	

Cualquier respuesta SI es considerado de riesgo y la elevación del puntaje indicaría nivel de riesgo, lo que permitiría el realizar acciones acordes a la necesidad de cada caso.

* Pauta elaborada en base a COLUMBIA-ESCALA DE SEVERIDAD SUICIDA (C-SSRS). Versión para Chile – Pesquisa con puntos para Triage. Kelly Posner, Ph.D © 2008. Revisada para Chile por Dra. Vania Martínez 2017

** No olvide revisar la GUIA PREVENCIÓN SUICIDIO EN ESTABLECIMIENTOS EDUCACIONALES, para reforzar el manejo del caso

VI.- Objetivos trabajados por el profesional del colegio y la totalidad de la comunidad educativa.

VII.- Motivo de Derivación (Incluir expectativas):

Firma del profesional derivador



INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA REFERENCIAL (ANEXO 3):

INDICACIONES DE ELEVADA INTENCIÓN SUICIDA EN EL INTENTO SUICIDA

- Intento fue cometido en situación de aislamiento.
- Intento fue cometido de tal forma que la intervención de terceros era improbable.
- El paciente tomo precauciones contra la intervención de otras personas.
- Preparo detalladamente el intento.
- Dejo nota o carta suicida
- Mantuvo su intención en secreto
- Existió premeditación
- Tomo alcohol para facilitar la ejecución del mismo.

FACTORES ASOCIADOS A REITERACIÓN DE UN INTENTO SUICIDA

Una historia de tentativas previas es el mayor factor de riesgo de volver a realizar un intento.

Otros factores de riesgo importantes son:

Decepción por sobrevivencia.

Desesperanza elevada.

Abuso de alcohol y drogas

Trastorno de personalidad

Antecedentes psiquiátricos

Edad media de la vida.

Separación conyugal

Antecedentes de la infancia (infelicidad, familiares suicidas).

Bajo nivel socioeconómico.

Desempleo o inestabilidad laboral



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/FLIYSQ-667>

Aislamiento o bajo apoyo social.

Otros factores de mayor riesgo de suicidio consumado

- Sexo masculino.
- Mayor de 45 años.
- Intento severo.
- Enfermedad psiquiátrica actual.
- Deterioro de la salud.
- Deterioro social.
- Trastorno crónico del sueño.

TABLA 2. GUIA DE EVALUACION DE RIESGO DE GRANMA

1. Familiares temen que el sujeto cometa suicidio	3. Ptos.
2. Actitud poco cooperadora en la entrevista.	3. Ptos.
3. Sujeto mantiene deseo de morir.	2. Ptos.
4. Sujeto presenta ideas suicidas actuales.	4. Ptos.
5. Sujeto presenta plan suicida actual.	5. Ptos.
6. Antecedentes de trastorno psiquiátrico.	2 Ptos.
7. Hospitalización psiquiátrica reciente (<6 meses)	2 Ptos.
8. Intento previo.	3 Ptos.
9. Antecedente familiar de suicidio...	3 Ptos.
10. Presencia de conflicto actual (trabajo, familiar, pareja)..	2 Ptos.

Es de fácil aplicación, fue desarrollado en Cuba. Otorga una importancia relativa a los distintos factores que considera. Incluye la evaluación de la familia acerca del paciente. Utiliza un punto de corte, categorizando dos grupos; el grupo sobre el punto de corte debe recibir atención psiquiátrica e incluso hospitalización psiquiátrica.

Sobre 18 puntos el paciente debe recibir atención psiquiátrica de inmediato.

TABLA 9. INDICACIONES DE HOSPITALIZACION

PERENTORIA EN INTENTO DE SUICIDIO

A. Características del intento



- Elevada intención suicida, elevada letalidad, método violento.
- Más de un método simultáneamente.
- Seguidilla de intentos. Intento de suicidio ampliado
- Motivación altruista
- Ideación suicida post intento, con reafirmación de la intención, decepción ante la sobrevivencia, o rechazo de ayuda.

B. Contexto

- Sexo masculino
- Mayor de 45 años.
- Enfermedad psiquiátrica.
- Abuso de sustancias.
- Ausencia de sistemas de apoyo o contención.
- Contexto de violencia
- Pérdida reciente de la figura clave
- Salud deteriorada
- Elevada desesperanza

c. Antecedentes

- Historia suicidal previa
- Impulsividad y violencia



Bibliografía

- Ana Maria Chavez Hernandez, A. A. (2010). Edwin S Shneidman y la suicidología moderna. *scielo*.
- Andes, C. I. (2021). *Protocolo sobre sospecha de ideación o planificación suicida*.
- Ch, a. G. (2008). conducta suicida. *Departamento de Psiquiatría y Salud Mental Sur, Universidad de Chile*, 1-7.
- chile, M. d. (2013). *Programa Nacional de prevención del Suicidio*.
- Chile, M. d. (2017). *PLan Nacional de Salud Mental*.
- Chile, U. d. (2024). *Protocolo Urgencia Psiquiátrica FOUCH 2023*. Obtenido de chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/https://uchile.cl/dam/jcr:0ea8bbf7-ebdf-4485-a568-5410e3f5f4e7/2023%20Gu
- Gomez, A. (2012). Evaluación del riesgo de suicidio: Enfoque Actualizado. *Departamento de Psiquiatría y Salud Mental Campus Sur, Universidad de Chile*, 607-615.
- Hernan Montenegro, H. G. (2000). *PSIQUIATRIA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE*. Mediterraneo .
- Iquique, H. D. (2016). Protocolo de Ingreso, Egreso y Derivación de Usuario/as con Intento de Suicidio. Centro de Responsabilidad de Psiquiatría y Salud Mental de la Infancia y la Adolescencia. Iquique, Chile.
- Iquique, S. d. (2017). *Protocolo de contingencia para sobrevivientes en casos de suicidio de población infanto adolescente menores de 18 años*.
- MINSAL. (2013). PROGRAMA NACIONAL DE PREVENCIÓN DEL SUICIDIO. CHILE. Suicidalidad en la Adolescencia. (2000). *Universidad de Chile Campus Sur*.



PLANILLA DE CONTROL DE CAMBIOS				
REVISION	FECHA	PARRAFO	MODIFICACION REALIZADA	V°B°

3.-El uso de este protocolo será de carácter oficial a contar de la tramitación y difusión consiguiente de los contenidos de la presente.

4.-El protocolo tendrá una vigencia de cinco años a contar de la fecha de la presente resolución, debiendo actualizarse al termino de dicho periodo.

ANÓTESE, COMUNÍQUESE Y ARCHÍVESE

Lo que transcribo a Ud. para
Conocimiento y fines pertinentes

Distribución:

-sdga.ssi@redsalud.gov.cl

-juridica.ssi@redsalud.gov.cl

-luisa.carvajala@redsalud.gob.cl

-jonnatan.bermudez@redsalud.gob.cl

Oficina de Partes SSI



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/FLIYSQ-667>