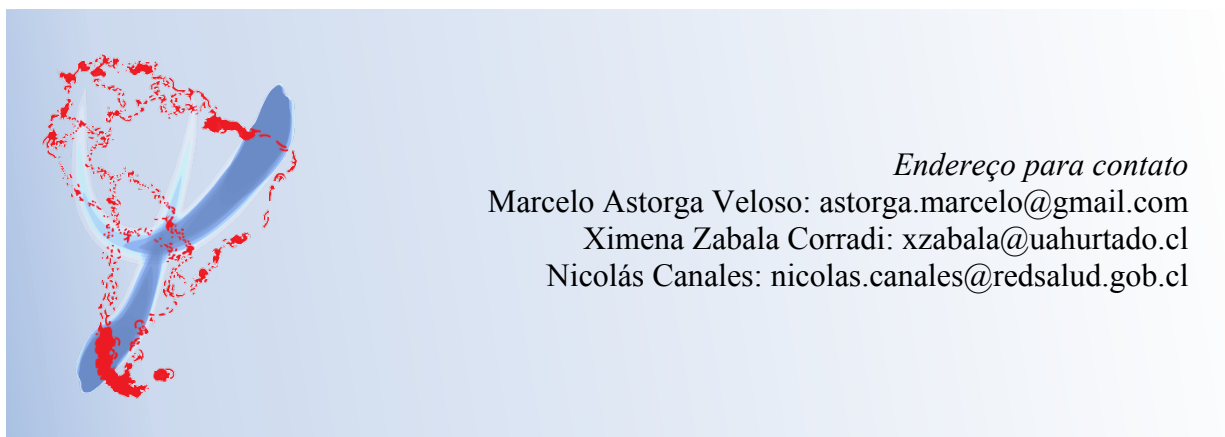


SUICIDIO Y TRABAJO: DESAFÍOS PARA LA INVESTIGACIÓN ESTADÍSTICA, TEÓRICO-CLÍNICA Y JURÍDICA

Suicide and Work: Challenges to statistical theoretical-clinical and legal research

Suicídio e Trabalho: Desafios para a pesquisa estatístico teórico-clínica e jurídica

Marcelo Astorga Veloso - *Universidad de Chile*
Ximena Zabala Corradi - *Universidad Alberto Hurtado*
Nicolás Canales - *Universidad de Chile*



Endereço para contato

Marcelo Astorga Veloso: astorga.marcelo@gmail.com

Ximena Zabala Corradi: xzabala@uahurtado.cl

Nicolás Canales: nicolas.canales@redsalud.gob.cl

Marcelo Astorga Veloso

Sociólogo. Doctorante en Ciencias Sociales Universidad de Chile. Grupo Tripalio Salud Mental y Trabajo.

Ximena Zabala Corradi

Psicóloga. Doctora en Psicoanálisis y Prácticas Sociales; Laboratorio FRE 2788 (CNRS) y Universidad de París VII (Francia). Grupo Tripalio Salud Mental y Trabajo.

Nicolás Canales

Psicólogo. Magíster en Psicología Clínica de la Universidad de Chile; Grupo Tripalio Salud Mental y Trabajo.

Resumen

El presente artículo tiene como objetivo discutir sobre la relación suicidio y trabajo en Chile, a partir de los antecedentes estadísticos, teórico-clínicos y legales que existen sobre el tema en la actualidad. En diferentes países, dentro de los cuales se cuenta Japón y Francia, desde la década del 90 se conoce de casuística y antecedentes sobre episodios de suicidios en los espacios de trabajo; sin embargo, el suicidio en los lugares de trabajo constituye un fenómeno social y sanitario desconocido hasta ahora en Chile. Desde esta perspectiva, surge la propuesta de conocer qué sistemas de vigilancia existen en Chile sobre el tema y cuáles son las posibilidades de pensar este fenómeno como un problema de salud pública asociado al mundo del trabajo.

Palabras clave: trabajo, suicidio, salud.

Abstract

This article discusses the relationship between suicide and work in Chile, using as a base the historical theoretical-clinical, statistical and legal data currently available. Since the 1990's a number of countries including Japan and France, have been aware of the case histories, causes and contributing factors to cases of work related suicide. However, work related suicide constitutes a social and health phenomenon unknown until recently in Chile. From this perspective, the question of coming to know what systems of monitoring exist in Chile and what the possibilities are for considering this phenomenon as a public health problem associated with work.

Keywords: work, suicide, health.

Resumo

O presente artigo tem como objetivo discutir a relação entre o suicídio e o trabalho no Chile, a partir dos antecedentes estatísticos, teórico-clínicos e legais que existem sobre o tema atualmente. Em diferentes países, entre os quais contam-se o Japão e a França, desde a década dos 90 conhece-se de casuística e antecedentes sobre episódios de suicídios nos espaços de trabalho; no entanto, o suicídio nos lugares de trabalho constitui um fenômeno social e médico-sanitário desconhecido até agora no Chile. Desde esta perspectiva, surge a proposta de conhecer quais são os sistemas de vigilância que existem no Chile sobre o assunto, e quais são as possibilidades de pensar neste fenômeno como um problema de saúde pública relacionado ao mundo do trabalho.

Palavras-chave: trabalho, suicídio, saúde.

1. El problema de investigación

1.1. La vigilancia estadística, clínica y jurídica sobre el suicidio en Chile

En Mayo del 2013, la OMS incorporó la prevención del suicidio dentro del primer plan de acción sobre salud mental a nivel mundial en el que se fijan metas de disminución en función de considerarlo un grave problema de salud pública. En ese marco, se destaca que para desarrollar una prevención eficaz se requiere mejorar la calidad de los datos sobre suicidios e intentos de suicidio atendiendo al problema de registro y subnotificación, cuestión atravesada por numerosos factores socioeconómicos y culturales (OMS, 2014). Los especialistas señalan que los factores individuales y sociales asociados al suicidio son múltiples, siendo un fenómeno en el que se articulan elementos psicológicos, sociales, biológicos y ambientales. Esta complejidad plantea el desafío de explorar las herramientas que actualmente disponemos para pensar este fenómeno. En este sentido, levantar un sistema de vigilancia con datos confiables y válidos sobre el suicidio es un componente esencial para diseñar e implementar políticas públicas de prevención.

Según la OMS entre el 2000 y el 2012, a nivel mundial el número absoluto de suicidios ha descendido cerca de un 9%, pasando de 883.000 a 804.000 muertes anuales (OMS, 2014). La tasa anual mundial de suicidio, normalizada según la edad, es de 11,4 por 100.000 habitantes (15,0 entre hombres y 8,0 entre mujeres). El suicidio representa 1,4 % de las muertes a nivel mundial y se clasifica entre las 20 principales causas de mortalidad (OMS, 2014). Si bien podría pensarse que a nivel global la cifra ha disminuido, existen países como Japón, en el que el aumento notable en el número de suicidios a partir de 1998 (de 25.000 a 32.000 anual), sobretodo en hombres de mediana edad, ha implicado de manera progresiva la toma de conciencia de parte de la sociedad

en su conjunto, para comenzar a considerarlo un problema social y no individual (OMS, 2014). En nuestro continente, el comportamiento de las cifras entre 1990 y 2010 es disímil, si bien América del Norte registra las mayores tasas, en el último periodo se registró una ligera disminución, en América del centro y sur por su parte hubo un aumento en las tasas de suicidio (OMS, 2014).

Entre los 36 países de la OCDE, Chile ocupa el segundo lugar en aumento de las tasas de suicidio entre 1990 y 2013, sólo superado por Corea (OECD, 2016). En Chile a partir del año 2008 se registran más de 2.000 casos anuales. Las cifras revelan que el mayor aumento se observa entre los hombres entre 20 y 29 años (de 24,4 a 29,9 por 100.000 hab.) y mujeres en el mismo tramo etáreo (3,1 a 7,1 por 100.000) entre los años 2000 y 2009 (MINSAL, 2013). Si bien los hombres registran las mayores cifras (aproximadamente 5 hombres por cada 1 mujer), existe un aumento sostenido de suicidios en mujeres que puede ser localizado a partir de 1999, constituyendo una cierta tendencia de feminización del fenómeno (con tasas de 1,8 en 1999 hasta llegar a 4,2 en 2011 por cada 100.000). Respecto a tramos de edad, las mayores tasas se encuentran entre hombres de 60 años y más (23,3 en 1990, 30,8 en 2000 y 27,9 en 2010), no obstante, se encuentra un incremento también preocupante en jóvenes y niños. Así mientras en 1990 se registraba una tasa de 2,7 en el tramo de 10 a 19 años, en 2010 esta cifra alcanzó 7,0 por cada 100.000 habitantes. El Cuadro 1 ilustra los cambios de las dos últimas décadas respecto a la variable sexo y distribución etárea en Chile.

Cuadro 1. *Tasa de suicidios por 100.000 habitantes en Chile últimas dos décadas*

Sexo y Edad

			1990	2000	2010
TASA POBLACIONAL			5,6	9,6	11,7
Distribución por Sexo	Hombres		9,7	16,6	19,1
	Mujeres		1,6	2,7	4,4
Distribución por Edades	Menos de 10 años	Total	0,0	0,0	0,4
		Hombres	0,0	0,0	0,08
		Mujeres	0,0	0,0	0,0
	10-19	Total	2,7	4,6	7,0
		Hombres	3,9	6,5	10
		Mujeres	1,5	2,6	3,8
	20-29	Total	7,8	13,8	16
		Hombres	14,0	24,4	24
		Mujeres	1,5	3,1	6,6
	30-39	Total	7,2	12,5	16,3
		Hombres	11,5	21,5	26,2
		Mujeres	2,9	3,6	6,4
	40-49	Total	7,8	13,5	14,9
		Hombres	13,8	24,4	23,8
		Mujeres	2,0	2,8	6,2
	50-59	Total	10,2	14,0	15,5
		Hombres	18,8	24,8	26,4
		Mujeres	2,4	4,0	4,9
	60 y más años	Total	11,4	15,5	14,1
		Hombres	23,3	30,8	27,9
		Mujeres	2,5	3,8	3,2

Fuente: Departamento de Estadísticas e Información de Salud-Minsal

El aumento de los casos en Chile, sugiere la necesidad de pensar la complejidad del fenómeno explorando las relaciones que subyacen a estas tendencias, así como los sistemas de vigilancia considerando la experiencia internacional. Sin embargo, la relación suicidio y trabajo es un vínculo aún inexplorado en los estudios nacionales. Dentro de las investigaciones sobre el fenómeno no suele hacerse referencia a la contribución que tiene el fenómeno del trabajo en el suicidio y las tentativas de suicidio. La literatura internacional, en países como Francia, Japón y USA, entre otros, da cuenta de un creciente interés por investigar esta relación.

En Europa aún es difícil recopilar cifras sobre el número de casos reconocidos de suicidio como un accidente de trabajo o enfermedad profesional. De todos los países en los que es posible calificar como un accidente el suicidio en el trabajo, Francia se distingue por la calidad de las estadísticas disponibles sobre el tema y por el creciente número de suicidios reconocidos y compensados por el seguro de accidentes y enfermedades profesionales (Eurogip, 2013).

En Italia, la agencia de seguros INAIL ha reconocido sólo un caso de suicidio en 2010, como una enfermedad profesional. Dinamarca, que no excluye el reconocimiento legal de suicidio, no cuenta hasta la fecha con ninguna solicitud de reconocimiento. En otros países (Alemania, Bélgica, España, Suecia), los sistemas de información de las compañías de seguros no distinguen los suicidios en la base de datos de accidentes. Podemos decir que algunos casos son compatibles anualmente como accidentes de trabajo, sobre todo después del reconocimiento por los tribunales. En Finlandia, la cuestión del número de casos reconocidos no es aplicable ya que el reconocimiento del suicidio como un accidente de trabajo o enfermedad profesional, no es legalmente posible (Eurogip, 2013).

¿Cuál es la causa del suicidio y qué papel juega allí el mundo del trabajo como factor desencadenante? Es una pregunta que implica posicionar una vigilancia epistemológica (Bourdieu, 1973) e interrogar el modo en que estamos pensando el fenómeno, esto es, un examen crítico y continuo sobre los límites y validez de nuestro conocimiento que nos advierta frente a la ilusión del saber inmediato, que en este caso nos dirá frente al suicidio “estas son las estadísticas y estas las causas”¹. En este sentido, la preocupación por la calidad de los registros y la subnotificación de los suicidios destacada por la OMS implica un examen crítico de los sistemas de vigilancia y las posibilidades que éstos brindan para la comprensión del fenómeno. Considerando los antecedentes anteriores es importante preguntarse: ¿Son los sistemas de vigilancia existentes en Chile adecuados para pensar el suicidio y el trabajo? ¿Existen sistemas de registro pertinentes que permitan abordar esta relación desde lo empírico?. En este sentido este estudio se concentra en investigar las dificultades para establecer la relación entre suicidio y trabajo indagando en tres campos de saber que se articulan mutuamente: la vigilancia estadística, la vigilancia clínica y la vigilancia jurídica. En todos estos campos se encuentran sistemas de observación y control del fenómeno que al mismo tiempo que lo elaboran y lo definen, operan con criterios de autoridad estadística, médica y jurídica.

2. Objetivos

Objetivo General: Identificar la relación suicidio y trabajo en Chile, a partir de los antecedentes estadísticos, teórico-clínicos y legales que existen sobre el tema en la actualidad.

¹ La causa de muerte es uno de los descriptores centrales señalado en el Anuario Estadísticas Vitales del Instituto Nacional de Estadísticas.

Objetivos Específicos:

1. Analizar sistemáticamente los datos de suicidio y la construcción de estas cifras en torno a su relación con el trabajo.
2. Interrogar la construcción de este fenómeno desde la producción de estadísticas, desde el discurso clínico y desde la producción jurídica.

3. Pregunta:

¿Qué antecedentes (estadísticos, teórico-clínicos y jurídicos) existen en Chile sobre la relación suicidio y trabajo y cuáles son las posibilidades de pensar este fenómeno como un problema de salud pública?.

4. Metodología

Este estudio se desarrolló a través del análisis de fuentes documentales sobre la relación suicidio y trabajo, junto a entrevistas a profesionales de las instituciones identificadas como responsables de la producción de estadísticas de suicidio en Chile.

El Análisis documental sobre la relación suicidio y trabajo se abordó estudiando la literatura existente referida a bases de datos estadísticas, artículos científicos de diferentes países, documentos de organismos internacionales como la OMS y la OIT, marcos normativos y decretos de fuerza de ley asociados.

Las entrevistas fueron realizadas a funcionarios vinculados a la producción de estadísticas en el Departamento de Demografía del INE, Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS) dependiente del Ministerio de Salud y Servicio Médico Legal (SML) dependiente del Ministerio de Justicia. Respecto a los contenidos jurídicos se realizaron entrevistas a abogados expertos en derecho laboral.

5. Marco teórico

La investigación de la relación suicidio y trabajo requiere explorar la producción en tres campos de saberes que se influyen mutuamente: la vigilancia estadística, la vigilancia clínica y la vigilancia jurídica. La interdependencia de esos saberes dice relación con el papel que juega cada campo en cada caso de suicidio que es notificado, en otras palabras, lugares de saber en dónde un suicidio es cuantificado, explicado y sentenciado. Se trata de los principales ámbitos en donde se observa y definen las circunstancias de muerte de una persona asociada al suicidio y sus consecuencias.

5.1. Las estadísticas para estudiar la relación suicidio y trabajo

La literatura internacional ha avanzado en abordar la relación suicidio y trabajo preguntándose por las estadísticas. En Francia, según el “Centre d’épidémiologie sur les causes médicales de décès” (CépiDc-Inserm) encargado de la producción anual estadísticas de causas de muerte en Francia, en el año 2010 estimó desde un punto de vista jurídico un total 10.334 de muertes por suicidio. Sin embargo, Francia no es capaz de determinar, dentro de este número, la verdadera tasa de suicidios causados por el trabajo (Lerouge, 2014). Este tema fue objeto de una encuesta de los médicos del trabajo en 2002 en la Baja Normandía. La investigación puso de manifiesto que en los últimos cinco años, sobre 107 intentos de suicidio, 43 resultó en una muerte y 16 con discapacidad grave residual. De esta cifra, el 68% de los intentos de suicidio eran perpetrado por hombres, ocupando dos tercios de ellos puestos de trabajo no cualificados en todos los sectores profesionales (Lerouge, 2014).

Cohidon y otros (2010) señalan que las desigualdades en la mortalidad por suicidio observadas por grupo socio-profesional ya se ha descrito en la literatura

internacional y Francia en particular. Algunas industrias tienen tasas de mortalidad muy superiores a la tasa promedio, es el caso del sector salud, el exceso de riesgo de muerte por suicidio entre los profesionales de la medicina se ha descrito clásicamente en la literatura. La principal razón sería el conocimiento y la facilidad de acceso a medios de autoeliminación.

A diferencia de Francia en Japón existe mayor visibilidad del fenómeno del suicidio y su relación con el trabajo (Lerouge, 2014). Según las estadísticas publicadas por la Agencia Nacional de Policía (centro responsable de las estadísticas de las causas de suicidio), en el 2010 Japón tenía 31,690 casos de suicidio, donde 8.568 de estas víctimas era trabajadores. La policía de Japón estableció mediante investigaciones intensivas que el 10,9 % de estos suicidios fueron causadas por el trabajo. Por su parte, de acuerdo al informe "Cobertura de los riesgos laborales en Japón" (Eurogip, 2012), en el año 2010 Japón experimentó 65 casos de suicidio reconocidamente relacionados con el trabajo, 61 tenían un contrato a tiempo completo, uno con un contrato de duración determinada, otro con un contrato a tiempo parcial y otros con dos formas contractuales de trabajo.

En Australia, en el estudio de Milner y otros (2015) se analizan las tendencias suicidas durante la crisis financiera global (GFC) 2007-2009. Este estudio demostraría que las diferencias ocupacionales en las tasas de suicidio son dinámicas en el tiempo, y pueden ser exacerbadas por las crisis económicas, como el GFC 2007-2009. Además, el cese de la GFC para el año 2010 no se asoció con una marcada reducción en las tasas de suicidio en muchos grupos ocupacionales, lo que podría indicar un impacto duradero.

En USA, en el estudio de Tiesman y otros (2015) "Suicide in U.S. Workplaces, 2003–2010 A Comparison With Non-Workplace Suicides" se logra establecer que entre

2003 y 2010 se produjeron en USA 1.719 suicidios en el lugar de trabajo sobre un total de 270.500, lo que representa cerca del 1% del total. No obstante estas cifras, que pueden a primera vista ser consideradas menores respecto al total, mediante un método estadístico de regresión lineal permite a los autores arrojar ciertas conclusiones: “La tendencia al alza de suicidios en el lugar de trabajo pone de relieve la necesidad de una investigación adicional para entender los factores de riesgo, ocupaciones específicas y desarrollar programas basados en la evidencia, que puedan ser implementados en el lugar de trabajo” (Tiesman y otros, 2015).

En suma la posibilidad de hacer estudios que develen las causas del suicidio y su vinculación con el mundo del trabajo requiere fuentes de calidad, dentro de las cuales se encuentran las estadísticas. Como vemos, las situaciones de los países son disímiles en cuanto al tratamiento y alcance de sus estadísticas. Cada país posee sus marcos normativos y niveles de desarrollo y precisión respecto a las estadísticas de suicidio y su relación con el trabajo. Dentro de la calidad de esas estadísticas se destaca el caso de Japón, país que constata una cifra de suicidios causados por el trabajo.

¿En qué medida es posible realizar este tipo de estudios en Chile?. Como veremos más adelante en los resultados, se trata de un área deficiente en cuanto a información base. Las ideas que se desprenden de este estudio y otros similares hacen necesario pensar la complejidad del fenómeno considerando sus múltiples aristas, en ese sentido la necesidad de realizar investigación empírica se vuelve un aspecto fundamental para apoyar la toma de decisiones en el área de las políticas públicas vinculada a este tema.

5.2.Hacia una comprensión del suicidio y su relación con el trabajo en el ámbito clínico y de la salud mental

5.2.1. La investigación clínica: el discernimiento etiológico

Desde una perspectiva clínica, el suicidio es un fenómeno de difícil discernimiento y delimitación. Para el análisis clínico, esta forma final de sufrimiento conlleva problemas de interpretación, en el sentido que el investigador siempre llega después de cometido el acto sin tener acceso directo a la palabra de la persona fallecida. La determinación del suicidio queda en manos de los indicios que rodean el acto. En un hecho de violencia con resultado de muerte, desde un punto de vista jurídico es preciso determinar las responsabilidades. Bajo los requerimientos de la investigación judicial, la mirada clínica interviene intentando establecer la etiología del evento. Descartando la hipótesis de homicidio, la investigación clínica tiene como objetivo esclarecer si el suicidio ha sido un acto deliberado, que responde a una elección individual (religiosa, por enfermedad física, etc) o es más bien un acto que depende de una enfermedad mental o trastorno psicopatológico.

Ahora bien, en el caso de un suicidio cometido en el trabajo, el lugar deja de ser neutral y se transforma también en un indicio que la investigación clínica puede o no considerar: en efecto, el acto suicida como un mensaje por descifrar interpela el trabajo, vinculando de un modo enigmático el acto con las condiciones que lo produjeron. Cuando se produce un hecho de este tipo, se instala un malestar entre quienes compartían directa o indirectamente el trabajo con el fallecido. La empresa busca liberarse de responsabilidades, los sindicatos y los equipos de salud y seguridad en el trabajo se ven confrontados a pronunciarse frente a un evento del que muchas veces no disponen de medios (Dejours, 2010). Si bien, el acto puede ser imputado a las

características individuales del fallecido, a su psicopatología o a sus problemas en la esfera privada, algo del acto no deja de interrogar la ligazón que éste pudiese tener con el trabajo y sus condiciones. La investigación clínica puede postular una vinculación con el trabajo sobre la base de ciertos indicios como son una carta dejada por el fallecido, el reporte de familiares y de compañeros de trabajo, sin embargo, para el clínico se abre la pregunta acerca de la fiabilidad de estos datos, resultando muy difícil y deontológicamente delicado establecer una relación causal entre suicidio y trabajo. En ese espacio controvertido del ejercicio clínico, se abre entonces una interrogante acerca del modo como podría ser objetivado y caracterizado el vínculo entre el sobrevenimiento de un suicidio y el trabajo donde éste tiene lugar.

5.2.2. Las definiciones del suicidio y su vinculación con el trabajo

Tradicionalmente, en los manuales de psiquiatría el suicidio se define como una conducta autoagresiva o autolesión por medio de la cual el sujeto busca deliberadamente su propia muerte con resultado de fallecimiento (Kaplan & Sadock, 2001; Alarcón, Mazzotti & Nicolini Sánchez, 2005). Se distingue así del intento de suicidio en el que no se logra el fin por una falla en la ejecución o por impedimento de terceros y de la ideación suicida en la que los sujetos no pasan al acto y el suicidio se mantiene más bien en el plano de la fantasía de muerte.

Si bien en el CIE-10 (Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud) (OMS, 1992), el suicidio no aparece descrito como un trastorno mental y sólo aparece como una conducta de riesgo asociada a diversos trastornos mentales o como un descriptor del estado funcional del paciente (véase “(X60-Y36) Otras causas externas de mortalidad” en el Anexo CIE-10, Capítulo

XX: “Causas extremas de morbilidad y de mortalidad”), en el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales en su última versión DSM 5 (APA, 2014), se incorpora el “Trastorno de Conducta Suicida”. Dicho trastorno es entendido como una secuencia de comportamientos iniciada por el individuo para provocarse intencionalmente la muerte. La manifestación fundamental de este trastorno es el intento de suicidio. Él o los intentos son acompañados de ideación suicida, que suponen la planificación del acto y la definición de un método. Se excluye de este trastorno, los intentos de autolesión en los que los individuos no tienen la intención de procurarse la muerte (“Trastorno De Lesión No Suicida”). Se señala además, que raramente este trastorno aparece en individuos sin patologías previas perceptibles, apareciendo mayoritariamente en el contexto de varios trastornos mentales como son el trastorno bipolar, el trastorno de depresión mayor, la esquizofrenia, el trastorno esquizo-afectivo, los trastornos de ansiedad, los trastornos por consumo de sustancias, el trastorno de la personalidad límite, el trastorno de la personalidad antisocial, los trastornos de la conducta alimentaria y los trastornos de adaptación.

Tanto en los compendios de psiquiatría clásica, con los que se forman los profesionales de la salud mental, psicólogos y psiquiatras, como en los manuales que clasifican enfermedades mentales DSM-5 o el CIE-10, el suicidio aparece como un acto de orden individual, cometido de manera deliberada y solitaria, cuya causalidad se deriva fundamentalmente del estado mórbido previo (fisiológico y/o psicológico), donde la dimensión social aparece como un factor asociado estresante. En efecto, si se observa el Manual DSM IV-TR, uno de los manuales hasta ahora más usados para diagnosticar, el procedimiento de diagnóstico contempla un sistema multiaxial de 5 ejes, donde los factores psicosociales se incluyen como factores de *contexto* en el eje IV.

Se registran problemas psicosociales y ambientales que pueden afectar el diagnóstico, tratamiento y pronóstico de los trastornos mentales (Ejes I y II). (...) Además de desempeñar un papel en el inicio o exacerbación de un trastorno mental, los problemas psicosociales también pueden aparecer como consecuencia de la psicopatología de la persona, o pueden constituir problemas que deben tomarse en consideración en el planeamiento de la intervención terapéutica general (DSM-IV-TR, 2001, p. 36)

En ese sentido, los problemas ligados al trabajo son considerados como factores contextuales en la eclosión de alguna patología mental. Luego, en los manuales de psiquiatría la vinculación entre suicidio y trabajo no aparece de modo directo y podría ser pensada más bien como una relación fuertemente mediada por condiciones mórbidas.

Ahora bien, al revisar las políticas en salud mental, desde la década del 90' el problema del suicidio se ha convertido en una preocupación para la OMS lo cual se ve reflejado en el programa SUPRE (Prevention of suicidal behaviours). No obstante, la relación entre trabajo y suicidio recién aparece de manera explícita en el instrumento para la prevención del suicidio en el trabajo elaborado por la OMS en conjunto con la OIT en el año 2006 denominado "Prevención del suicidio un instrumento en el trabajo". Más que un instrumento dirigido a los gobiernos de los países para ser implementado como parte de las políticas públicas en salud, este documento está explícitamente dirigido a los empleadores para que, como grupo social relevante en la prevención del suicidio, puedan tomar medidas al respecto.

En ese documento se señala que "la mayoría de las personas que experimentan problemas de salud mental estará en la fuerza laboral" (OMS, 2006: 9) siendo entonces los trastornos mentales una de las causas principales de discapacidad ocupacional. Además se establece que los trastornos mentales (entre ellos el trastorno depresivo, el

abuso de sustancias, el trastorno de ansiedad, el trastorno de personalidad y la esquizofrenia) son un importante factor de riesgo para el suicidio. Por ello, el instrumento de la OMS propone revertir los trastornos mentales y en particular el suicidio a través de actividades de promoción y de prevención que tengan como foco el estrés laboral. En efecto, el estrés laboral se asume como el principal precursor de los trastornos mentales y del suicidio, y en consecuencia las medidas que lo mitiguen o eviten su aparición son fundamentales en la prevención.

Luego, en este documento la OMS considera de manera explícita que los problemas de Salud Mental no solo responden a factores individuales sino que también se relacionan de manera efectiva con factores psicosociales y ambientales, tales como la organización del trabajo. En ese marco, entonces, el documento caracteriza las fuentes relacionadas con las condiciones de trabajo que provocan estrés laboral e incluye prescripciones para promocionar y prevenir los problemas de salud mental. Así, los ambientes de trabajo estresantes quedan definidos en el documento como aquellos que están sujetos a: cambio organizacional; incertidumbre o falta de control sobre las tareas; problemas interpersonales entre pares y con las jerarquías; exigencias extremas del ambiente de trabajo (horarios largos); condiciones deficientes y factores de estrés físicos; tareas monótonas, repetitivas o subutilización de habilidades; bajos salarios y; culturas organizacionales que promueven el estigma y la discriminación hacia personas con problemas de salud mental (OMS, 2006).

Por otra parte, entre las prescripciones, el documento recomienda a los empleadores desarrollar políticas y programas de prevención y promoción apropiados, lo cual puede incluir cambio organizacional para mejorar las condiciones de trabajo y reducir el estrés laboral, educación y capacitación para los trabajadores y directores en

la importancia de la salud mental y búsqueda de tratamiento. Entre las estrategias clave para la promoción de una fuerza laboral saludable se mencionan aquellas que eliminan o reducen los factores de estrés relacionados con: la ambigüedad de roles, el conflicto de roles, la sobrecarga de trabajo, la subutilización de habilidades o la realización de tareas monótonas, las estructuras administrativas autoritarias, la inseguridad laboral, el acoso laboral, entre otros.

Ahora bien, en documentos posteriores al año 2006, como es el Plan Integral De Salud Mental 2013-2020 (OMS, 2013) y el informe de Prevención del Suicidio (OMS, 2014), si bien la prevención del suicidio aparece como una tarea prioritaria para la OMS, la relación suicidio y trabajo ya no se vuelve a abordar de manera tan exhaustiva como lo fue en el documento de 2006.

En efecto, si tanto en el plan como en el informe, la OMS esta vez dirige recomendaciones a los gobiernos para que asuman este problema como parte de la Política Pública en sus Planes de Salud Mental, en el Plan (OMS, 2013) el “suicidio en el lugar de trabajo” solo aparece mencionado como uno de los ámbitos para realizar acciones de Promoción de prevención del suicidio. En tanto en el informe (OMS, 2014), la relación suicidio y trabajo solo aparece mencionada dos veces, sea comprendiendo la pérdida de trabajo como un factor de riesgo importante o bien, a través de un programa para prevenir suicidio entre policías en Canadá citado como ejemplo de intervenciones pertinentes para mitigar factores de riesgo en la comunidad y las relaciones.

En Chile, en el año 2007 se diseñó un plan nacional de prevención del suicidio que sigue las estrategias de prevención recomendadas por la OMS y que fue recientemente aprobado (MINSAL, 2013a). Este plan tiene como tarea la vigilancia nacional de los casos de suicidio e intento de suicidio con el fin de determinar perfiles

de riesgo; asimismo, contempla planes de prevención regional e intersectorial coordinados por la autoridad sanitaria.

Respecto a la relación suicidio y trabajo, en este plan el trabajo aparece en primer lugar, como un factor sociodemográfico y ambiental de riesgo suicida, especialmente en situaciones de pérdida de trabajo, desempleo o en ciertas ocupaciones como son “el área artística, el área de la salud, el área de gendarmería, entre otras” (MINSAL, 2013a: 22), sin embargo, no se dan mayores especificaciones. En segundo lugar, el trabajo aparece como uno de los sectores sociales involucrados en las tareas de prevención, en el entendido que en la conducta suicida influyen numerosos factores entre ellos los psicosociales y por lo tanto el trabajo. Aparte de estas menciones, el plan señala medidas y da por hecho estos datos que se apoyan en los documentos generados por la OMS.

Ahora bien, junto con este plan, podemos mencionar la publicación del “Protocolo de Vigilancia de Riesgos Psicosociales en el Trabajo” (MINSAL, 2013b) y el nuevo “Protocolo de Calificación de Origen de Enfermedades Profesionales” (SUSESO, 2016). Si bien estos protocolos, no atañen directamente al suicidio en el trabajo, sí están poniendo sobre la agenda pública los problemas relacionados con la salud mental laboral. En efecto, a partir del primer protocolo, se ha podido incorporar la dimensión psicosocial como un tipo de riesgo laboral más, estableciéndose la obligatoriedad por parte de cada empleador de realizar sistemáticamente evaluaciones y medidas de mitigación para reducir estos riesgos. A partir del segundo protocolo, se han podido instruir las normas mínimas de evaluación que deben cumplir las mutualidades en el proceso de calificación del origen laboral o común de todas las enfermedades denunciadas como profesionales en estas instituciones. Específicamente en el caso de la

sospecha de patologías profesionales de origen mental, hoy se deben utilizar criterios clínicos-diagnósticos universales para su calificación, los cuales deben ser aplicados por profesionales del área de la salud mental. Así, ambos protocolos permiten hoy fortalecer los alcances y beneficios del Seguro de la Ley 16.744 relacionados al campo de la salud mental.

En síntesis, si la relación entre suicidio y trabajo ha quedado establecida por la OMS en el documento *Prevención del Suicidio un instrumento en el Trabajo* (2006), siendo una preocupación para la OMS de por lo menos 10 años, y si bien a nivel de la política nacional, la incidencia de los factores psicosociales en la salud mental ha quedado establecida en los protocolos antes mencionados, surge la interrogante acerca de la dificultad que a nivel del ejercicio clínico se trabaje considerando la relación entre las condiciones laborales y el suicidio. Si bien esto podría deberse a lo reciente de la implementación de la política pública, podrían haber otros elementos incidiendo en esta dificultad, lo cual vuelve necesario indagar en el modo como está siendo pensada esta vinculación a nivel de la práctica clínica.

5.3. Perspectiva legal sobre el suicidio y trabajo

La posibilidad de identificar y reconocer los problemas de salud mental vinculados al trabajo, y específicamente del fenómeno del suicidio, depende fuertemente de las leyes y los instrumentos jurídicos que cuenta cada país en los ámbitos de la salud y seguridad laboral. Estas disposiciones legales suelen estar contenidas en los códigos del trabajo, las leyes sobre salud y seguridad en el trabajo, códigos de prácticas laborales, normas técnicas, en los decretos de fuerza de ley, entre otros.

En la actualidad no hay antecedentes de marcos legales a nivel internacional que incorporen explícitamente el tema del suicidio en el trabajo, sin embargo, la mayoría de los países cuentan con disposiciones legales sobre la prevención de riesgos psicosociales en el trabajo y salud mental laboral, los cuales en la mayoría de los casos no se encuentran unificadas (OIT, 2016).

A nivel internacional, son los países nórdicos (Dinamarca, Suecia Noruega, Finlandia e Islandia) quienes han liderado el reconocimiento de los riesgos psicosociales y los problemas de salud mental vinculados al trabajo, a través del desarrollo de leyes sobre el medio ambiente de trabajo, instauradas desde fines de la década del 70 hasta la fecha (OIT, 2016). Posteriormente, diversos países han incorporado disposiciones sobre estos ámbitos en sus legislaciones sucesivamente (por ejemplo Austria, Eslovaquia, Estonia, Francia, Grecia e Italia) (OSHA, 2016). Algunos países incorporan la protección de la salud mental y el bienestar en el ámbito de los reglamentos de salud y seguridad, por ejemplo, Argentina Colombia, Cuba, Canadá, y República Dominicana (OIT, 2016). En otros, la protección de la salud mental se incluye en la Constitución como una obligación general del Estado (Lesoto) o como un derecho individual (Perú). También algunas legislaciones refieren a la protección de la salud mental o del bienestar psicosocial en la definición de “salud”, “enfermedad” o “lesión” en sus Códigos del Trabajo, o en las leyes sobre salud y seguridad (por ejemplo Angola, Australia, Nueva Zelanda, Nicaragua, Trinidad y Tobago y Venezuela). Finalmente, se encuentran los países que disponen una legislación de protección a la salud mental a partir de sus leyes sobre regulación de la violencia y acoso moral en el trabajo (por ejemplo, Alemania, Canadá, Colombia, Holanda, Letonia, Portugal, Reino Unido, Sudán y Suecia) (OIT, 2016).

En Chile existen disposiciones legales que posibilitan -por diferentes vías- el reconocimiento del vínculo entre el suicidio en el trabajo desde la perspectiva del Derecho del Trabajo. En su mayoría estas normativas se encuentran contenidas en la Ley 16.744 sobre accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, el Código del Trabajo y la Constitución Política de la República.

En Chile, la ley 16.744 que “Establece normas sobre accidentes del trabajo y enfermedades profesionales”, reconoce los factores de riesgo de tipo psicológico como causante de enfermedad profesional (neurosis laboral). Asimismo, existen distintos decretos en el Código sanitario y del Código del trabajo que establecen y reglamentan las obligaciones y la responsabilidad legales que tiene cada empleador respecto a las condiciones ambientales e higiénicas de trabajo. Sin embargo, la ley 16.744 no reconoce el suicidio y las tentativas de suicidio como un tipo de accidente laboral. Los protocolos y procedimientos de investigación de accidentes graves y mortales, tampoco consideran los factores psicológicos como agentes provocadores de este tipo de accidentes. Además, este tipo de episodios no son incluidos en los estudios sobre tasas de accidentes y siniestralidad.

6. Resultados. Las estadísticas y el ámbito clínico y legal

6.1. La producción de estadísticas sobre suicidio

En la búsqueda de antecedentes, uno de los primeros elementos que llama la atención es el registro de suicidios consignado en las estadísticas vitales del INE. Se trata de un trabajo conjunto entre el Ministerio de Economía, el Ministerio de Salud y el Ministerio de Justicia, quienes presentan el anuario de Estadísticas Vitales 2012, en virtud de un convenio interinstitucional vigente desde 1982. El objetivo de esta

publicación es ofrecer a los usuarios las estadísticas vitales del país: nacimientos, matrimonios, defunciones y defunciones fetales, durante el año informado. Este informe de carácter anual, en su acápite sobre defunciones, contiene las cifras de suicidio con la lista detallada de causas de muerte. En el interior del documento se presentan, luego de las muertes accidentales, las muertes por lesiones autoinfligidas con un alto nivel de detalle (envenenamiento, ahorcamiento, sofocación, disparo de arma de fuego, etc.). Sin embargo, el anuario demográfico no contenía los datos que estábamos buscando. La ausencia de referencias etiológicas psicológicas y sociales para este fenómeno resulta evidente, por ello cabría indagar sobre el origen de los datos presentados por el INE buscando indicadores sobre el mundo del trabajo: ¿Falleció en el lugar de trabajo?, ¿Qué actividad estaba realizando?, ¿Qué profesión u ocupación tenía?. Es decir, descriptores que utiliza la literatura internacional sobre el tema. Consultado el Departamento de Demografía del INE fuimos derivados al Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS) dependiente del Ministerio de Salud, quienes a su vez nos derivaron al Servicio Médico Legal (SML) dependiente del Ministerio de Justicia.

6.1.1. Las estadísticas del Servicio Médico Legal (SML):

La producción, esto es, la recolección, procesamiento, validación de los datos sobre suicidio implica la articulación de una compleja red de instituciones, con sus respectivos procedimientos y prácticas. En Chile implica la participación de al menos tres ministerios, el Instituto Nacional de Estadísticas (dependiente del Ministerio de Economía) a través del departamento de demografía del INE, quienes a su vez utilizan la información suministrada por el DEIS (Departamento de Estadísticas e Información

en Salud) del Ministerio de Salud en base a los datos al SML dependiente del Ministerio de Justicia. Al no encontrar por parte del SML datos de dominio público respecto a la relación suicidio y trabajo en forma explícita (no existen publicaciones del SML) y luego de una entrevista preliminar con la Unidad de Estadísticas del SML, el 9 de enero de 2016 procedimos a solicitar al SML las estadísticas de suicidio en Chile entre 1990 y 2015 en torno a las categorías de: lugar, actividad al momento del hecho y ocupación. Luego de algunas semanas, con fecha 9 de febrero de 2016 recibimos la base de datos vía correo electrónico.

Es menester señalar que la mencionada unidad sólo tiene registro de lo señalado a partir del año 1998, y que información de años anteriores no se encuentra levantada, tabulada ni digitalizada desde los tomos en que se encuentran archivadas la totalidad de las pericias médico legales de autopsias realizadas ².

Dentro de la base de datos nos encontramos, que el SML cuenta con registros de lugar, actividad y ocupación sólo para la Región Metropolitana. Así, mientras las tasas más altas de suicidio se presentan en regiones extremas como Arica, Aysén entre otras, no se cuenta allí con registros adecuados que permitan reconocer las categorías estudiadas. La base de datos con indicadores que permitan vincular el suicidio con el mundo del trabajo es incompleta, al no considerar 14 de las 15 regiones del país, representando sólo cerca de un tercio de los suicidios producidos a nivel nacional.

² Respuesta electrónica a la consulta realizada a la unidad de estadística y archivo del SML en enero de 2016 por solicitud número 325499 de acceso a la información pública.

6.1.2. Los datos recibidos del SML

Si bien los datos son incompletos en lo que se refiere al registro de suicidios y su relación a la variable trabajo, es posible sustraer algunas tendencias generales explorando los registros existentes. Entre 1998 y 2014 hubo un total de 9.971 suicidios en la RM registrándose una media anual de 587 casos, con un peak el año 2008 y 2009 con 715 y 752 casos respectivamente. Si bien el SML cuenta con reconocidos muy buenos registros para otros temas, lamentablemente la validez y confiabilidad de los datos respecto al suicidio y el trabajo no permite hacer más análisis más exhaustivos³.

Las categorías de registro presentes en la ficha tanatológica del SML que consigna los datos de la persona fallecida, están basadas en las indicaciones de la OMS a través de la *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y problemas relacionados con la salud*⁴. A su vez la OPS realiza una versión en español que data de 1995 y que especifica cada una de las categorías a través de las siglas VO1-Y34, estipulando la actividad de la persona lesionada en el momento en que ocurrió el hecho. Estas siglas incluyen las siguientes situaciones: Mientras trabaja en forma remunerada, que incluye trabajo remunerado (manual, profesional); Trabajo por salario, bonificaciones u otro tipo de ingreso; transporte (tiempo) hacia o desde el lugar de trabajo. Respecto al lugar de ocurrencia se establecen las siglas W00 a Y34, dentro de las cuales se cuenta la vivienda y el lugar de trabajo entre otras.

³ Ya señalábamos un primer hecho, que para construir estadísticas de suicidio y trabajo sólo se cuenta con datos para la Región Metropolitana, desde 1998, respecto a lugar, actividad y ocupación. No así a nivel país. Del mismo modo, no es posible realizar análisis como los realizados por investigadores de USA, Francia y Australia. Esta observación se inspira en la preocupación de la OMS respecto al fenómeno de subnotificación del suicidio y la calidad de los registros sobre el problema a nivel mundial.

⁴ International statistical classification of diseases and Related Health Problems, 10th Revision. Ginebra, OMS, 1992.

a. Cifras sobre lugar

Entre los años 1998 y 2014 cerca del 80% de los suicidios en la RM ocurrió en la vivienda (8.030 casos), siendo un 8% situaciones que se produjeron en la calle (781 casos), 4,2% en lugares sin especificar (423 casos), con porcentajes en torno al 1% en el área de comercio y área de servicios (129 casos) industria y construcción (59 casos), escuela (74 casos), y otros como institución residencial (113), granja (16 casos).

Respecto a los datos existentes en la RM no es posible analizar la relación “Workplace/Noworkplace”⁵ (¿cuántos suicidios son en el lugar de trabajo?) debido al ambiguo registro de categorías para establecer si la persona se encontraba trabajando en ese lugar, es decir, los lugares deben ser identificados como sitios laborales o no para la persona en cuestión: dentro de las más categorías problemáticas se encuentran ‘escuela’ (74 casos) y ‘granja’ (16), ‘lugar no especificado’ (423 casos) y ‘otros lugares especificados’ (342 casos). Otra alternativa es recurrir al registro de la actividad de la persona al momento de ocurrido el hecho. No obstante, nos encontramos con un problema mayor, hay 8.111 casos en que no se registra qué es lo que la persona estaba haciendo.

b. Cifras sobre Actividad

La ficha tiene una categoría que se llama actividad, dentro de la cual se encuentra la subcategoría llamada actividad remunerada, junto a otras como deportes o descanso, llama la atención que los registros señalen un 81,3% bajo el rótulo de

⁵ Esto permitiría entre otras cosas, hacer comparaciones con cifras internacionales. Ver estudio de Tiesman y otros (2015) “Suicide in U.S. Workplaces, 2003–2010. A Comparison With Non-Workplace Suicides”. *American Journal of Preventive Medicine*. 2015 June ; 48(6): 674–682.

actividades no especificadas. Esta cifra por cierto, plantea el problema de la subnotificación en relación a las actividades vinculadas al trabajo.

c. Profesión u oficio

Uno de los aspectos más complejos para pensar la relación suicidio y trabajo tiene que ver con la calidad de las estadísticas disponibles, siendo un problema que se presenta a nivel internacional. Ya decíamos que respecto al lugar se presentan categorías que no permiten saber si ese era un espacio de trabajo, a su vez no se conoce la actividad realizada al momento del hecho en un 81,3% de los casos (8.111 personas).

Otro campo de registro dice relación con la ocupación “oficio y profesión”. La base de datos del SML arroja una gran variedad de descriptores en función de diferencias conceptuales entre las categorías como también entre descriptores compuestos. Entre 1998 y 2014 aparecen 1.044 obreros (10,5%), 762 dueñas de casa (7,6% de los casos), 756 estudiantes (7,6%), 666 comerciantes (6,7%), 550 jubilados (5,5%), entre otros.

En síntesis, al observar las cifras nos preguntamos ¿Qué explica las variaciones en las cifras de suicidio en la RM?. Al año 2007 los suicidios en la RM habían aumentado un 37,8% tomando como base el año 2004. ¿Qué segmento ocupacional concentró el aumento?, ¿Fue un aumento homogéneo en todos los segmentos ocupacionales?. Se trata de preguntas del todo pertinentes, lamentablemente los datos estadísticos en relación a la variable trabajo no permite aventurar respuestas a estas interrogantes por las razones que veremos a continuación.

6.1.3. El levantamiento de datos sobre suicidio

Respecto a la calidad del levantamiento de datos existen una serie de deficiencias para efectos de establecer una relación entre suicidio y trabajo. En el reporte entregado por el SML el caso más problemático corresponde al registro de la “actividad de la persona” al momento de producido el hecho. Más del 80% de los casos han sido reportados con actividades no especificadas. Se trata de un vacío de información debido a que el levantamiento de datos se realiza precariamente en el transcurso de un período que puede ir de días a semanas, dependiendo del acceso a fuentes familiares, en función de que éstos concurren a la oficinas del SML. Al respecto cabe señalar que no existe un procedimiento de triangulación de esta información con las policías (PDI y Carabineros) dado que tales acciones se realizan de forma independiente. Siendo éstos últimos quienes concurren al sitio del suceso procediendo a tomar declaraciones y capturar fotografías. Cabe señalar en este punto, que el Programa Nacional de Prevención del Suicidio, en un documento publicado en el año 2013, sugiere realizar autopsia psicológica a todos los casos de suicidio ocurridos en la región, en el período predefinido, o al menos al 30% de estos (MINSAL, 2013a: 16). En síntesis es posible señalar 3 problemas respecto al levantamiento de datos para establecer la relación suicidio y trabajo:

i. El levantamiento de datos por parte del SML no se realiza en el lugar de los hechos. Y de hacerse, este es realizado por las policías, quienes en la práctica y en términos normativos, no están articulados para la producción de estadísticas con los Ministerios de Justicia, Salud y Economía, espacio desde el cual emanan las estadísticas oficiales. En este sentido, el acceso al lugar en que se produce el

hecho y la serie de encadenamientos necesarios para producir un dato de calidad estadística, requiere ser acordado mediante procedimientos rigurosos.

ii. Las fichas de registro no han sido elaboradas para explorar las relaciones entre suicidio y trabajo dando lugar a una serie de ambigüedades. Las ambigüedades se refieren a la dificultad para generar información que permita establecer una relación explicativa con hechos del trabajo. En el caso de las tres categorías consultadas: Lugar, actividad y ocupación presentan tales dificultades. ¿Es el lugar (casa, granja, etc.) un espacio donde se realizaba una actividad laboral?, ¿Podemos tener más de un 80% de actividades no especificadas?, ¿Puede una persona ser clasificada como estudiante y trabajador al mismo tiempo?. Estas inquietudes plantean problemas de validez y confiabilidad que el tipo de registro actual no puede responder.

iii. En el SML no existe un procedimiento para hacer autopsias psicológicas que permitan conocer los elementos psicológicos y sociales vinculados a la muerte de una persona por suicidio. En función de los datos disponibles actualmente no es posible conocer cuál es el vínculo que una persona tenía con el trabajo al momento de su muerte de modo de establecer el papel que el trabajo tuvo con su suicidio.

6.2.El enfoque clínico en la etiología del suicidio: un debate actual

Si en el peritaje clínico la vinculación entre suicidio y trabajo es controversial resultando muy difícil establecer que las condiciones de trabajo puedan provocar suicidios en los trabajadores, la cuestión social, en este caso el trabajo y sus

condiciones, no deja de interrogar los hallazgos a las que puede llegar la investigación clínica. Hemos visto que a partir del año 2006, la OMS considera que las condiciones de trabajo pueden provocar estrés laboral y en ese sentido, son un factor de riesgo para la aparición de trastornos mentales y el suicidio. Entonces la investigación clínica debiera incorporar en sus procedimientos de indagación y en sus resultados la incidencia de los “factores psicosociales” asociados a las condiciones y ambientes de trabajo. Es decir, desarrollar un trabajo de investigación no solamente enfocado en las causas endógenas, sino también en aquellas causas exógenas asociadas al contexto donde ocurre el suicidio. Sin embargo, en la práctica clínica se observa una dificultad para incorporar este factor en el análisis, podríamos decir incluso una resistencia que es preciso indagar.

Se podría pensar que la dificultad obedece a la reciente introducción de la dimensión psicosocial dentro de las recomendaciones de la OMS. Sin embargo, la dificultad es también signo de un debate al interior del campo de la salud mental, un debate que pone en evidencia la diversidad de discursos de origen variado que concurren en los intentos por establecer una causa etiológica que explique este acto.

6.2.1. La delimitación etiológica del suicidio y la introducción del factor social

En la interpretación acerca de la causa etiológica del suicidio se enfrentan al menos tres modelos que surgen en momentos diferentes (históricamente) dentro del discurso clínico:

a. El modelo biológico.

La mirada psiquiátrica, desde sus inicios decimonónicos, se encuentra determinada por este modelo que sigue de la medicina moderna más amplia y que

también es conocido como modelo anátomo-clínico (Foucault, 1989). Para esta psiquiatría las alteraciones del comportamiento, tendrían un sustrato que en principio es anatómico, y que luego con los avances en neurociencias, será fundamentalmente de orden neuroquímico. Desde este modelo, los trastornos y desórdenes del comportamiento, responden, entonces, a alteraciones neuroquímicas determinadas genéticamente, donde el ambiente solo juega el papel de desencadenante de una condición biológica pre-existente. Ese es el caso del modelo clínico-bioquímico de las 4 vías desarrollado por Fawcett, Busch, Jacobs, Kravitz y Fogg (2006) que tiene como propósito explicar la conducta suicida en la depresión a partir de la relación entre disfunciones neuroquímicas y determinados elementos psicopatológicos como son la ansiedad/agitación, la desesperanza, la anhedonia, y la impulsividad. En ese sentido, si pensamos en la vinculación entre suicidio y trabajo, el trabajo y sus exigencias solo aparece como un factor gatillante de una vulnerabilidad biológicamente determinada.

b. El modelo estructural psicológico

En este tipo de modelo caben los enfoques comprensivos como el fenomenológico de Jaspers y el psicoanalítico de Freud de la primera mitad del siglo XX (Galende, 1990). Esta perspectiva atribuye toda conducta patológica, entre ellas el suicidio, a la vulnerabilidad psicológica del individuo. La vulnerabilidad habría que buscarla en la historia de cada individuo, especialmente en la infancia, momento en que se conforma el ámbito psíquico y la personalidad. El trabajo desde esta perspectiva, sería simplemente un factor que desde la situación presente tendría el poder de desencadenar una conformación psíquica de base, en ese sentido, el trabajo actuaría como un “traumatismo” que revela la estructura (Dejours, 1980), de modo que el trabajo

podría tener el mismo valor que cualquier otro factor desencadenante (muerte, ruptura amorosa, nacimiento, accidente, etc.). La causalidad o etiología se encontraría entonces más bien del lado de lo psíquico, relegada a los conflictos privados y subjetivos y, el trabajo solo sería un factor contingente y gatillante de la psicopatología. Entre estos dos modelos, habitualmente utilizados en el ámbito de la psiquiatría como de la psicología, se ha situado la explicación sobre el origen del suicidio. En ambos enfoques los factores sociales y ambientales, y por tanto el trabajo, aparecen como factores exógenos que solo desencadenan un problema que ya está alojado en el individuo de manera previa y latente.

c. El modelo socio-genético

Desde este modelo, la etiología del suicidio sería más el resultado de exigencias sociales, que de procesos o condiciones individuales, psicológicas o biológicas. Desde esta perspectiva, fuertemente influenciada por los enfoques anti-psiquiátricos de los años 60, las causas de los trastornos mentales pero también las circunstancias que mantienen y preservan la salud mental se encuentran más bien del lado de las condiciones sociales de existencia de los individuos. Efectivamente, las críticas de la antipsiquiatría al modelo positivista psiquiátrico, permiten introducir como elemento etiológico fundamental de la enfermedad mental las condiciones sociales desiguales y las relaciones de dominación que sostienen el funcionamiento social moderno. En ese sentido, si pensamos la relación suicidio y trabajo, serían los métodos de gobierno de las empresas, las formas de gestión y organización del trabajo, los que inciden de manera prioritaria en los problemas de salud mental de los trabajadores. Tal es el planteamiento, por ejemplo, de los trabajos desarrollados en Psicopatología del Trabajo por Louis Le

Guillant (1985). Siguiendo el modelo de la Toxicología Industrial (que demuestra p.e. que la silicosis es una enfermedad laboral producto de la exposición al polvo de sílice), la Psicopatología del Trabajo quiso demostrar que modos de organización del trabajo exigentes pueden producir neurosis o psicosis (Molinier, 2008). Desde esta perspectiva, condiciones laborales apremiantes podrían ser la causa directa que explica un acto suicida. Ahora bien, ninguna de las investigaciones realizadas desde este enfoque ha tenido hasta el momento resultados convincentes (Dejours, 2010), siendo muy difícil demostrar que la causa etiológica de los trastornos mentales sea situable directamente en condiciones sociales.

6.2.2. Consideración del suicidio en el trabajo desde la OMS: la mirada integrativa

Ahora bien, si el enfoque sociogenético tiende a polarizar la discusión en torno a la causalidad social de los trastornos mentales, no es menos cierto que a partir de 1974, la OMS comenzará a considerar la importancia que los factores psicosociales tienen en relación con la salud y el desarrollo humano (Kalimo, El-Batawi & Cooper, 1988). Efectivamente los problemas ligados a la industrialización y los cambios en la organización del trabajo pueden incidir en la salud mental de las personas: “La población trabajadora forma parte importante de la comunidad, y la industrialización en los países en desarrollo y la automatización de los procesos industriales en los países más desarrollados han provocado rápidos cambios del medio psicosocial en los lugares de trabajo y de las reacciones de los trabajadores. La exposición a estrés psicosocial en el trabajo va acompañada de una serie de problemas de salud, entre los que se incluyen

trastornos del comportamiento y enfermedades psicosomáticas” (Kalimo, El-Batawi & Cooper, 1988).

De esta cita podemos desprender dos elementos de importancia: Primero, independientemente de la vulnerabilidad biológica o psicológica de los individuos, los factores psicosociales asociados a los nuevos métodos y formas de organización del trabajo comienzan a aparecer como una de las causas principales de los problemas de salud física y mental de la población. Segundo, es el modelo del estrés laboral, aquél que pretende salir del impase que presentan los modelos etiológicos anteriormente señalados, mediante un modelo integrativo o de causalidad multifactorial. La causa de los trastornos mentales y del comportamiento, bajo este esquema, no se deberían prioritariamente a una sola causa sino que a la interacción de factores biológicos, psicológicos y sociales.

El modelo del estrés biopsicosocial

El modelo del estrés propone que las estructuras sociales y en un sentido más local, los estímulos psicosociales actúan sobre el ser humano, el que a su vez dispone de un programa psicobiológico individual. Este programa psicobiológico refiere a los patrones con los cuales el individuo se ha adaptado al medio y por lo tanto determinan en él una cierta propensión a reaccionar de un modo similar ante nuevos estímulos ambientales.

La reacción del individuo puede ser desajustada ante la aparición de nuevos eventos. El desajuste se produce cuando no hay congruencia entre las oportunidades y exigencias del medio y las necesidades, facultades y expectativas individuales. Ante el desajuste el individuo reacciona utilizando mecanismos patógenos biológicos y

psicológicos (afectivos, conductuales, cognitivos o fisiológicos) que pueden provocar, si se sostienen en el tiempo y según su intensidad, precursores de enfermedades (Levi, 1988). El estrés es una respuesta inespecífica y tiene la propiedad de actuar como precursor de otras enfermedades como p.e. la depresión o la hipertensión arterial.

Ahora bien, en este modelo la serie estructura social + estímulos psicosociales + programa psicobiológico => mecanismos patógenos => precursores de enfermedad => enfermedad, no es lineal sino que constituye un sistema donde los factores sociales, psicológicos y físicos pueden modificar la fase de inicio, del mecanismo, del precursor o de la enfermedad.

Perspectivas críticas al modelo del estrés laboral:

Si bien el modelo del estrés laboral tiene la ventaja de ser un modelo integrativo que relaciona variables biológicas, psicológicas y sociales, es un modelo que también tiene la dificultad de desestimar la jerarquización que puede existir entre los factores causales dejando en silencio las contradicciones que por ejemplo se presentan en la dimensión social y que afectan la salud mental de los trabajadores.

En efecto, desde esta perspectiva el ajuste o desajuste radica en el modo cómo el individuo se adecua o no al entorno. Las reacciones a las situaciones percibidas y la capacidad de afrontar los períodos de estrés y recuperarse de ellos están determinadas más bien por las características de cada individuo. En ese sentido, el sujeto de este modelo es un individuo al que le corresponde gestionar su estrés, de acuerdo a sus capacidades individuales: un individuo reactivo que, se acopla o no a condiciones ambientales y sociales que aparecen como un hecho dado.

A partir de los años 80, emergen perspectivas críticas al modelo biopsicosocial del estrés laboral. Bajo un enfoque psicodinámico, las nuevas clínicas del trabajo (Lhuillier, 2006), entre ellas la Psicodinámica del Trabajo, consideran que los sujetos no solo están expuestos a los factores sociales, ni tan solo reaccionan a ellos, sino que más bien los sujetos tienen capacidad de agencia y por tanto pueden incidir en sus condiciones laborales cambiando incluso la organización del trabajo (Dejours, 1980)

En ese sentido, las clínicas del trabajo si bien interrogan la dimensión social, no por ello replican la perspectiva sociogenética, que establece como responsable directo de los trastornos mentales las condiciones de trabajo. Tampoco sitúan como causa última de las descompensaciones psicopatológicas, la vulnerabilidad psíquica o biológica ya que en todo individuo es posible encontrar estas “fallas” que pueden desestabilizarlo.

Para estos modelos lo que hay entre la descompensación psicopatológica y el bienestar psíquico es una zona intermedia. Esa zona intermedia sería el resultado del conflicto y de la negociación que los sujetos logran, de manera individual y colectiva, en su relación diaria con la organización del trabajo.

Frente al malestar que las situaciones del trabajo provocan, los sujetos tienen la posibilidad de desarrollar mecanismos de defensa individuales y colectivos que se traducen en pautas de comportamiento que a su vez inciden sobre el trabajo. Luego, de lo que se trata es de intentar establecer estos mecanismos y procesos de negociación entre los sujetos y la organización del trabajo (Dejours & Bègue, 2009).

Desde esta perspectiva clínica se trata de observar el agenciamiento del sujeto con la organización del trabajo. En ese sentido, se amplía el espectro desde la pura individualidad y se consideran las dimensiones sociales, organizacionales y ambientales

del trabajo, y la interrelación de ellas con los sujetos. Así en el caso del suicidio desde esta perspectiva, la investigación clínica no sólo indagará la condición mórbida de la persona anterior al acto suicida o los problemas de su vida privada. Tal como ocurrió en Japón en un caso de suicidio de un trabajador de una empresa publicitaria el año 2000 (Kitanaka, 2014), la investigación clínica no sólo verificó que el trabajador tenía un trastorno depresivo diagnosticado. La investigación pudo determinar que si bien el empleado cedió a una impulsión suicida bajo la influencia de la depresión que había perturbado su manera de pensar, también hubo negligencia de parte de la empresa y por lo tanto responsabilidad en lo acontecido. En efecto, se demostró que sus superiores habían visto su salud mental deteriorarse, como era un empleado eficiente y exitoso sus superiores le permitían trabajar horas extras al punto que lo dejaban de irse de la oficina a las 6:00 de la mañana y retornar a las 9:00 para continuar. Si bien los directivos sabían que en su cargo faltaba un puesto de trabajo, nunca contrataron a otra persona en el entendido del exitoso desempeño de este empleado. La conclusión es que la empresa fue condenada por no tomar ninguna medida para corregir la sobrecarga de trabajo de este empleado, teniendo que pagar una suma exorbitante a la familia del trabajador.

Estos nuevos modos de comprensión del suicidio y de los trastornos mentales, no sólo cambian las perspectivas de la salud mental, p.e. a nivel de las políticas de prevención del suicidio, sino que también los modos de desarrollar las investigaciones clínicas, sea en los casos de trastornos mentales como de suicidios consumados en el trabajo. Si la finalidad es demostrar la existencia de un estado de malestar psíquico, se debe recurrir a instrumentos de investigación apropiados, que no son los que se utilizan en la psiquiatría o psicología tradicional. En psicopatología profesional, las investigaciones sobre el estado de malestar psíquico intentarán definir con precisión las

pautas de comportamiento, las actitudes y las defensas colectivas e individuales y el modo como estas se interrelacionan con la organización del trabajo.

El problema es que en la práctica clínica, el modelo multifactorial del estrés laboral o estas formas críticas de abordaje, como son las clínicas del trabajo, muchas veces no funcionan pues:

- 1) o bien se tiende a pensar los trastornos mentales y en particular el suicidio en el trabajo, como un fenómeno cuyas causas prioritariamente se deberían a alteraciones individuales, biológicas o psicológicas, reproduciendo con ello el modelo clínico hegemónico de la psiquiatría y la psicología tradicional que es de etiología única.
- 2) o bien, si se integran en el discurso las dimensiones sociales, los actores no cuentan con los instrumentos de investigación apropiados que permitan considerar estas dimensiones.

En efecto, lo que se observa en la práctica justamente es una dificultad en los clínicos, psicólogos o psiquiatras, para entender que un malestar o trastorno mental pudiese estar relacionado con un problema de trabajo, lo cual atañe a la salud mental ocupacional. Muy pocos clínicos saben lo que es la salud mental ocupacional y muy pocos derivarían a un paciente al clínico de la mutual (institución encargada de tratamiento de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales).

6.3. Marco legal chileno sobre la salud y la seguridad laboral relacionado con el suicidio en el trabajo.

Considerando que el suicidio es una autoagresión cuyo resultado es la muerte, es pertinente revisar qué recursos legales se pueden utilizar cuando este fenómeno ocurre en un contexto de trabajo, o cuando el acto suicida fue determinado por las condiciones higiénicas de ambiente laboral. Para ello, es necesario revisar y conocer dentro de la normativa existente las implicaciones legales de fenómenos como “enfermedad profesional”, “accidente de trabajo” y “acoso laboral”.

a. Ley 16.744 y el suicidio en el trabajo.

Los beneficios que otorga la seguridad social en Chile respecto a la salud y seguridad de los trabajadores se encuentra regulada principalmente por la Ley 16.744 y sus decretos de fuerza de ley. De acuerdo a la definición establecida por el Artículo 7 de la Ley 16.744, una enfermedad profesional es aquella “enfermedad causada de una manera directa por el ejercicio de la profesión o el trabajo que realice una persona y que le produzca incapacidad o muerte”. Para calificar una enfermedad como enfermedad profesional es necesario que la patología diagnosticada se encuentre dentro de la lista de enfermedades profesionales establecidas en el Decreto Supremo N°109; y que el médico calificador sea capaz de comprobar el vínculo entre la aparición de la enfermedad y la exposición al factor de riesgo y/o agente específico que ocasiona la enfermedad.

En el ámbito de las enfermedades de salud mental, el Decreto Supremo N°109 sólo reconoce como enfermedad profesional la categoría de “neurosis profesional”, la cual puede adquirir distintas formas de presentación clínica, tales como “trastorno de adaptación, trastorno de ansiedad, depresión reactiva, trastorno por somatización y por

dolor crónico”. Para que su diagnóstico sea reconocido es necesario que el trabajador haya sido expuesto al agente de riesgo específico, que en el caso de la “neurosis profesional” son los trabajos que exponen “al riesgo de tensión psíquica y se compruebe relación de causa o efecto” (MINSAL, 2013b, p.7).

Desde la perspectiva de la Ley 16.744, independiente que el acto suicida ocurra con ocasión en el trabajo, el suicidio de un trabajador no es reconocido como un tipo de enfermedad profesional ya que éste no se encuentra dentro de la lista de enfermedades profesionales, además que se trata de un fenómeno que no constituye una entidad psicopatológica como tal, sino más bien una consecuencia de un trastorno psicopatológico. Por su parte, el suicidio tampoco puede ser reconocido como una consecuencia de una enfermedad profesional de origen mental, mientras ésta no haya sido calificada como tal por una mutualidad o una autoridad competente.

Un segundo ámbito relacionado con el suicidio tiene relación con las normativas sobre “accidentes en el trabajo”. Según lo indicado en el Artículo N° 5 de la Ley, un “accidente de trabajo” es “toda lesión que una persona sufra a causa o con ocasión del trabajo, y le produzca incapacidad o muerte”. Para la legislación son considerados también “accidente de trabajo” los ocurridos en el trayecto directo de ida o regreso, y aquéllos ocurridos en el trayecto directo entre dos lugares de trabajo, aunque correspondan a dos empleadores distintos. Dentro de los diferentes tipos de lesiones con ocasión en el trabajo, la normativa excluye a los accidentes “debidos a fuerza mayor extraña que no tenga relación alguna con el trabajo y los producidos intencionalmente por la víctima”⁶. Cuando ocurre un accidente en el trabajo grave o con consecuencia de muerte, la normativa chilena establece la obligación de hacer una notificación e

⁶ Se entiende por "fuerza mayor extraña" aquel hecho imprevisto que no es posible evitar, como, por ejemplo, un huracán, maremoto, aluvión etc.

investigación con el fin de conocer las causas del accidente, el cual debe ser incorporado al Sistema Nacional de Vigilancia. Para decidir si un accidente debe ser notificado o no, se deben tomar en cuenta los criterios de gravedad definidos por la SUSESO y los de diagnóstico, establecidos por el Ministerio de Salud (MINSAL, 2012). Si el accidente califica con los criterios, la norma indica que el procedimiento es que el servicio de salud que atiende al trabajador ya sea público o privado, debe informar de inmediato a la SEREMI correspondiente para que realice la investigación de las causas del accidente.

De acuerdo a lo establecido en la normativa chilena sobre accidentes de trabajo, su aplicación no es clara para el caso del suicidio en el trabajo. Por un lado, el suicidio queda excluido de lo que se define como “accidente de trabajo”, ya que se trata de un tipo de lesión autoinfligida realizada de manera intencional por la persona. Por el otro, un suicidio con ocasión en el trabajo debe ser investigado como accidente grave o fatal mientras una autoridad sanitaria no haya notificado e investigado las causas asociadas al accidente.

b. El Código del Trabajo, la Constitución y el suicidio en el trabajo.

Un segundo enfoque legal para abordar del problema del suicidio en el trabajo tendría relación con la aplicación de disposiciones legales asociadas con varios artículos dispuestos en el Código del Trabajo y en la Constitución de la República, principalmente aquellos que hacen referencia al acoso laboral.

El acoso laboral ha sido regulado de manera expresa por el legislador en nuestro país. En efecto, el inciso segundo del art. 2º del Código del Trabajo, modificado por la ley N° 20.607 (publicada en el Diario Oficial de fecha 08.08.12), el acoso laboral es

“toda conducta que constituya agresión u hostigamiento reiterados, ejercida por el empleador o por uno o más trabajadores, en contra de otro u otros trabajadores, por cualquier medio, y que tenga como resultado para el o los afectados su menoscabo, maltrato o humillación, o bien que amenace o perjudique su situación laboral o sus oportunidades en el empleo”. Como consta en los archivos judiciales, estos instrumentos jurídicos están siendo utilizados para realizar denuncias como reparación de daños a la salud mental de los trabajadores, no obstante, aún no han sido utilizados para casos consumados de suicidio en Chile.

Como podemos observar los recursos normativos tienen hoy una incidencia importante sobre la posibilidad de reconocer la relación entre suicidio y trabajo, ya que permiten comprender parte de las lógicas utilizadas por médicos, psicólogos, autoridades sanitarias y jueces para investigar y sancionar este fenómeno. Todo esto nos lleva a un escenario ante el cual no es posible investigar el fenómeno del suicidio dentro del contexto de los accidentes laborales y lo que establece la ley al respecto. ¿Cómo poder reconocer el fenómeno del suicidio dentro de un contexto de salud y seguridad laboral si no existe un recurso normativo que lo sostenga?, ¿No es paradójico que se reconozca los problemas de salud mental como enfermedad profesional, pero no el suicidio como desenlace mortal de una patología laboral?.

7. CONCLUSIONES

El artículo presentado explora ciertas dimensiones consideradas pertinentes para hacer un análisis sobre los modos en que se está abordando (observando y controlando) el fenómeno del suicidio y su relación con el trabajo. Por cierto las limitaciones de este estudio podrían ser parte de esta elección, por lo que bien cabría explorar otros ámbitos

que pueden ser relevantes o bien profundizar en los campos seleccionados. Considerando los antecedentes estadísticos, teórico-clínicos y legales respecto a la relación trabajo y suicidio observados en este estudio, cabe señalar al menos las siguientes conclusiones que pueden ser pensadas como proyecciones o desafíos:

1. La dimensión social del suicidio. Uno de los primeros elementos que surge es la dificultad para integrar la dimensión social en la aproximación a los casos de suicidio. Esto implica el desafío de avanzar hacia una mirada más integral del fenómeno, desde la perspectiva de la medición estadística, la clínica y la jurisprudencia.
2. La función de los registros. Los registros estadísticos que permitirían indagar sobre el N° de suicidios que ocurren en el trabajo o a causa de exigencias del trabajo no son exactos. Parte de esta realidad tiene relación con la estructuración de las normas técnicas de recopilación de datos, las cuales no incluyen las condiciones y el ambiente de trabajo como variables importantes en la investigación de accidentes y autopsias. Aquí es importante remarcar que estos modelos de vigilancia y sus correspondientes registros, fueron elaborados a partir de manuales y recomendaciones que derivan de la psiquiatría y la psicopatología por un lado, y de las normas técnicas de investigación de accidentes y causas de muerte, las que se encuentran fuertemente pensadas y orientadas para develar la participación de factores físicos en la enfermedad, más que de los problemas de salud mental.
3. Insuficiencia y desarticulación de registros. En Chile, los sistemas de registro resultan insuficientes, se carece de una perspectiva más psicosocial para generar

las categorías de registro y se presentan problemas en el levantamiento de datos, sobretodo porque el trabajo del SML (entidad encargada en la materia) no se realiza en el lugar de los hechos. Existe un déficit de articulación para la producción de estadísticas sobre suicidio y trabajo entre los Ministerios de Justicia, Salud y Economía, espacio desde el cual emanan las estadísticas oficiales. En el mismo sentido, las fichas de registro no han sido elaboradas para explorar las relaciones entre suicidio y trabajo dando lugar a una serie de ambigüedades que no permiten establecer una relación explicativa con hechos del trabajo. En específico, en el SML no existe un procedimiento para hacer autopsias psicológicas que permitan conocer los elementos psicológicos y sociales vinculados a la muerte de una persona por suicidio.

4. Desacuerdos normativos. El marco normativo chileno posee diversos recursos e instrumentos jurídicos para reconocer los problemas de salud mental relacionados con el trabajo, sin embargo el suicidio en el trabajo es un tema que se encuentra al borde de todas estas disposiciones legales. En efecto, a pesar que existen recursos jurídicos contenidos en diferentes normas (la Constitución, Ley N°16.744, y el Código del Trabajo), no existe ninguna normativa que reconozca de manera explícita el vínculo entre suicidio y trabajo, además que el fenómeno del suicidio no aparece en las listas de riesgos y enfermedades profesionales asociadas a las normativas de salud y seguridad laboral. Esta situación pone en evidencia la fragmentación y la escasa unificación que existe entre las diferentes leyes y normas respecto a los problemas de salud mental en relación con el trabajo, en la cual se pueden encontrar puntos de encuentro y desencuentro en torno al tema.

5. Normativas ajenas a la prevención integral del suicidio. Si bien existen disposiciones legales para abordar la relación entre suicidio y trabajo, la mayoría de ellas son posibles de aplicar en casos asociados a la vulneración de derechos individuales, como lo que ocurre en situaciones de acoso y hostigamiento laboral. Esto sugiere dos problemas. El primero tiene que ver con el alcance de la normativa, si el vínculo entre trabajo y suicidio se puede establecer únicamente en situaciones de acoso u hostigamiento laboral, lo cual, además de ser difícil de demostrar en retrospectiva, se dejarían afuera los factores relativos a las exigencias y condiciones del ambiente de trabajo. Un segundo problema tiene relación con que a diferencia de otras enfermedades de salud mental ligadas al trabajo (por ejemplo, la “neurosis laboral”), en el caso del suicidio, los recursos normativos pueden ser aplicados sólo una vez consumado el hecho; nunca antes. Este punto de orientación revela que los alcances que posee nuestra legislación apenas se enfoca a abordar la reparación del daño individual, dejando de lado elementos relativos a la prevención del fenómeno y al mejoramiento de las condiciones de trabajo.
6. Disposiciones jurídicas rezagadas. Al revisar las leyes asociadas a la prevención de riesgos y enfermedades profesionales, es evidente que estas normativas no sólo ponen énfasis en la protección de la salud física del trabajador, sino que además se sostienen en un modelo higienista en salud ocupacional. Este modelo, que se basa en el enfoque de la toxicología industrial, establece la idea que una enfermedad profesional es aquella causada directamente por un agente de riesgo, concepción que coincide con la definición presente en nuestra legislación en torno a los conceptos de enfermedad profesional y riesgo laboral.

En este sentido es interesante destacar que estas disposiciones, elaboradas hace 50 años atrás, tienen hoy una distancia importante con los criterios clínicos establecidos por manuales de diagnóstico como el DSM, donde se incorporan criterios multiaxiales y multifactoriales, y reconocen que una enfermedad mental nunca es desencadenada por un único factor. Precisamente consideramos que esta distancia presente en las definiciones legales es uno de los elementos que interfiere en la posibilidad de establecer la relación entre salud mental y trabajo por parte de médicos, psicólogos y jueces en conjunto.

7. Centralidad del trabajo y dificultad en la integración de perspectivas. Gran parte de los obstáculos para aplicar los diferentes recursos normativos pueden tener relación con la dificultad para establecer un vínculo directo entre el trabajo y el acto suicida. Esta dificultad se hace latente en diferentes contextos. Por ejemplo, cuando el médico o el juez al momento de la investigación tienen que determinar si el acto de suicidio tuvo relación con el trabajo o si fue el resultado de una "fragilidad psíquica inherente a la persona"; cuando en el marco de una investigación no existen pruebas concretas (cartas, testimonios, etc.) para demostrar la relación entre el suicidio y el trabajo; o, cuando el suicidio ocurre fuera del tiempo y del lugar de trabajo, generando un desfase lógico entre la causa del suicidio y su revelación.
8. El suicidio en el trabajo como una problemática nueva. Se trata de un fenómeno que por sus características propias desafía a los sistemas estadísticos, judiciales y de salud laboral a incorporar las dimensiones sociales y las características de la organización del trabajo en el ámbito de comprensión de los fenómenos asociados a la salud mental. En general, las causas del suicidio -en cualquiera de

estos ámbitos- se atribuye como una responsabilidad individual, y con frecuencia no se investiga la influencia del medio social o ambiente laboral en el desenlace. La OMS ha dirigido esfuerzos para impulsar planes de prevención del suicidio siendo los lugares de trabajo uno de sus preocupaciones. Sin embargo, este esfuerzo no se ha traducido necesariamente en la integración de voluntades y políticas entre todos los actores vinculados a los sistemas de observación y control en el ámbito estadístico, jurídico y de salud laboral.

9. Necesidad de formar especialistas. Desde el punto de vista de la salud ocupacional y la normativa, es central poder formar a los médicos, psicólogos y jueces en temas relativos a la salud mental y su relación con el trabajo. Los médicos, psiquiatras y psicólogos en su gran mayoría, se encuentran totalmente divorciados y se sienten absolutamente ajenos a los problemas de salud ocupacional y prevención de riesgos. Por otro lado, los profesionales de salud ocupacional y prevención no incorporan siempre los problemas de salud mental dentro de sus acciones. Finalmente, los jueces no siempre aplican o consideran los factores psicosociales en el trabajo como una variable o agente de enfermedad. Tanto profesionales de la salud mental como abogados, tienden a una perspectiva del suicidio considerándolo un fenómeno causado fundamentalmente por factores endógenos (biológicos y subjetivos) y escasamente atienden a los factores exógenos y de contextos que se encuentran en el medio ambiente de trabajo.
10. Desarticulación de la política pública. Desde el punto de vista institucional, la dificultad para pensar la relación entre suicidio y trabajo no sólo se encuentra relacionada con los obstáculos que tienen los profesionales de la salud y jueces

para pensar la relación entre los problemas de salud mental laboral. Evidentemente, en nuestro país existen dispositivos y mecanismos legales e institucionales similares a otros países para poder comenzar a ser aplicados en estos casos (ley 16.744, protocolo de riesgos psicosociales en el trabajo, normativas de accidentes, normativa de calificación de enfermedades, sistemas de registro); no obstante, existe hoy una desarticulación entre las instituciones encargadas de implementar los programas de salud mental y salud ocupacional y otros entes involucrados en dimensionar la naturaleza y magnitud del fenómeno del suicidio vinculado al trabajo.

Referencias

Alarcón, R. M. G. y Nicolini Sánchez, H. (2005). *Psiquiatría*. Mexico DF: El Manual Moderno.

Asociación Americana de Psiquiatría (APA) (2001). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-4)*, Ed. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría.

Asociación Americana de Psiquiatría (APA) (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)*, Ed. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría.

Ceballos, F. (2013). *El suicidio en Chile. una aproximación al perfil suicida a partir del análisis de notas suicidas*. Subcomisario PDI. Estudios policiales. N° 10.

Chuaqui, C., Lemkau, P., Legarreta, A. & Contreras, A. (1967). Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, Septiembre. En:

http://hist.library.paho.org/spanish/Bol/v63n3p2_12.pdf Trabajo publicado en inglés con el título “Suicide in Santiago, Chile” en *Public Health Rep*, SI(12) : 1109- 1117, 1966.

Cohidon, C., Geoffroy-Perez, B., Fouquet, A., Le Naour, C., Goldberg, M. & Imbernon E. (2010). *Suicide et activité professionnelle en France : premières exploitations de données disponibles*. Saint-Maurice: Institut de veille sanitaire. Disponible sur : www.invs.sante.fr

D.S. N°109. Diario Oficial de la República de Chile, Santiago, Chile, 7 de Junio de 1968.

Dejours, C. (1980). *Travail: Usure Mentale*. Paris: Centurion.

Dejours, C. (2010). *Trabajo y Suicidio*. Madrid: Modus Laborandi.

Dejours C. & Bègue F. (2009). *Suicide et travail : que faire ?*, Paris: PUF.

Duarte, D. (2007). *Suicidio en Chile. Un Signo de Exclusión*. Santiago: Universitaria.

EUROGIP (2012). *L'assurance contre les risques professionnels au Japon*. Organisation et données statistiques 2000-2010, mars. <http://www.eurogip.fr/fr/>

EUROGIP (2013). *Quelle reconnaissance des pathologies psychiques liées au travail ? Une étude sur 10 pays européens*. Rapport Eurogip-81/F 2013

Fawcett, J. Busch, K., Jacobs, D., Kravitz H. & Fogg, L. (2006). Suicide: A Four-pathway Clinical-Biochemical Model, *Annals of the New York Academy of Sciences*, 836, 1: 288–301

First, M. (2001). *DSM-IV-TR: Manual De Diagnostico Y Estadístico De Los Trastornos Mentales*. Barcelona: Masson

Foucault, M. (1989) *El nacimiento de la clínica: Una arqueología de la mirada médica*. México DF: Siglo XXI.

Galende, E., (1990). *Psicoanálisis y Salud Mental*, Buenos Aires: Paidós

Kalimo, R., El-Batawi, M. & Cooper, C. (1988). *Trastornos mentales relacionados con el trabajo en Los factores psicosociales y la salud de los trabajadores*, Ginebra Organización Mundial de la Salud

Kaplan, H. & Sadock, B. (2001). *Sinopsis de psiquiatría. Ciencias de la conducta. Psiquiatría clínica*. Madrid: Editorial Medica Panamericana

Kitanaka, J. (2014). *De la mort volontaire au suicide au travail. Histoire et anthropologie de la dépression au Japon*. Paris: Ithaque

Le Guillant, L. (1985) *Quelle Psychiatrie pour notre temps?* Paris: Ères

Lerouge, L. (2014). État de la recherche sur le suicide au travail en France: une perspective juridique. *Travailler* 1/31: 11-29.

Levi, L. (1988). Definiciones y aspectos teóricos de la salud en relación con el trabajo, en *Los Factores Psicosociales en el Trabajo y su Relación con la Salud*, Ginebra Organización Mundial de la Salud

Lhuillier, D. « Cliniques du Travail » *Nouvelle revue de psychosociologie* 2006/1, N° 1 : 179- 193

Ley N° 16.744. Diario Oficial de la República de Chile, Santiago, Chile, 1 de febrero de 1968.

Milner y otros (2015). *Occupational class differences in suicide: evidence of changes over time and during the global financial crisis in Australia*. *BMC Psychiatry*.

Sep 21. Consultado en

<http://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-015-0608-5>. Abril de 2016.

MINSAL (2012). *Norma Técnica para la Implementación de Sistema de Vigilancia de Accidentes de Trabajo con Resultado de Muerte y Graves*. [consultado en Mayo 2016] Disponible en:

<http://web.minsal.cl/portal/url/item/d49a7f7a09c32d96e0400101640108eb.pdf>

MINSAL (2013a). *Programa Nacional de Prevención del Suicidio: Orientaciones para su Implementación*, Departamento de Salud Mental.

MINSAL (2013b). *Protocolo de Vigilancia de Riesgos Psicosociales en el Trabajo*. Departamento de Salud Ocupacional. División de Políticas Públicas Saludables y Promoción. Subsecretaría de Salud Pública. Ministerio de Salud de Chile.

Molinier, P. (2008). *Les enjeux psychiques au travail*. Paris: Payot

Nahuelpan, E., & Varas, J. (2009). *El suicidio en Chile: análisis del fenómeno desde los datos médico legales*. Unidad de Estadísticas SML

OECD (2016), OECD Factbook 2015-2016: Economic, Environmental and Social Statistics, OECD Publishing, Paris. Consultado en <http://dx.doi.org/10.1787/factbook-2015-en-mayo-de-2016>.

OIT (2016). *Estrés laboral: un reto colectivo*. OIT [consultado en mayo 2016]. Disponible en: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---safework/documents/publication/wcms_46

OMS. (1992). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision CIE-10*. Ginebra: World Health Organization

OMS. (2006). *Prevención del Suicidio: un instrumento en el trabajo*. Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias. Manejo de Trastornos Mentales y Cerebrales. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

OMS (2013). *Plan de acción sobre salud mental 2013-2020*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

OMS. (2014). *Preventing suicide: a global imperative*. Washington, DC: World Health Organization.

OSHA. (2016). *European Agency for Safety and Health at Work. Artículos de OSHwiki sobre los sistemas nacionales de salud y seguridad laboral*. [online] Disponible en: <https://oshwiki.eu/wiki/>[Extraído el 8 de Mayo de 2016].

Palavecino Cáceres, C. (2004). La protección contra el acoso psíquico laboral en el ordenamiento jurídico chileno. *Revista de derecho (Valdivia)*, 17, 63-89.

Pierre Bourdieu, Jean-Claude Chamboredon y Jean-Claude Passeron. El oficio de sociólogo. Buenos Aires: Siglo XXI Editores Argentina, 2002. Original de 1973.

SUSESO. (2016). *Protocolo de Calificación de Origen de Enfermedades Profesionales*. Superintendencia de Seguridad Social. Gobierno de Chile.

Tiesman y otros (2015). Suicide in U.S. Workplaces, 2003–2010. A Comparison With Non-Workplace Suicide. *American Journal of Preventive Medicine*, 48(6): 674–682.

Submissão: 26/02/2016

Última revisão: 14/05/2016

Aceite final: 25/06/2016