

Mirada Legislativa

Núm. 140, febrero 2018

EL SUICIDIO EN MÉXICO: ALTERNATIVAS DE ATENCIÓN, SEGUIMIENTO Y PREVENCIÓN DESDE EL PODER LEGISLATIVO¹

SÍNTESIS

El presente documento tiene como finalidad mostrar las tendencias y características de la conducta suicida en México, así como analizar los esfuerzos realizados en materia de atención, seguimiento y prevención desde el trabajo legislativo. Para ello, en el primer apartado, se caracteriza al suicidio como un problema de salud pública, comparando en cifras la prevalencia de éste internacionalmente y se realiza un balance de su evolución en los últimos años en México. Posteriormente, se presentan las cifras de las características sociodemográficas ligadas a este problema en México (los registros oficiales más recientes son del año 2016). Por último, se presentan las principales rutas hasta ahora propuestas desde el Congreso para su atención, retomando las iniciativas con proyecto de decreto presentadas en la Cámara de Diputados y en el Senado de la República, durante las legislaturas LIX, LX, LXI, LXII y LXIII.

- A pesar de que, comparativamente, México tiene de las tasas oficiales de suicidio más bajas en Latinoamérica y en el mundo, su incidencia es alta y continúa en gradual aumento.
- Desde el 2000 y hasta el 2016, se han registrado 83 mil 490 muertes por suicidio en México.
- El máximo de casos registrados en México durante un año se presentó en 2015, cuando fueron consumados 6 mil 425. Del 2000 al 2015, la incidencia de suicidio creció 84.8%
- La prevalencia del suicidio por sexo corresponde históricamente a los hombres: 68 mil 309 han sucedido en los dieciséis años registrados. Por su parte, 15 mil 225 fueron realizados por mujeres.
- En una perspectiva que compara las tendencias a largo plazo, Jalisco (6 mil 539) y Estado de México (6 mil 323) son los dos estados con más muertes totales a causa de suicidio desde el año 2000.
- Sólo en el 2016, la muerte por suicidio en jóvenes entre 15 y 29 años representó el 41.2% del total de casos en México.



Dirección General de Análisis Legislativo
Instituto Belisario Domínguez Senado de la República LXIII



- El Gobierno Federal, la Secretaría de Salud y algunos gobiernos estatales, preocupados por el aumento de este problema, han implementado programas de intervención coordinada, a través de los cuales se busca romper el estigma que aqueja al suicidio y a sus víctimas. Dar opciones de tratamiento a enfermedades de salud mental, campañas preventivas e incluso desarrollar grupos especializados para su investigación y atención, han sido las prioridades.

- A pesar de los múltiples esfuerzos, su tratamiento aún es aislado; no existe una política pública federal que busque coordinar a las distintas instituciones e integrar los esfuerzos estatales para su atención.

- En el intento de generar una estrategia nacional, integral y multifactorial, han sido presentadas en las últimas cinco legislaturas (LIX, LX, LXI, LXII y LXIII) dieciocho iniciativas con proyecto de decreto sobre la materia sin que, hasta ahora, alguna haya sido aprobada.

- El dictamen a través del cual se declararía el 10 de septiembre como el Día Nacional para la Prevención del Suicidio fue aprobado el 28 de noviembre del 2017, por la Comisión de Salud y de Estudios Legislativos, para después ser votada en el pleno del Senado y turnado a la Cámara de Diputados para su revisión.

- El tema del suicidio en México ha cobrado relevancia por su aumento gradual y sostenido. Esta razón vuelve relevante que el Día Nacional para la Prevención del Suicidio sea el primer dictamen que se aprueba referente al tema en comisión y en el pleno de una de las Cámaras. Al no tener la certeza sobre su aprobación en la Cámara de Diputados y, en su caso, de cuándo ésta pueda ser aprobada, deben realizarse esfuerzos por abrir el tema a la opinión pública para que se discutan estrategias para su abordaje en el Legislativo. Este trabajo se suma a los esfuerzos por poner el tema en el marco de un diálogo público.

¹Agradezco profundamente al Mtro. Cornelio Martínez López, al Dr. Juan Pablo Aguirre Quezada y a Denise Velázquez Mora por sus comentarios y las recomendaciones que enriquecieron este documento.



I. Diagnosticando un problema de salud pública: algunos indicios del suicidio.

El dictamen que declara el 10 de septiembre de cada año el Día Nacional para la Prevención del Suicidio fue aprobado en el pleno del Senado de la República el 28 de noviembre del 2017, turnándolo a la Cámara de Diputados para su revisión. De aprobarlo, México estaría entre los países que han adoptado esta fecha como día nacional después de que la OMS y la Asociación Internacional para la Prevención del Suicidio, lo declararan día mundial con el mismo fin.

La iniciativa con proyecto de decreto, enviada por el senador Jorge Luis Lavalle Maury y el senador Roberto Albores Gleason durante la LXIII Legislatura, califica al suicidio como “uno de los problemas de salud más serios en México y en el mundo (...). No solo por lo lastimoso que resulta para la sociedad y las familias, sino por la multifactoriedad que implica su consumación” (Lavalle & Albores, 2017).

En caso de ser aprobada en la Cámara de Diputados y publicada en el Diario Oficial de la Federación, sería la primera adhesión al tema realizado desde el trabajo legislativo y que, en efecto, abre la discusión a la gravedad de la situación como un problema urgente que requiere atención pública.

Un panorama general del suicidio en el mundo

La preocupación no se reduce a México y a su Congreso. Diversas instituciones y gobiernos en el mundo han hecho un llamado al tratamiento de esta problemática. Un ejemplo de ello fue la creación de la Asociación Internacional para la Prevención del Suicidio, creada en 1960: un órgano internacional encargado de dar seguimiento a las cifras de las conductas suicidas, de plantear investigaciones para su análisis, así como estrategias que ayuden a inhibir y tratar los riesgos suicidas y sus efectos póstumos en la esfera social. Para ello, ha montado un equipo de trabajo, compuesto por expertos que buscan promover la discusión académica, científica y epidemiológica que permita la difusión del tema y algunos métodos para su tratamiento.

Otra institución que ha vinculado la investigación con las propuestas de tratamiento es la OMS. A través del enlace de la promoción de la salud mental, genera datos y propuestas sobre un enfoque integral para la prevención del suicidio. Como producto de su trabajo, ha elaborado una serie de documentos que analizan las cifras a nivel regional y por país, así como documentos de apoyo técnico que definen, caracterizan y puntualizan las estrategias propuestas por el órgano de salud perteneciente a la ONU, para su tratamiento. Es así como encontramos el documento titulado: *Tratamiento de lesiones autoinflingidas y el suicidio (s/f)*³, así como *La prevención del suicidio: un instrumento para los médicos generalistas* (2001)⁴; se trata de un par de los documentos del catálogo que la organización hace público a través de su página.⁵

¹ Para conocer a detalle la iniciativa, consulte Lavalle Maury, Jorge Luis y Albores Gleason, Roberto (20 de abril de 2017). *Que establece el 10 de septiembre de cada año como el Día Nacional para la Prevención del Suicidio*. Senado de la República. Disponible en: <https://goo.gl/LmTGyG>.

² Para más información sobre la asociación, su labor y los productos, puede consultarse su página web en la dirección electrónica <https://goo.gl/gxhvnq>



Otro ejemplo del esfuerzo internacional es el seguimiento continuo que la OCDE ha dado al tema. Como parte de sus estrategias, ha participado en la publicación de estudios enfocados a medir la incidencia en distintos países alrededor del mundo, teniendo en cuenta que su registro es un procedimiento complicado, debido a las diferencias en el llenado de los certificados de muerte y los estigmas culturales que rodean al acto. En la base de datos del tema de Salud de la OCDE de 2014, se puede encontrar información al respecto de las tasas de suicidios durante ese año en los países miembros del organismo y de algunos no-miembros firmantes de las directrices del organismo. En ella, se comparan las cifras nacionales totales y por sexo de aquellos países que los han hecho públicos.⁶

Como se puede ver en el gráfico 1, Lituania, Letonia y Hungría son los países con las tasas de suicidios más altas de la lista, y también de las más altas en Europa y el mundo. México se encuentra en el tercer lugar con menor tasa de suicidios en los países considerados, sólo por debajo de Sudáfrica y Grecia, siendo el país del continente americano con mejor posicionamiento.

En la tasa de suicidios en mujeres, México ocupa el cuarto lugar; en hombres el sexto. Al respecto, la diferencia de las tasas por sexo en México es de 7.6, una de las más bajas en la lista, pero con un margen muy amplio en términos reales. Mientras tanto, en hombres, la tasa de suicidio mexicana es similar a la brasileña y a la costarricense: 9.5 por cada cien mil habitantes.

³OMS (s/f). *Tratamiento de las lesiones autoinfligidas y el suicidio. Recomendaciones de base científica para el tratamiento de las lesiones autoinfligidas y el suicidio en centros asistenciales no especializados*. Disponible en: <https://goo.gl/vVfvhX>

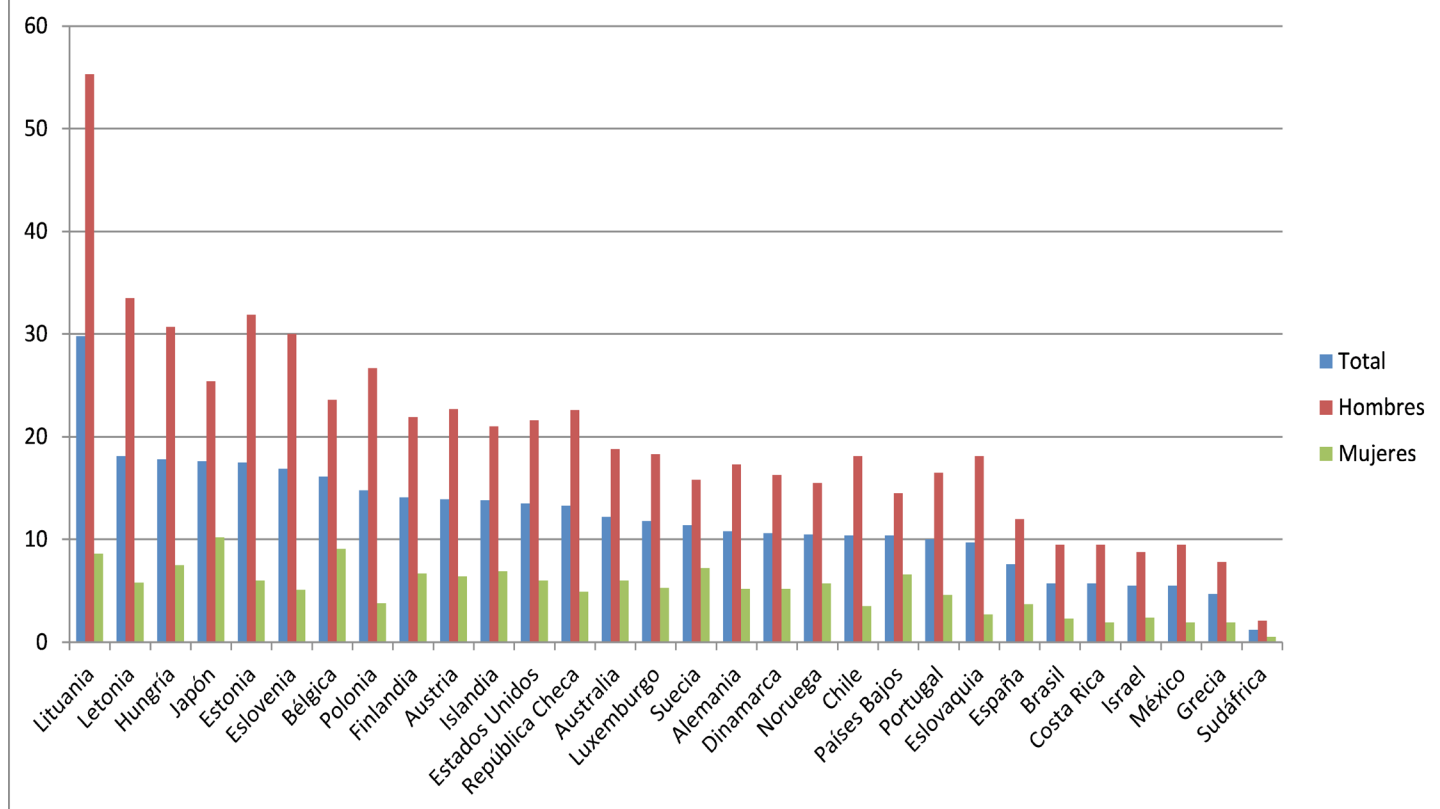
⁴OMS (2001). *La prevención del suicidio: un instrumento para los médicos generalistas*. Programa SUPRE. Disponible en: <https://goo.gl/dhnWau>

⁵Pueden consultarse todos los reportes, manuales técnicos y publicaciones en la dirección: <https://goo.gl/Db-Wq1E>

⁶Estas cifras fueron actualizadas con datos de 2015, en el informe publicado por la OMS en 2017. Sin embargo, no está disponible el registro estadístico que nos permita manipular y presentar los datos. Para mayores referencias consultar la gráfica original en OCDE (2017) *Health at a Glance 2017: OECD Indicators*. Paris: OECD Publishing. En la liga <https://goo.gl/Z9S8gS>



Gráfico 1. Tasa estandarizada de suicidios de los países miembros de la OCDE y de los no-miembros firmantes de las directrices, por sexo. 2014
(Por cada 100 mil habitantes)



Fuente: Reelaborada a partir de OCDE (2014). "Suicide rates" en Health status. [Consultado el 30 de diciembre del 2017]. Disponible en: <https://goo.gl/Gc1WJG>

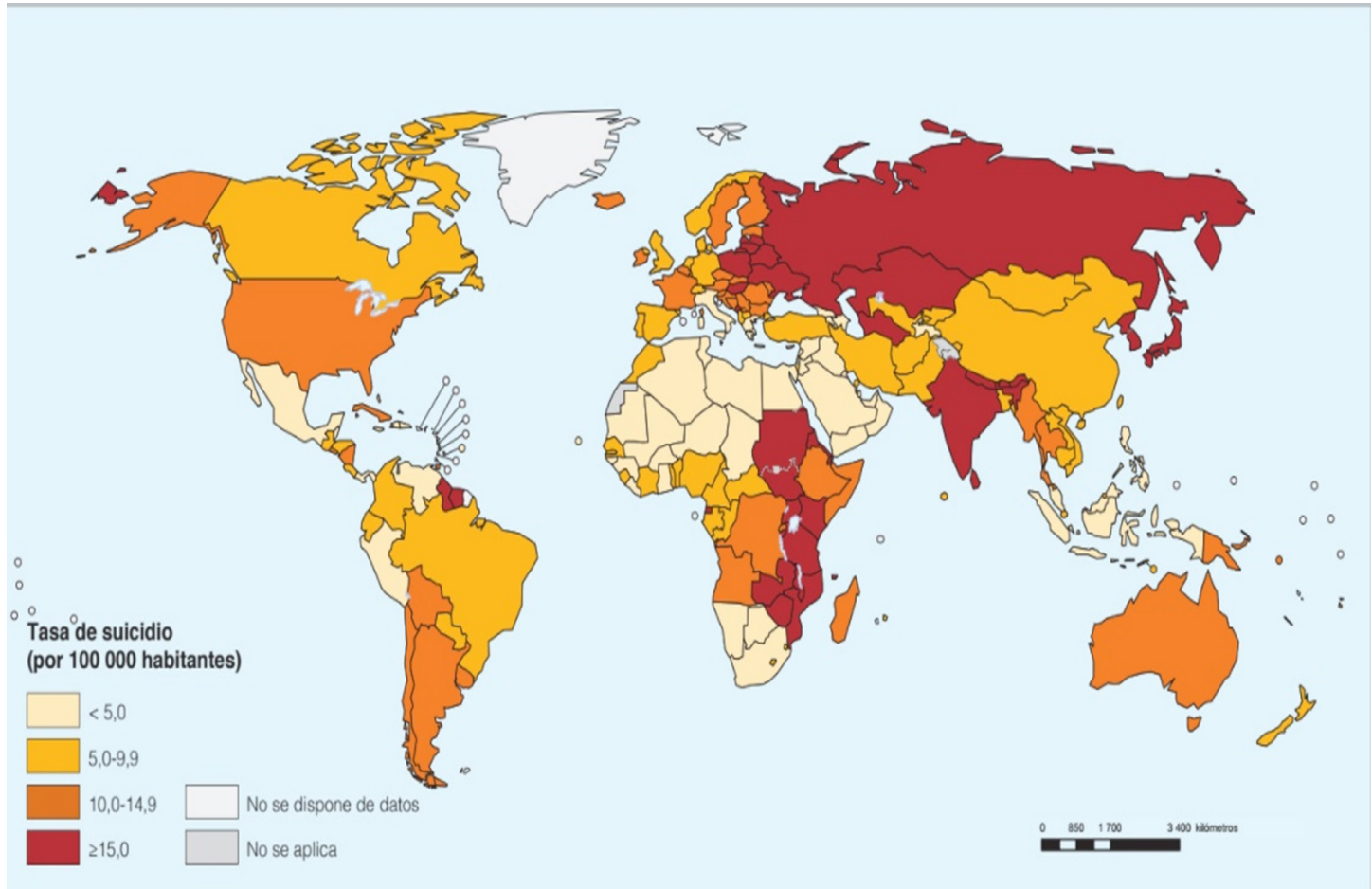
Una de las grandes herencias de los estudios emprendidos hasta ahora es que, si bien sus características y sus condicionantes contextuales difieren en su consumación, los datos varían respecto a la condición económica de los países, y por ello puede (o no) tener relación con el número de suicidios cometidos, sin que esto sea una condición determinante universal. Esto implica que no es la condición de riqueza un indicador del flujo estadístico de su consumación.

Su distribución regional, por el contrario, sólo puede ser comprendida por la variedad de factores sociales que puedan condicionar su realización. Frente a ese argumento, el documento titulado *Preventing suicide: a global imperative*, publicado por la

⁷Algunos estudios al respecto, por ejemplo, son los presentados en la XXVII Congreso mundial de la Asociación Internacional de la Prevención del Suicidio, titulados *Economic Recession and Unemployment as Risk Factors for Suicide* que toma como objeto de estudio a Corea del Sur (Chan, Caine, You, Fu, Chang, Yip, 2013), e *Impact of the Economic Recession on fatal or non-fatal suicidal behaviour in Ireland* (Corcoran, Griffin, Arensman, Fitzgerald, Perry, 2013), las cuales aseguran que existe una relación estadística significativa entre el desempleo o subempleo (producto del proceso de crisis económica) y las tendencias de suicidios, en los países respectivos en donde son desarrolladas las investigaciones.

Organización Mundial de la Salud en 2014, muestra la distribución de las tasas de suicidio en ese mismo año (gráfico 2).

En 2014, los tres países con tasas de suicidio más bajas en Latinoamérica son México, Perú y Venezuela. En la región, los únicos países que superan las quince muertes por suicidio por cada cien mil habitantes son Guyana Francesa y Surinam. Por el contrario, puede observarse que Europa del Este y África Oriental son las regiones que tienen a los países con mayores tasas de suicidio en el mundo.

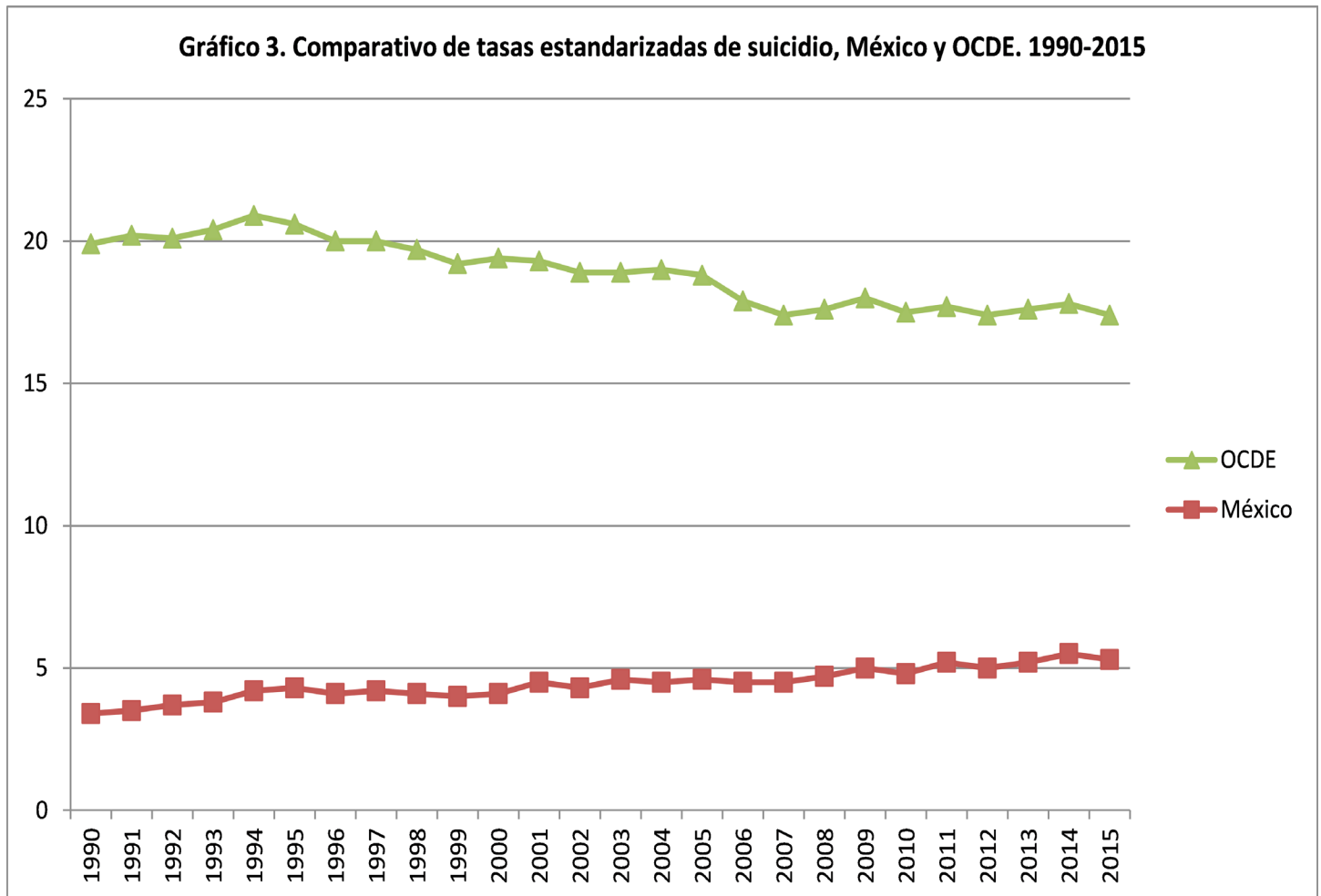


Fuente: Recuperado de OMS (2014). *Preventing suicide: a global imperative*. Luxemburgo. Organización Mundial de la Salud. [Consultado el 27 de diciembre de 2017]. Disponible en: <https://goo.gl/8dB8xT>

A partir de la estrategia de realización y difusión de varios estudios desde organismos internacionales, los gobiernos de países miembros y de algunos otros que siguen las directrices de acción de la OCDE, tomaron medidas conducentes al cumplimiento de los objetivos pactados en la sexagésima sexta Asamblea Mundial de la Salud, en el que se firmó el Plan de Acción en Salud Mental de la OMS. En él se contempló, entre otras cosas “elaborar y aplicar estrategias nacionales integrales de prevención del suicidio, prestando especial atención a los colectivos en que se haya detectado un mayor riesgo de suicidio”. (OMS, 2013, 33)

México fue uno de los firmantes y de los que ha asumido la responsabilidad de cumplir con las directrices de la estrategia, sin que hasta ahora pueda traducirse en una estrategia nacional para la prevención del suicidio. Como lo muestra el gráfico 3, la tasa de suicidio promedio de la OCDE logró, a partir de los años 2000, un descenso

constante que se mantiene hasta hoy día. Por el contrario, la tasa de suicidios en México se mantiene creciendo. Si bien las cifras nacionales son medidas a comparación de los países de América y de los miembros de la OCDE, no puede pasarse por alto la tendencia creciente de su tasa: según cifras de la OCDE, la tasa de suicidio en México aumentó 56% en veinticinco años.



Fuente: Elaboración propia con datos de OCDE (2017). "Trends in suicide, selected OECD countries, 1990-2015." en Health at a Glance 2017: OECD Indicators. Paris: OECD Publishing. [Consultado el 30 de diciembre de 2017]. Recuperado de: <https://goo.gl/Z9S8gS>

El suicidio en México

Al interés específico en las actitudes destructivas, subyace el derecho a la vida y al bienestar a través de la previsión de condiciones propicias para el desarrollo pleno; objetivos irreductibles para los distintos órdenes del gobierno mexicano. En ese sentido, el gobierno es responsable de elaborar las directrices que guiarán su labor y que fomentarán la utilización de todos los recursos necesarios para dotar de los servicios necesarios a los habitantes del país. El acceso a la salud, por ende, está inscrito en esta responsabilidad y así queda plasmado en la Constitución Política y en el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018



En este último documento, en el apartado intitulado *México Incluyente*, se estipula que los derechos sociales son el eje que articula las políticas públicas en México con el desarrollo y, en esos términos, “(...) las oportunidades que genera la economía en el marco de una nueva productividad social, que disminuya las brechas de desigualdad y que promueva la más amplia participación social en las políticas públicas como factor de cohesión y ciudadanía”. (Presidencia de la república, 2013a, 21)

En este marco, la responsabilidad sobre la prevención y atención del suicidio se ve reflejada en los objetivos del Plan Nacional de Desarrollo y, específicamente, en el Plan Sectorial de Salud 2013-2018, en el cual declara en la estrategia 1.6.6 que se promoverá “la detección y atención oportuna de trastornos mentales y el riesgo suicida en adolescentes” (Presidencia de la República, 2013b, 50). Así mismo, en la estrategia 3.5, dentro del marco de la contribución a disminuir las lesiones por causas externas, señala:

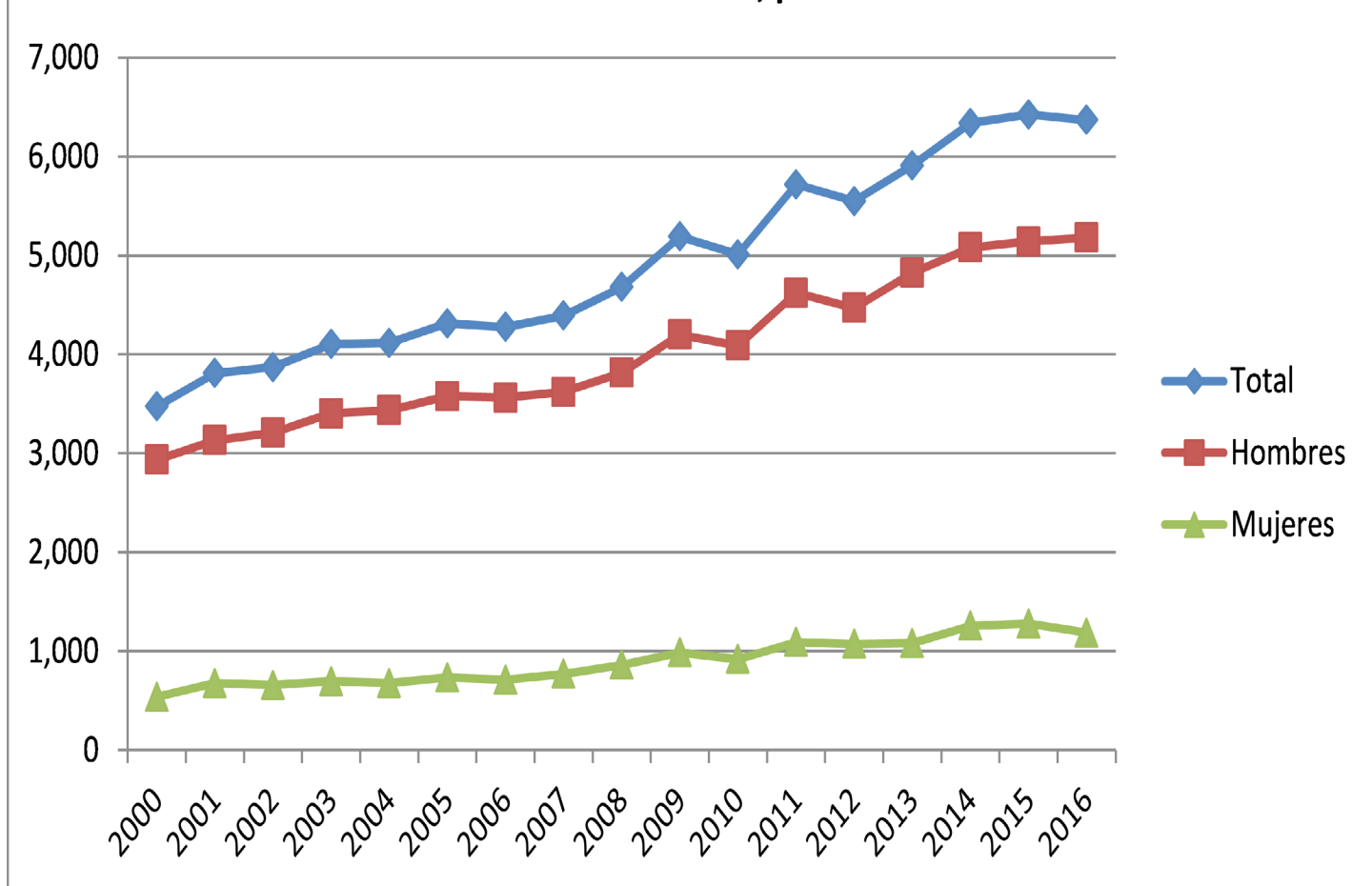
- “3.5.3. Contribuir a mejorar el marco jurídico para la prevención de suicidios y homicidios con base en evidencia científica.
- 3.5.4. Fortalecer los mecanismos de colaboración multisectorial para la prevención de lesiones de causa externa intencionales y no intencionales” (Presidencia de la República, 2013b, 55).

Al realizar un balance de los suicidios cometidos en México desde el inicio del año 2000, podemos poner en perspectiva la razón que lo convierte en un problema que requiere la incidencia de las decisiones gubernamentales y, con ello, la urgencia de la implementación de medidas que permitan su atención. El diagnóstico de la OCDE podría hacer pensar que México tiene un lugar destacable en las cifras referentes a las tasas de suicidio mundialmente, sin embargo, la gravedad para el caso mexicano es el aumento gradual de las incidencias.

En 2015 se suscitó el máximo de casos registrados en México con 6 mil 425, el más alto en toda la historia de registros oficiales. Se aumentó en un 84.8% la muerte por causa de suicidios de 2000 a 2015. A pesar de los esfuerzos emprendidos por distintas instituciones de salud en los estados, los casos y la brecha entre sexos inscrita en ellos, han ido en aumento. Sin embargo, para el 2016 se presentó un leve decrecimiento de las tendencias, de las cuales sólo podremos asegurar su continuidad en función de las cifras expuestas en ulteriores balances anuales. Pese a ello, no puede pasarse por alto la gravedad del aumento sucedido en los últimos quince años.



Gráfico 4. Suicidios en México, por sexo. 2000-2016

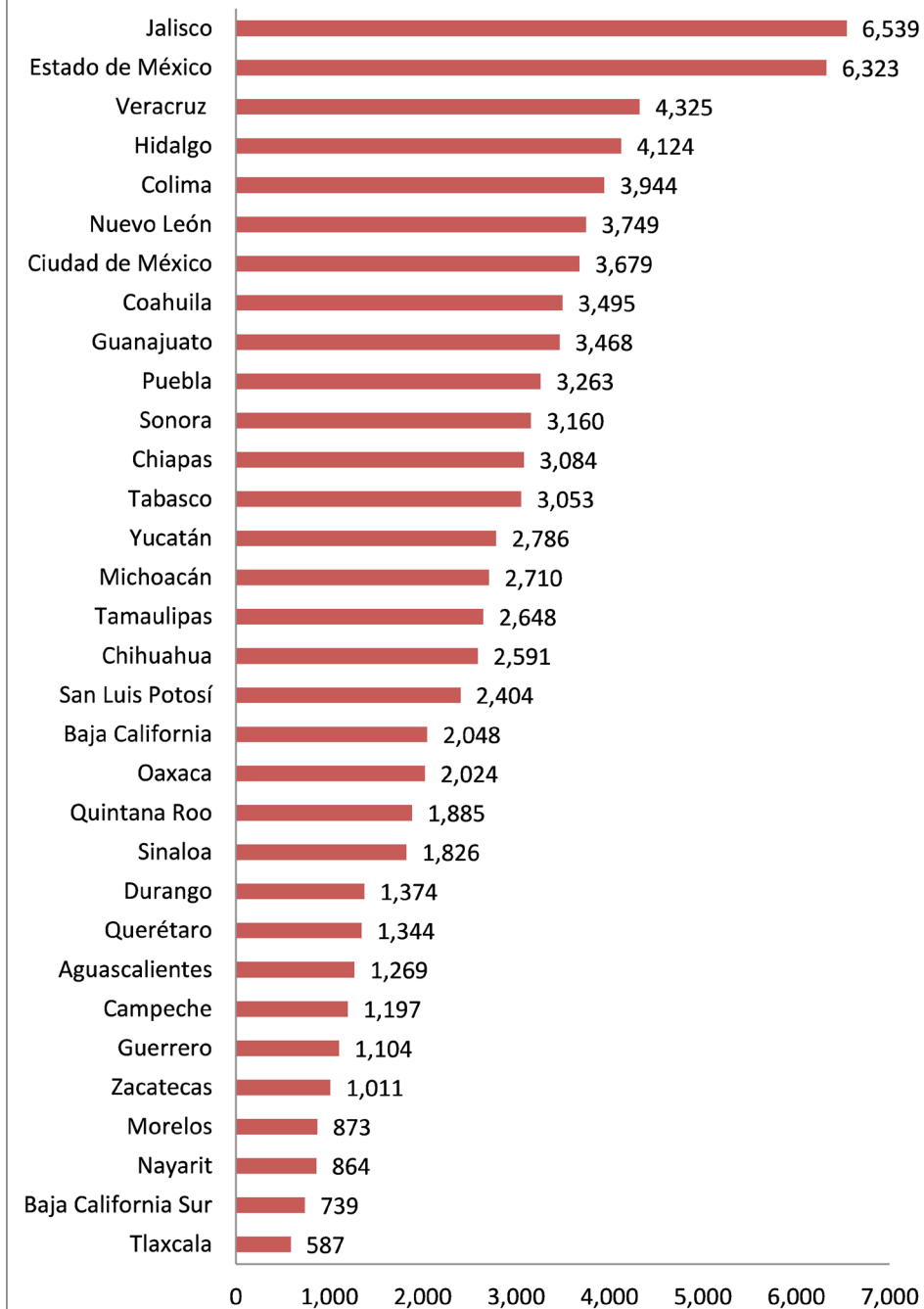


Fuente: Elaboración propia con datos de INEGI. Estadísticas de mortalidad. Base de datos, 2000-2016. [Consultada el 30 de diciembre del 2017].

En dieciséis años, murieron en México a causa de lesiones autoinflingidas, un total de 83 mil 490 personas, así como 64 mexicanos en el extranjero. Clasificados por entidades federativas, Jalisco tiene la mayor incidencia de suicidios durante los últimos dieciséis años registrados: 6 mil 539 casos. Le sigue muy de cerca el Estado de México, con 6 mil 323 casos. El siguiente es Veracruz, pero tiene un margen de diferencia de casi dos mil casos con Estado de México: tiene en su cuenta 4 mil 325 casos. Por su parte, los estados con menor incidencia de suicidios en los últimos dieciséis años registrados son Tlaxcala, con 587 casos; Baja California sur, con 739; y Nayarit, con 864.



Gráfico 5. Total de suicidios cometidos entre 2000-2016 en México, por Entidad Federativa.



Nota: No se cuentan los 64 decesos de mexicanos ocurridos en el extranjero.

Fuente: Elaboración propia con datos de INEGI. Estadísticas de mortalidad. Base de datos, 2000-2016. [Consultada el 30 de diciembre del 2017].

Las tasas de suicidio presentadas en la tabla 1, muestran que los estados con las tasas más altas en los últimos años registrados son Chihuahua, Yucatán, Aguascalientes, Campeche, Colima y Quintana Roo. Todos ellos comparten tasas de más de 9 suicidios por cada cien mil habitantes. De la misma manera, Aguascalientes, Colima, Chiapas, Chihuahua y Nayarit, representan los mayores aumentos en las tasas de suicidio entre los años 2010 y 2016. El mayor es el de Aguascalientes, que en seis años aumentó de 4.2 muertes por suicidio por cada cien mil habitantes, a 9.6; seguido de cerca por Chihuahua, con un aumento de 6.9 a 11.7 muertes por cada cien mil habitantes.

Tabasco representa el caso más exitoso en el descenso de la tasa de suicidio, pasando de 8.5 en 2010 a 6.5 en 2016. Entre los pocos estados que lograron que sus tasas decrecieran están Quintana Roo, Oaxaca y Tamaulipas.

A pesar de que el Estado de México y Veracruz están entre los tres estados con mayor número de incidencia de suicidios, sus tasas son relativamente bajas. Es esta situación un problema para la interpretación de los datos relativos a la aplicación de estrategias locales, ya que, si bien es cierto que las tasas son la medida oficial para estimar las tendencias de los fenómenos sociales, la incidencia queda relegada aun cuando ésta sea alta y se mantenga en aumento.

¿Las tasas de suicidio decrecientes, como en el caso de Veracruz, vuelve menos importante su atención en el estado? ¿Es un problema considerable el aumento exponencial de las tasas de suicidio, como en el caso de Chiapas, que en seis años creció 283%, pero que aun así pertenece a las tasas medias en el país? La evaluación e interpretación, así como las estrategias emprendidas, deben corresponder a las características contextuales y las exigencias particulares de su caracterización, sin que se omita la tendencia general que representa y, con ello, un esfuerzo común que se englobe en un plan nacional de prevención capaz de darle margen de acción a las instituciones frente a las diferencias regionales.



Tabla 1. Tasas estandarizadas de suicidios por estado. 2010-2016
(Por cada 100 mil habitantes)

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Diferencia 2010-2016
Aguascalientes	4.2	8.3	9.3	8.9	8.7	9.6	9.6	5.4
Baja California	3.4	4.6	3.4	3.5	5.2	4.7	5.0	1.6
Baja California Sur	7.1	4.6	6.8	7.1	8.1	8.0	7.1	0.1
Campeche	7.7	9.2	7.2	8.9	10.1	9.6	9.3	1.7
Coahuila	6.1	6.0	5.4	6.0	6.0	6.1	5.6	-0.5
Colima	4.6	7.0	7.3	7.2	6.0	7.9	9.1	4.5
Chiapas	1.8	4.6	3.7	6.0	6.1	6.0	5.1	3.3
Chihuahua	6.9	8.2	7.3	8.7	8.9	11.9	11.7	4.8
Ciudad de México	4.3	4.7	4.7	4.8	5.2	4.2	4.3	0.0
Durango	5.8	5.1	4.2	5.3	6.0	6.4	6.6	0.8
Guanajuato	5.2	6.3	6.0	6.2	7.3	8.0	7.7	2.5
Guerrero	2.6	2.5	2.6	3.0	2.4	2.1	2.3	-0.3
Hidalgo	2.2	4.4	3.7	4.2	4.4	4.1	3.9	1.7
Jalisco	5.5	6.0	6.6	6.4	6.5	6.7	7.4	1.9
Estado de México	3.4	3.7	3.7	3.7	3.9	4.0	3.3	-0.1
Michoacán	3.5	3.4	3.2	3.1	4.2	3.6	3.8	0.4
Morelos	2.7	3.5	3.4	3.6	2.8	2.4	4.6	1.9
Nayarit	4.2	4.0	4.3	4.7	6.7	6.5	7.0	2.7
Nuevo León	5.1	4.6	4.8	5.0	4.4	5.0	5.7	0.6
Oaxaca	3.4	3.6	3.1	3.1	3.3	4.0	2.9	-0.6
Puebla	3.5	4.2	3.6	3.9	4.5	4.4	3.6	0.1
Querétaro	4.7	5.4	6.1	5.7	4.0	5.5	5.2	0.5
Quintana Roo	10.0	8.7	10.1	9.6	8.1	9.7	8.3	-1.8
San Luis Potosí	6.4	6.0	6.0	5.8	6.5	6.1	6.4	0.1
Sinaloa	4.0	3.9	3.5	4.2	4.9	4.8	5.5	1.5
Sonora	6.4	6.4	6.6	8.6	8.3	8.8	7.5	1.1
Tabasco	8.5	8.3	7.6	7.2	7.1	7.2	6.5	-2.0
Tamaulipas	5.1	4.5	4.9	4.7	5.1	4.3	4.5	-0.6
Tlaxcala	2.7	4.4	3.5	3.4	4.4	3.8	4.1	1.4
Veracruz	3.1	3.9	3.7	3.3	4.1	3.1	2.5	-0.9
Yucatán	10.6	9.3	7.8	8.3	8.7	8.9	10.4	-0.2
Zacatecas	3.5	5.4	3.7	3.7	4.5	6.6	4.7	1.2
Total:	4.5	4.9	4.7	5.0	5.3	5.4	5.2	0.7

Nota: Las tasas se estiman con datos de proyecciones de población de CONAPO, excepto 2010 y 2015, de los cuales si existen registros poblacionales (censo de población y vivienda 2010 y conteo intercensal 2015). En rojo: estados con mayor aumento en su tasa de suicidio. En azul: estados con mayor disminución en las mismas.

Fuente: Elaboración propia con datos de INEGI. Estadísticas de mortalidad. Base de datos, 2010-2016. [Consultada el 30 de diciembre del 2017].

_____ Censo de población y vivienda, 2010. [Consultado el 30 de diciembre del 2017].

_____ Encuesta intercensal, 2015. [Consultada el 30 de diciembre del 2017].

CONAPO. Proyecciones de población de México 2010-2050. [Consultado el 30 de diciembre del 2017].

II. El suicidio en México durante 2016; características sociodemográficas

El INEGI publicó el 7 de septiembre del 2017 un estudio conmemorando la proximidad del Día Internacional del Suicidio. A través del mismo, se daban a conocer las cifras a cerca del fenómeno en México del año 2015. Este apartado actualiza las cifras ahí vertidas para su análisis y comparación. Cabe señalarse que no existe institución responsable de realizar esta actualización año con año, a través de las cuales pudiera efectuarse el seguimiento y análisis pertinente para la toma de decisiones que permita la intervención. Es a través del interés específico de los investigadores, las asociaciones civiles, las instituciones de salud pública y la academia, como se han difundido hasta ahora las cifras referentes al suicidio en México, con la labor de recopilación y síntesis que pone a disposición el INEGI.

La OMS ha declarado que “(...) las tasas entre los jóvenes han ido en aumento hasta el punto de que ahora estos son el grupo de mayor riesgo en un tercio de los países”. (OMS, 2012) Como puede observarse en el gráfico 7, la distribución de los suicidios por grupos de edad permite ver que la tendencia de los suicidios en jóvenes continúa creciendo: resalta un considerable aumento para el 2011, principalmente visible en el grupo de edad de 25 a 29 años. El sector más vulnerable a la muerte por lesiones autoinflingidas en 2016, está entre los 20 y 24 años, como lo muestra el gráfico 6. La muerte por suicidio en jóvenes de entre 15 y 29 años, representó en 2016 el 41.2% de los casos totales.

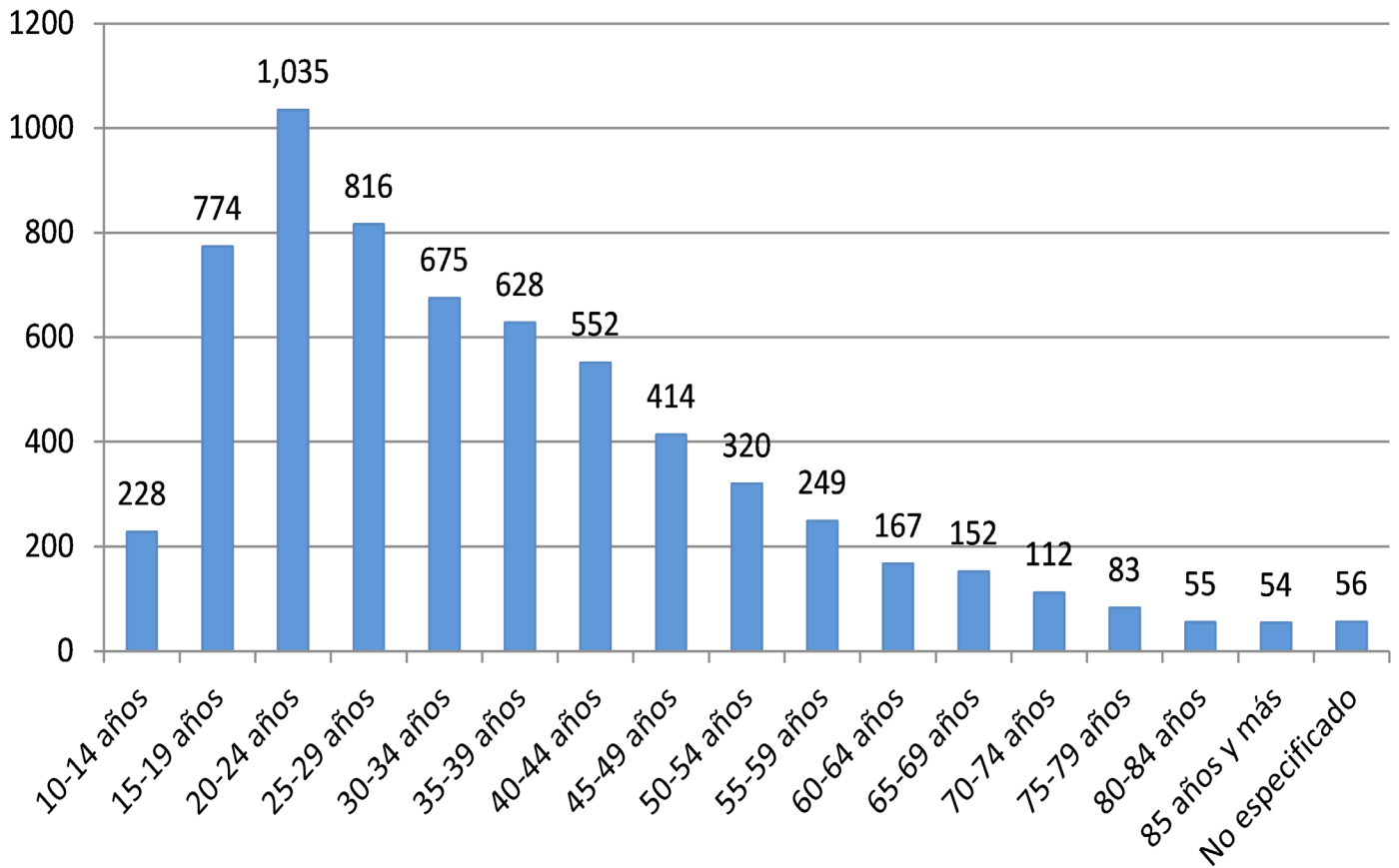
Por su parte, los niños de entre 10 y 14 años, representan el 3.5% de las muertes por suicidio en 2016. Estamos hablando de un total de 228 suicidios cometidos. En el grupo de los adultos mayores (a partir de los 60 años), presentó 623 casos, es decir, 9.78% del total de suicidios cometidos.

⁸ INEGI (2017). A propósito del... día mundial para la prevención del suicidio. Disponible en: <https://goo.gl/Juu918>

⁹ Debido a su agrupación, procesamiento, sistematización, tratamiento y presentación, los datos presentados por INEGI referentes a la mortalidad general (y, por tanto, de las características de los actos suicidas) se realizan con un margen de aproximadamente medio año de diferencia. Es ésta la razón por la cual los datos referidos del año 2016 fueron públicos en la segunda mitad del año 2017.

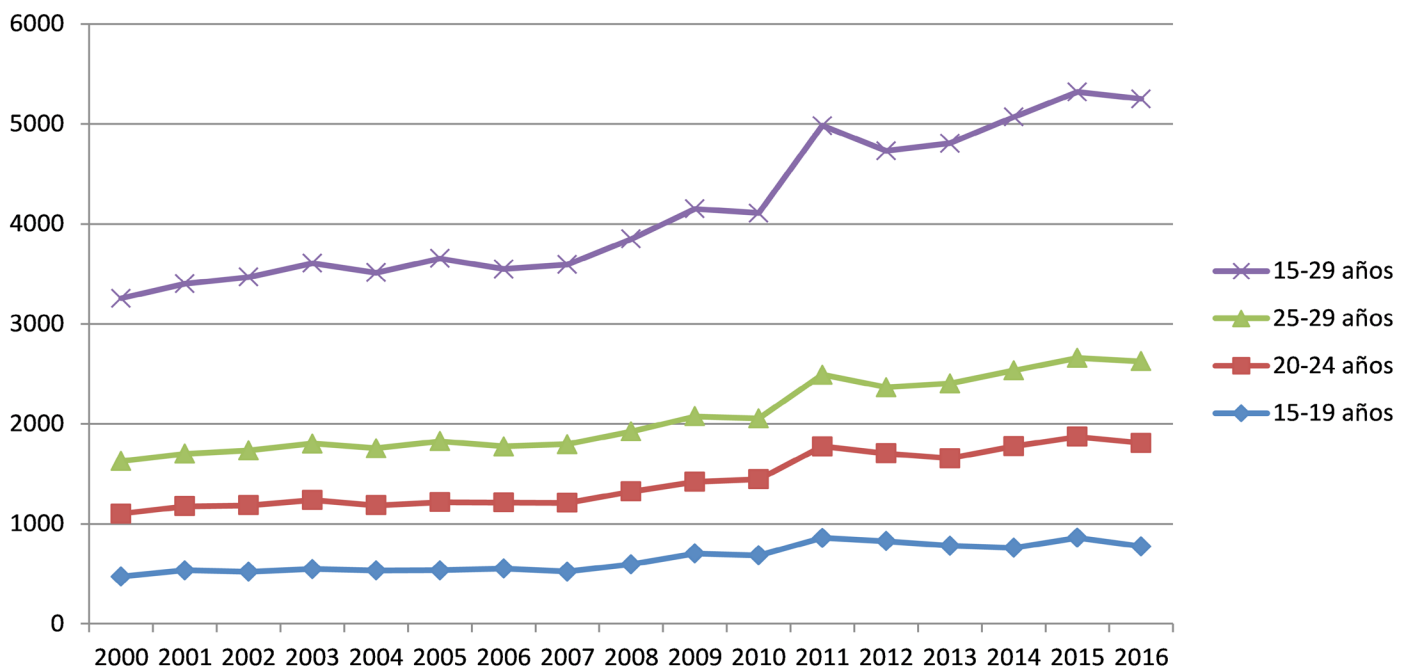


Gráfico 6. Suicidios en México por grupo quinquenal de edad. 2016



Fuente: Elaboración propia con datos de INEGI. Estadísticas de mortalidad. Base de datos, 2016. [Consultada el 30 de diciembre del 2017]

Gráfico 7. Suicidio en jóvenes. México, 2000-2016

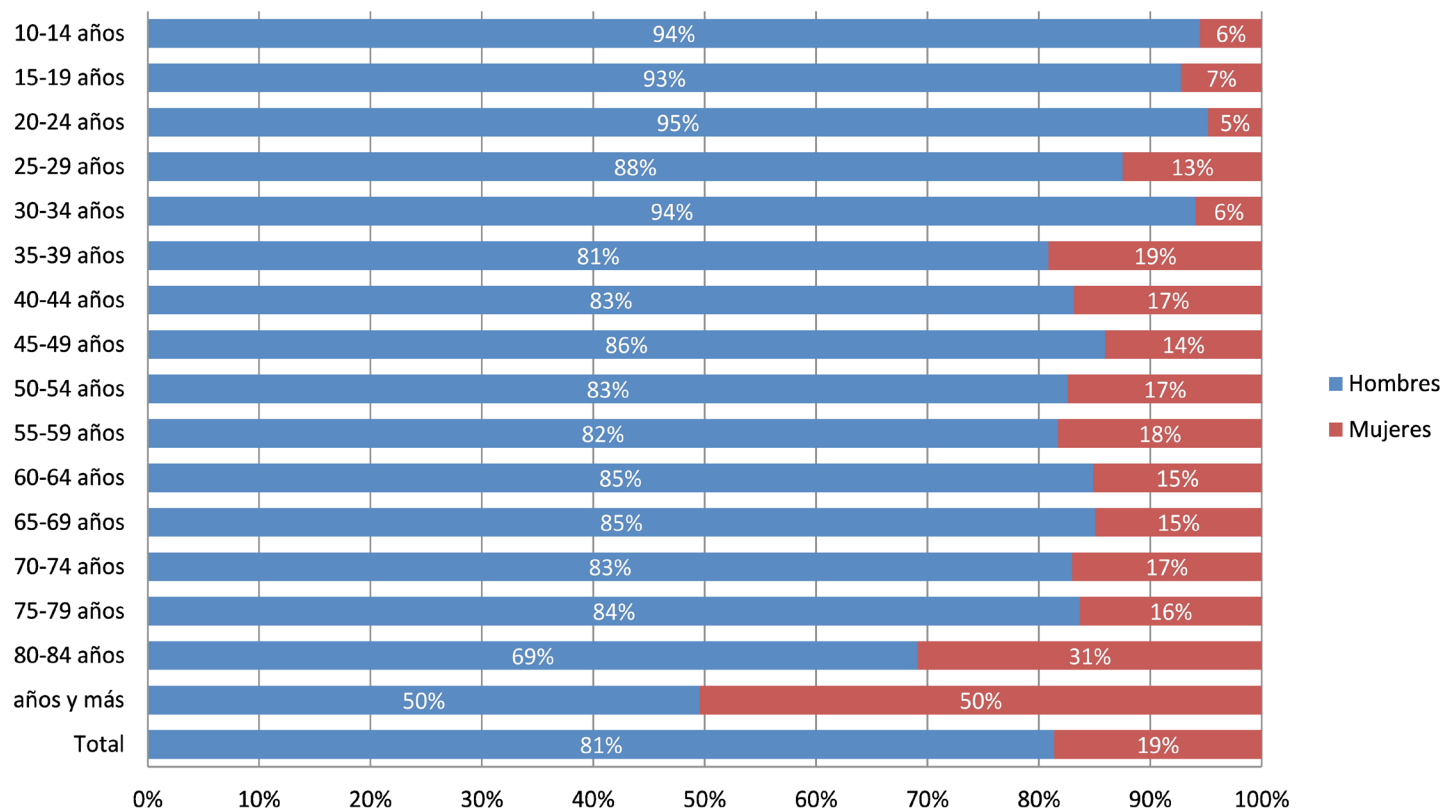


Fuente: Elaboración propia con datos de INEGI. Estadísticas de mortalidad. Base de datos, 2000-2016. [Consultada el 30 de diciembre del 2017]

Las brechas de la frecuencia de suicidios por sexo, por grupos quinquenales de edad, demuestra la enorme diferencia de su realización: la más evidente es en el grupo de 20 a 24 años, en el cual, los hombres representan 95% de las muertes por suicidio. Sin embargo, en cuanto se avanza en edad, se equilibra. A partir de los 80 años se comienza a reducir la brecha. A mayor edad, se distribuyen equitativamente por sexo.

En total, el 81% de los suicidios cometidos en 2016 fueron realizados por hombres; 19% por mujeres.

Gráfico 8. Distribución porcentual de los fallecidos por suicidio por grupo quinquenal de edad, según sexo. México, 2016



Fuente: Elaboración propia con datos de INEGI. Estadísticas de mortalidad. Base de datos, 2016. [Consultada el 30 de diciembre del 2017]

Algunas estrategias propuestas por la OMS y la Asociación Internacional para la Prevención del Suicidio para combatir el alza en las tendencias del suicidio, es dirigir la atención a los métodos de consumación para disminuir el flujo, en medida de lo posible, de las herramientas a través de las cuales las personas se dan muerte. De esta manera, se propone un tratamiento integral en el combate al tráfico de armas de fuego y de sustancias prohibidas.

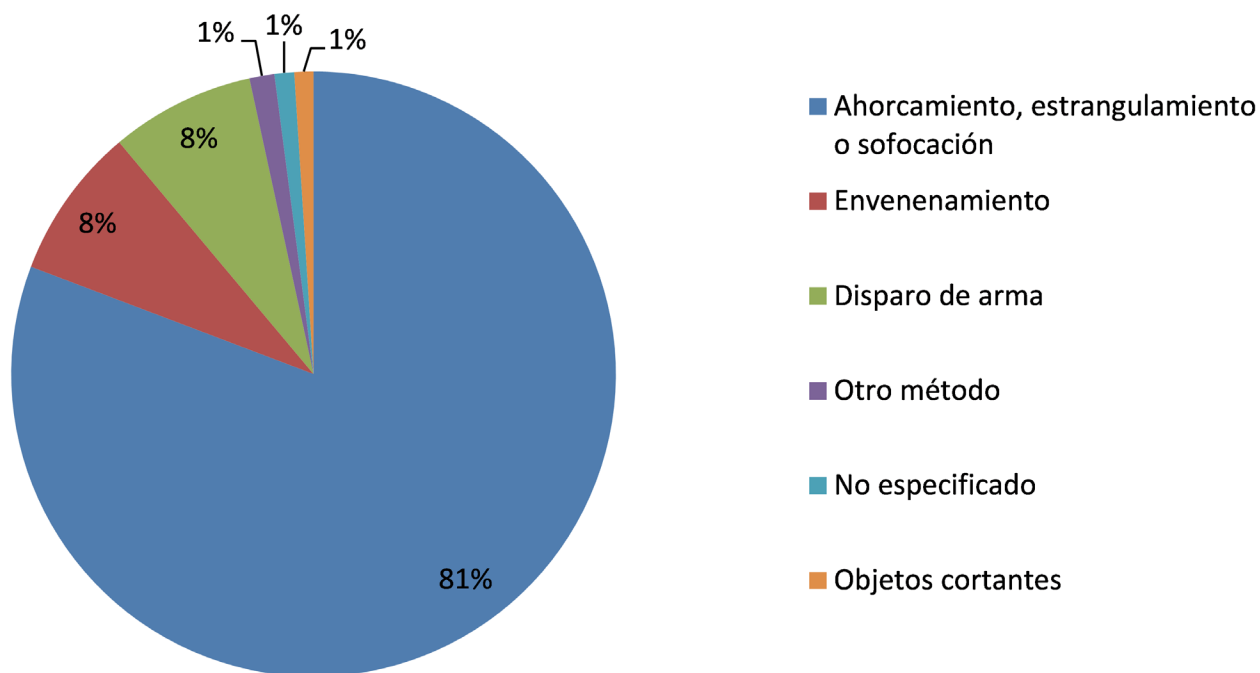
En ese sentido, pueden ser analizados los principales métodos a través de los cuales fueron realizados los suicidios. Como se muestra en los gráficos 9 y 10, por ahorcamiento, estrangulamiento y sofocación, es el principal método por el que se quitaron la vida en el 2016, con 5 mil 145 casos. Le siguen como métodos dos de los



cuáles sí pueden combatirse con esa estrategia: por envenenamiento fueron realizados 517 casos y 491 más por disparo de arma de fuego.

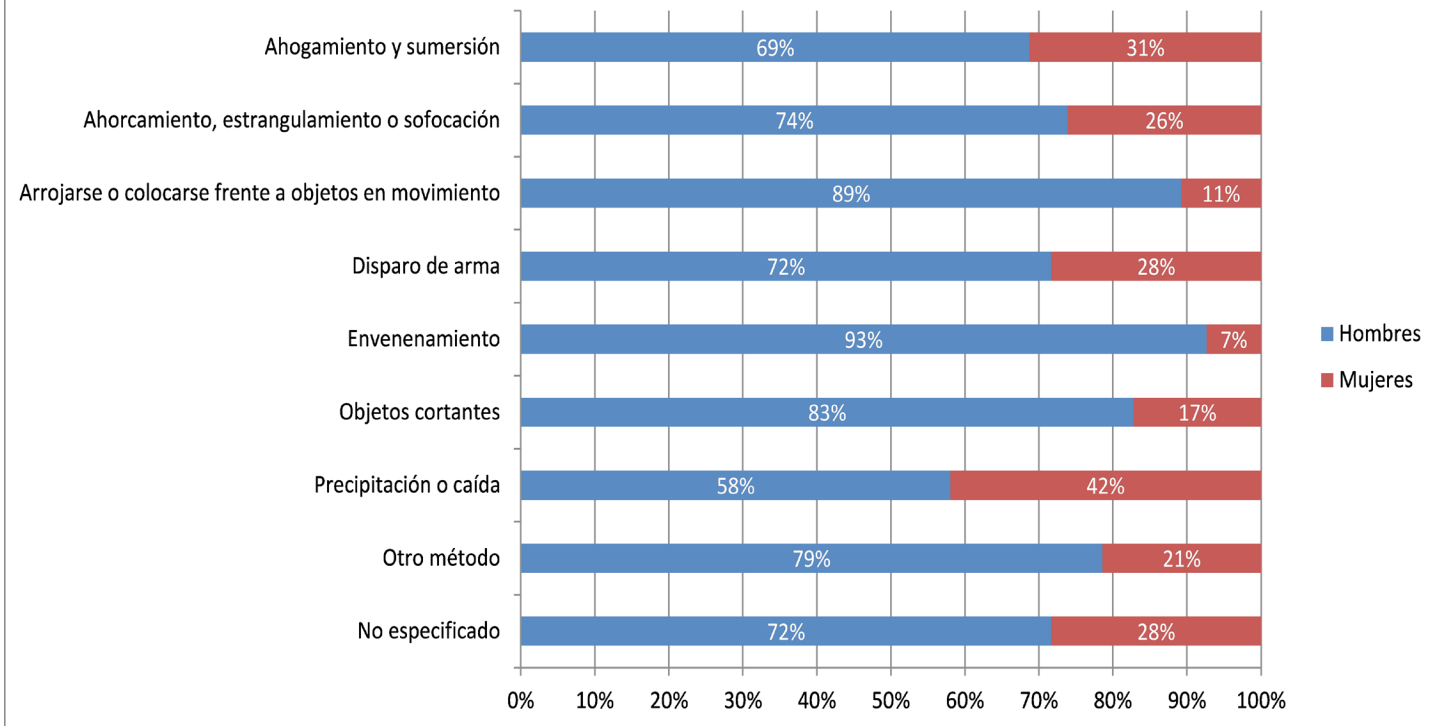
La diferencia más pequeña en cuanto a métodos, por sexo, fue dada en suicidios por lanzarse desde un lugar elevado. En donde la diferencia es mayor y que los hombres realizan con mayor frecuencia, es a través del envenenamiento.

**Gráfico 9. Distribución porcentual de suicidios por tipo de método.
México, 2016**



Fuente: Elaboración propia con datos de INEGI. Estadísticas de mortalidad. Base de datos, 2016. [Consultada el 30 de diciembre del 2017]

Gráfico 10. Distribución porcentual de suicidio por método de consumación. México, 2016

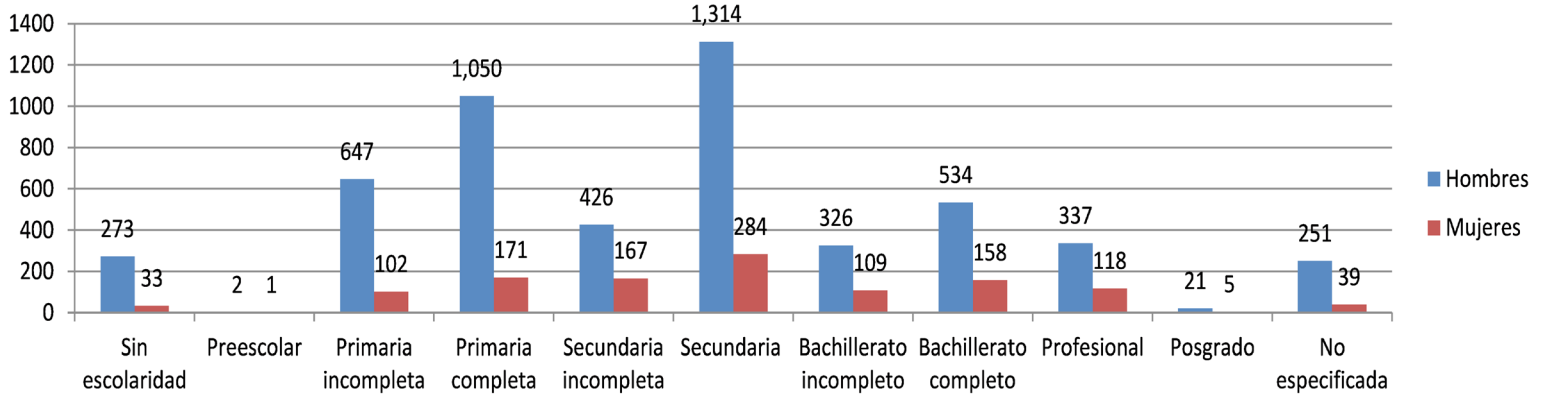


Fuente: Elaboración propia con datos de INEGI. Estadísticas de mortalidad. Base de datos, 2016. [Consultada el 30 de diciembre del 2017]

Mientras las soluciones no sean integrales, los resultados encontrados seguirán siendo parciales y volátiles. Al ser multifactorial y multidimensional, las causas del suicidio abarcan un amplio espectro que difícilmente puede ceñirse a condiciones particulares para su erradicación. Es por eso por lo que elevar la calidad de vida es una forma directa de posibilitar la rehabilitación de las personas con riesgos suicidas y también un intento de incidencia en el volumen de las muertes autoinflingidas. La educación, en ese caso, es un pilar fundamental para su tratamiento.

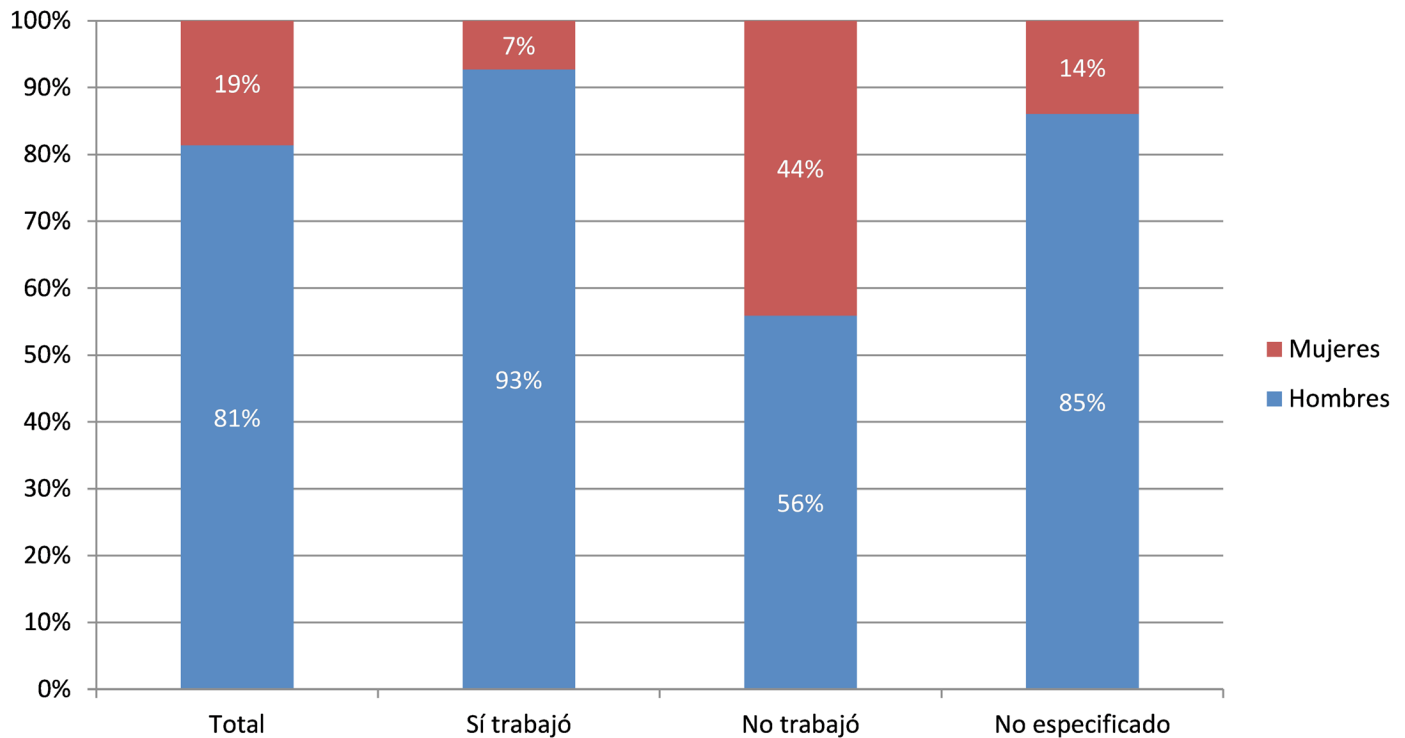
De los suicidios cometidos en 2016, el grado máximo de estudios alcanzado por la mayoría de las víctimas fue la secundaria. Se puede notar, también, que mientras más tiempo de educación recibieron, menores fueron las cifras de incidencia.

Gráfico 11. Suicidios en México según nivel de escolaridad, por sexo. 2016.



Fuente: Elaboración propia con datos de INEGI. Estadísticas de mortalidad. Base de datos, 2016. [Consultada el 30 de diciembre del 2017]

Gráfico 12. Distribución porcentual de suicidios por condición de actividad económica, por sexo. México, 2016



Fuente: Elaboración propia con datos de INEGI. Estadísticas de mortalidad. Base de datos, 2016. [Consultada el 30 de diciembre del 2017]

Siguiendo la misma línea explicativa, el plano laboral es una de las causas sociales continuamente relacionadas en los estudios con las muertes voluntarias, aunque éste no sea determinante. Las posturas, sin embargo, suelen ser dispares.

En un estudio publicado en el formato de tesis por Rosalba Jasso, del Colegio de México, sostiene que no existe una relación directa entre las malas condiciones laborales y el incremento de la incidencia de suicidios a nivel municipal; por el contrario, la distribución espacial del mismo depende de características de consumación regionales. Por otro lado, en 2014, fue publicado en el portal electrónico de la revista Proceso, un comunicado de la farmacéutica Eli Lilly, en el cual se sostuvo que, además de ser el sector juvenil el más vulnerable, el desempleo es una de las principales características sociales de las personas que lo realizan, debido a que las cifras más numerosas están entre los desempleados jóvenes 15-19 y los que tienen más de 45. A pesar de la variedad de resultados al respecto, el plano laboral es un rubro que de ser atendido puede atenuar la situación de riesgo de la

¹⁰ Jasso Vargas, Rosalba (2010). La dimensión espacial del suicidio y su vínculo con el mercado laboral. (Tesis de maestría, El Colegio de México). México, D.F. Disponible en: <https://goo.gl/6FnuoY>

¹¹ Entre jóvenes el 80% de los suicidios; el desempleo la causa principal (10 de septiembre de 2014). Proceso. Recuperado de: <https://goo.gl/iAMuaE>

población y, con ello, indirectamente influir en el bienestar general que contextualiza las razones que producen al suicidio.

En el gráfico puede mostrarse que, de aquellas víctimas que trabajaban, la gran mayoría pertenece a los hombres. Por su parte, del grupo de los que no trabajaban, la diferencia es mucho menor. Esto nos habla de la desigualdad en acceso al trabajo que aún caracteriza a la población víctima del suicidio, especialmente en mujeres.

III. El suicidio desde el trabajo legislativo: elaboración de las condiciones institucionales para su atención, tratamiento y prevención.

El registro del trabajo legislativo en torno a la prevención y atención del suicidio da cuenta de la reciente preocupación de la problemática. En sus inicios, el tema del suicidio fue tratado lateralmente, como una de las consecuencias de otros problemas de salud (como las adicciones y los problemas mentales): la valoración que se hacía de la muerte por voluntad corría en paralelo a preocupaciones más amplias e imprecisas que impedían reconocer al acto suicida, en sí mismo, como un problema integral que requiere de atenciones específicas y coordinadas, con la misma atención que problemáticas transversales, como las antes mencionadas.

En el Legislativo, pueden diferenciarse tres etapas, caracterizadas por el número de iniciativas, sus perspectivas de abordaje y, especialmente, las directrices que el tratamiento permite para plantear soluciones de carácter público, entrelazando tareas institucionales de prevención y atención del suicidio.

La primera de estas etapas comienza con la presentación de la primera propuesta en el Congreso en torno al tema, en el año 2005, durante la LIX Legislatura, y culmina con la última propuesta de iniciativa en la LXI Legislatura, en 2011. Esta etapa se caracteriza por abrir el debate referente al aumento de la incidencia del suicidio en México. Las cuatro iniciativas presentadas durante este periodo exploran diferentes aristas de abordaje que intentan vincular las causas suicidas, la investigación, las recomendaciones realizadas por la OMS y la Asociación Internacional para la Prevención del Suicidio, así como hacer notar las diferentes instancias que son capaces de participar en el tema. Son también éstas las que dilucidan las dimensiones de análisis tratadas en posteriores propuestas de iniciativas.

El segundo periodo abarca en su totalidad la LXII Legislatura. Es el periodo en el cual se produce el mayor número de iniciativas y se mantiene constante la preocupación en tratar legislativamente una problemática que permanece en aumento. Además de definir las tareas institucionales y proponer algunos programas nacionales que atiendan la problemática, vislumbra su tratamiento con el argumento de la OMS, que enuncia al suicidio como un fenómeno previsible y prevenible. En ese sentido, el



impulso lleva a considerarlo como un problema sui generis que, si bien tiene anclajes y relaciones con asuntos de salud mental, extiende sus raíces en las condiciones sociales y contextuales, requiriendo por sí misma, una estrategia que logre enlazarse con la resolución de otros problemas en diversos ámbitos de bienestar.

El tercer periodo comienza en el tercer año de ejercicio de la LXIII Legislatura, y el hecho más relevante hasta ahora se presenta con la aprobación del dictamen en la Comisión de Salud y en el pleno del Senado, referente al decreto del Día Nacional para la Prevención del Suicidio, al ser la primera aprobación de un dictamen sobre este tema. Su posible aprobación en la Cámara de Diputados abre la oportunidad de generar nuevas vías de legislación, completando el proceso de propuestas que se dirigen a la promulgación de un proyecto nacional de prevención y atención al suicidio, en términos de política pública.

La primera etapa: el origen de la preocupación y los primeros esbozos de incidencia en la LIX y LX Legislaturas.

Tabla 2. Iniciativas presentadas en materia de prevención de suicidio (2003-2009)					
Legislatura	No.	Cámara de origen	Presenta	Grupo Parlamentario	Estatus
LIX (2003-2006)	1	Diputados	Yadira Serrano Crespo	PRD	Dictamen negativo
LX (2006-2009)	2	Senadores	Martha Leticia Sosa Govea	PAN	Desechada

Fuente: Elaboración propia con información del Sistema Información Legislativa (SIL) (2017). Iniciativas que tratan el tema del suicidio. LIX y LX Legislatura, 2003-2009. [Consultada el 8 de enero de 2018].

Se puede encontrar como intento pionero en la creación de iniciativas con proyecto de decreto, la realizada durante la LIX Legislatura, el primero de diciembre de 2005, a cargo de la diputada Yadira Serrano Crespo, del Grupo Parlamentario del PRD. En esta propuesta se busca promover la salud mental en los niños y jóvenes utilizando la definición de manifestaciones patológicas. Además de adicionar un párrafo a la Ley General de Salud, en el cual busca facultar a la Secretaría de Salud para desarrollar políticas públicas de salud, socioculturales, educativas y recreativas que contribuyan a la salud mental, responsabiliza a los padres, tutores, o cualquiera que tenga la patria potestad de los niños, de la atención a conductas que pudieran ponerlos en riesgo de cometer suicidio.¹³

¹²Desde ahora, los grupos parlamentarios serán nombrados con las iniciales, v.g. GPPRD.

¹³Desde tal abordaje, resalta que en la interpretación existe una relación directa y determinante entre salud mental y susceptibilidad suicida. Es posible que tales características hicieran que el dictamen



Tuvieron que pasar varios años para que volviera a considerarse el tema en ambas Cámaras. Fue hasta el 2008, en la LX Legislatura, cuando la senadora Martha Leticia Sosa Govea, miembro del GPPAN propuso una iniciativa con características similares a la presentada en la LIX Legislatura: modificando varios artículos de la Ley General de Salud, y homologándolos con otras leyes secundarias, como la Ley General de Educación y la Ley para la Protección de Niños, Niñas y Adolescentes, buscó promover el fomento a la salud mental y la prevención del suicidio. Además de retomar el planteamiento y continuar con la directriz de la primera iniciativa aludida (con respecto de la atención que los padres, tutores y autoridades educativas deben darles a las conductas que sugieran alteraciones emocionales), añade una variante cuando promueve un ambiente educativo saludable, al que caracteriza con la presencia de *estabilidad biopsicosocial*. Este planteamiento da la posibilidad de pensar al suicidio multifactorialmente, como un problema que requiere de la intervención de varias instituciones y que requiere, también, de un tratamiento integral que considere las distintas esferas que componen a cualquier sujeto en su vida social y biológica. La propuesta, sin embargo, fue desechada.¹⁴

La LXI Legislatura y el cierre del primer periodo.

Legislatura	No.	Cámara de origen	Presenta	Grupo Parlamentario	Estatus
LXI (2009-2012)	1	Diputados	Jaime Arturo Vázquez Aguilar	Independiente	Dictamen negativo
	2	Senado	Felipe González Gozález	PAN	Desechada

Fuente: Elaboración propia con información del Sistema Información Legislativa (SIL) (2017). Iniciativas que tratan el tema del suicidio. LXI Legislatura, 2009-2012. [Consultada el 8 de enero de 2018].

Desde los primeros intentos realizados en las dos anteriores legislaturas, comenzaron a realizarse mayores esfuerzos conducentes a la atención de esta problemática. Habían sido ya implementados una gran variedad de proyectos locales y estatales ligados a su prevención en jornadas de promoción de salud mental y en atención especializada a personas con intentos de suicidio. Así mismo, se activaron líneas

realizado por la Comisión de Salud fuese negativo. A pesar de ello, la relevancia de esta iniciativa recae en ser la primera lectura del problema del suicidio en México en el trabajo legislativo, con una población que hasta entonces comenzaba a reconocerse vulnerable.

¹⁴Este par de iniciativas emergen en un momento coyuntural importante para considerarse como un problema de salud, poniendo a discusión un tema que en la agenda pública había estado ausente. Su relevancia radica en que dan inicio a la preocupación legislativa sobre la materia y su planteamiento será la base de ulteriores intentos de legislación.



telefónicas de contención de crisis suicidas. A partir de 2007, cada año se superaba la marca histórica de suicidios cometidos en México, y continuaría así (con excepción de los años 2012 y 2016, en los que existían leves decrecimientos). Según estudios especializados realizados por miembros del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, de 1970 a 2007 el suicidio en México había crecido en 270%. Para 2009 el suicidio se había convertido ya en uno de los principales problemas de salud pública, que costaba anualmente más de cinco mil vidas humanas.

En el trabajo legislativo también ganaba terreno la preocupación que se convertiría en propuestas de ley. Pasados algunos años después de la última alusión al tema, en septiembre del 2010 fue presentado en la Cámara de Senadores, por el senador Felipe González González, del GPPAN, una iniciativa que llamaba a la coordinación de distintas instituciones públicas para dar seguimiento a los factores de riesgo productores de suicidios, así como a su atención médica especializada. Era el primer intento de coordinar el trabajo institucional formalmente, inscribiendo a México en los argumentos vertidos por la Organización Mundial de la Salud para Enfermedades No Transmisibles y de Salud Mental, en los que se declaraban algunas directrices de acción. Estas directrices serían nuevas líneas de abordaje en posteriores proyectos de ley.

Esta iniciativa se caracteriza por prever una serie de estrategias, en diferentes dimensiones de aplicación, que condujeran al conocimiento, evaluación y atención del suicidio. Entre ellas se presentan la realización de estudios especializados en riesgos suicidas; generar protocolos para identificar personas con tendencias suicidas; generar redes familiares, vecinales, escolares y laborales; canalizar los casos a sistemas especializados de salud mental; darle atención y seguimiento a través de servicios de salud en el primer nivel, es decir, en centros de salud; establecer centros de crisis; y poner al alcance de los medios de comunicación, un conjunto de disposiciones éticas sobre el manejo responsable de la información presentada sobre el suicidio. La propuesta siguió el mismo destino que las anteriores, al ser desechada.

La iniciativa presentada por el diputado independiente Jaime Arturo Vázquez Aguilar, el 8 de septiembre del 2011, cierra este proceso de primeros abordajes que guían la dirección y el tratamiento de la prevención del suicidio como asunto público. En ella, se enfatiza la necesidad de realizar una política nacional que, además de contar con apoyo especializado para atender y prevenir las conductas suicidas, otorgue atención

¹⁵Uno de los más representativos es el Sistema Nacional de Apoyo, Consejo Psicológico e Intervención en Crisis por Teléfono, de SAPTEL. Véase <https://goo.gl/YtXjb>

¹⁶Borges, Guilherme, Orozco, Ricardo, Benjet, Corina & Medina-Mora, María Elena. (2010). Suicidio y conductas suicidas en México: retrospectiva y situación actual. *Salud Pública de México*, 52(4), 292-304. [Consultado el 5 de enero de 2018]. Disponible en: <https://goo.gl/BpVZNb>



a los familiares de las personas suicidas. El enfoque usado en la iniciativa prevé la necesidad de generar investigación regional precisa que pueda caracterizar el fenómeno con datos oficiales y precisos, sin que pierda su carácter de política nacional. A su vez, promueve la profesionalización del personal médico, por lo que permite diversificar la investigación clínica y científica, además de inscribirlo en el sector público como parte de la Educación para la Salud y, por lo tanto, un tema fomentado desde los tres órdenes de gobierno. Esta iniciativa que buscaba modificar la Ley General de Salud fue dictaminada negativamente.

Las primeras cuatro iniciativas presentadas hasta ahora forman parte de una primera etapa de construcción legislativa en torno a la materia de prevención del suicidio. Al poner en discusión los datos y los abordajes, evidenciaban una problemática emergente, a la vez que sugerían vías de interpretación y conducción para su tratamiento. Si bien no lograron cuajar en una política nacional, son la base de las directrices asumidas posteriormente en la LXII y LXIII Legislatura, cuando los planteamientos comienzan a madurar y desembocan en la primera iniciativa aprobada en el Senado: habían resaltado las dimensiones sociales e institucionales desde dónde coordinar el esfuerzo y, con ello, señalaron la ruta que debía perfilarse en el proceso de largo alcance para su legislación.

La segunda etapa: la LXII Legislatura y los programas nacionales.

Tabla 4. Iniciativas presentadas en materia de prevención de suicidio (2012-2015)					
	No.	Cámara de origen	Presenta	Grupo Parlamentario	Estatus
LXII (2012-2015)	1	Senado	María Elena Barrera Tapia	PVEM	Pendiente
	2	Diputados	Alfa Eliana González Magallanes	PRD	Desechada
	3	Senado	Diva Hadamira Gastélum Bajo	PRI	Dictamen negativo
	4	Diputados	Gloria Bautista Cuevas	PRD	Retirada
	5	Senado	Lisbeth Hernández Lecona, Ivonne Liliana Álvarez García, Angélica del Rosario Araujo Lara, Margarita Flores Sánchez, Ma. Del Rocío Pineda Gochi y Mely Romero Celis	PRI	Dictamen negativo
	6	Comisión Permanente	Trinidad Secundino Morales Vargas Uriel Flores Aguayo y Silvino Blanco Deaquino	PRD	Dictamen negativo
	7	Diputados	María Guadalupe Mondragón González	PAN	Dictamen negativo
	8	Diputados	Martha Leticia Sosa Govea	PAN	Pendiente

Fuente: Elaboración propia con información del Sistema Información Legislativa (SIL) (2017). Iniciativas que tratan el tema del suicidio. LXII Legislatura, 2012-2015. [Consultada el 8 de enero de 2018].



En la LXII Legislatura inicia el segundo periodo de construcción legislativa en materia de prevención del suicidio. A comparación del proceso anterior, es en éste cuando se desarrolla el mayor número de propuestas al respecto: 8 iniciativas en 3 años. Para el 2012, se hacía evidente la preocupación por el problema, a tal grado que durante esta legislatura fueron presentadas tres iniciativas en el senado y cinco en la Cámara de Diputados (una de las cuales, fue presentada por la comisión permanente de salud).

La línea general en la que se inscriben es la modificación a la Ley General de Salud en el pleno reconocimiento de la prevención y atención del suicidio como parte de la Salubridad General y, por lo tanto, como un programa permanente. Además de ello, resalta la atención a familiares por las secuelas que puede producir un acto de tal naturaleza para aquellos que lo perciben, aunque continúa siendo indicativa la relación trastornos mentales y riesgo suicida. Se busca facultar a la Secretaría de Salud para implementar programas que impliquen al sector público y privado. Sobresale el cada vez más frecuente planteamiento de prevenirlo con un tratamiento interdisciplinario que, en forma transversal, permita tratar los problemas sociales detonantes de conductas suicidas, como la pobreza, el desempleo, la trata de personas, la falta de oportunidades en jóvenes, la violencia de género y el acoso escolar. Es el auge de la elaboración de programas nacionales que definen tareas específicas a las instituciones, así como líneas generales de trabajo para su realización.

En ese sentido, sobresalen las siguientes iniciativas:

- La iniciativa presentada en conjunto por Lisbeth Hernández Lecona, Ivonne Liliana Álvarez García, Angélica del Rosario Araujo Lara, Margarita Flores Sánchez, María Del Rocío Pineda Gochi y Mely Romero Celis, del GPPRI, en Octubre de 2013, resalta que, a través de un recurso de punto de acuerdo, pudo hacerse un informe detallado sobre las características de incidencia de suicidio en las entidades federativas, las políticas públicas y medidas preventivas regionales implementadas, así como los programas desplegados con sus respectivos resultados. Once entidades federativas acudieron al llamado y, por medio de la Secretaría de Salud y el Ejecutivo Federal, presentaron el informe. Su importancia radica en dar a conocer la multiplicidad de variantes que se han puesto en marcha de forma local y que podrían extrapolarse a otros escenarios.

¹⁷Para conocer a detalle la exposición de las estrategias, puede consultarse la iniciativa en Hernández Lecona, Lisbeth et al. (2013). Proyecto de decreto por el que se reforman diversas disposiciones de la



- La iniciativa de la senadora del GPPRI, Diva Hadamira Gastélum Bajo, presentada en abril de 2014, promueve disposiciones generales para la creación del Programa Nacional Integral de Atención y Prevención del Suicidio desde un enfoque psicosocial. Propone las bases en las que debería montarse este programa, coordinado por la Secretaría de Salud y con participación de los gobiernos de las entidades federativas e instituciones de salud. Entre otras cosas, establece las directrices de acción del plan, resaltando la creación de informes científicos sobre la dinámica del suicidio en México, causas y estadísticas que muestren sus peculiaridades; establecer los protocolos de atención para personas en riesgo; establecer disposiciones generales de tratamiento desde la salubridad general; programas de difusión de las instituciones que ofrecen apoyo; así como la difusión de información para su prevención en el ámbito laboral y educativo.

- La iniciativa de la diputada del GPPRD, Alfa Eliana González Magallanes, presentada en septiembre del 2014, propone que además de las disposiciones en materia de salud mental (entendidas como perturbaciones que toman en cuenta la experiencia personal del individuo) se incluyan en su atención las dinámicas familiares y los procesos sociales y culturales, inscribiendo al suicidio en un problema de mayor profundidad que implica a la sociedad como conducto y como vía de realización. En este planteamiento, se reconoce la existencia de *víctimas indirectas del suicidio*, que requieren atención especializada.

El tercer periodo: la LXIII Legislatura y la aprobación en el senado del Decreto del Día Nacional para la prevención del suicidio

Tabla 5. Iniciativas presentadas en materia de prevención del suicidio (2015-2018)					
Legislatura	No.	Cámara de origen	Presenta	Grupo Parlamentario	Estatus
LXIII (2015-2018)	1	Senado	Yolanda de la Torre Valdéz	PRI	Pendiente
	2	Comisión Permanente	Evelyn Soraya Flores Carraza y Diputados PVEM	PVEM	Retirada
	3	Senado	Jorge Luis Lavallo Maury, Roberto Albores Gleason	PAN-PRI	Turnada a Cámara de Diputados
	4	Senado	Luisa María Calderón Hinojosa	PAN	Pendiente
	5	Diputados	Adriana Terrazas Porras	PRI	Pendiente
	6	Diputados	Karla Karina Osuna Carranco	PAN	Pendiente

Fuente: Elaboración propia con información del Sistema Información Legislativa (SIL) (2017). Iniciativas que tratan el tema del suicidio. LXIII Legislatura, 2003-2017. [Consultada el 8 de enero de 2018].

Ley General de Salud en materia de Salud Mental y Prevención del suicidio. [Consultado el 2 de enero de 2018] Disponible en: <https://goo.gl/91ryAU>

¹⁸ Este argumento implica, primero, que el tratamiento no puede reducirse a las características enteramente inscritas en las perturbaciones mentales, sino que debe llevarse a cabo como un remanente de experiencia social que compete a todos los implicados en la comunidad de aquella persona que murió voluntariamente. De esta manera, se promueve la construcción de redes que inhiben conductas destructivas y conducen la experiencia de pérdida.



El tercer periodo, comprendido desde el inicio de la LXIII Legislatura, se caracteriza por haber logrado que los esfuerzos emprendidos doce años atrás, puedan condensarse en la primera iniciativa aprobada en la Comisión de Salud del Senado y en el pleno del mismo, sobre la materia de prevención del suicidio. Si bien el flujo continuo de propuestas descendió en comparación con la legislatura anterior, las que se presentaron conjeturan y tejen una serie de coincidencias y completan algunas expectativas pendientes.

Durante este periodo, han sido presentadas seis iniciativas que, en general, abordan varias de las responsabilidades ya antes referidas, desde la modificación de diversas disposiciones de la Ley General de Salud. Entre las propuestas destacan las siguientes: busca declararse la prevención, detección, orientación y atención oportuna de trastornos y riesgos suicidas como parte de la salubridad general; elaborar protocolos de actuación en caso de conductas autodestructivas por acoso o violencia escolar; así como la coordinación intersectorial con un enfoque comunitario y de reinserción psicosocial con miras a respetar los derechos humanos de los usuarios de los servicios ofrecidos.

Además de los planteamientos mencionados, sobresalen los de un par de iniciativas: la presentada por la diputada Adriana Terrazas Porras, del GRPRI en febrero del 2017, y la de los senadores Jorge Luis Lavalle Maury y Roberto Albores Gleason, del GPPAN y del GRPRI, respectivamente, en abril del mismo año.

La primera de ellas vislumbra la creación de la Ley General de Prevención, Atención y Posvención del Suicidio, un conjunto de disposiciones “de orden público, de interés social y de observancia general” (Terrazas, 2017).¹⁹ En ella se busca crear una comisión multidisciplinaria e interinstitucional que coordine la aplicación de la ya referida ley (compuesto por autoridades de salud, educación, seguridad y justicia), formulando y desarrollando las estrategias y programas integrales orientados a la materia, que además de plantearse como servicio asistencial, sensibilicen a la población. Se busca capacitar y profesionalizar al personal de salud, a las instituciones gubernamentales y privadas sobre el tema, según sean sus competencias.

Una de las variantes que esta iniciativa propone y que, dicho sea de paso, revitaliza el trabajo realizado desde el Legislativo, es la creación de redes de apoyo de la sociedad civil. En ellas, la difusión del tema a través de las campañas de salud busca coadyuvar al encauzar la labor de detección de personas en riesgo para su tratamiento. Su esfera de aplicación contempla el ámbito educativo, laboral, de salud y recreativo. También promueve la utilización de los medios masivos de comunicación para realizar las campañas de sensibilización.

Con respecto del tratamiento, la ley considera la realización de protocolos específicos para casos de suicidio e intento de suicidio, de intervención en emergencia hospitalaria y a través de líneas telefónicas. Considera que es importante llevar el registro de las instituciones, asociaciones, organizaciones

¹⁹Terrazas Porras, Adriana (14 de febrero de 2017). *Iniciativa que expide la Ley General de Prevención, Atención y Posvención del Suicidio*. Senado de la República. [Consultado el 22 de diciembre de 2017]. Disponible en: <https://goo.gl/YAR6jE>



no gubernamentales y profesionales del sector público y privado, para cumplir con el estándar de calidad establecido por la autoridad. Asimismo, impulsa el registro de información estadística sobre suicidios, intentos de suicidio, causa de los decesos, edad, sexo, modalidad empleada, municipio o delegación de realización y entidad federativa, con el interés de favorecer la elaboración de las estrategias con información puntual y clara, por regiones.

Plasmar diferentes estrategias permite, según aclara la iniciativa, celebrar convenios de colaboración con otras instituciones públicas y privadas, así como con organismos no gubernamentales, para atender la problemática. Sugiere también, por lo tanto, monitorear y evaluar periódicamente las actividades y los resultados de su implementación. Esta iniciativa tiene el *statu* pendiente.

Por su parte, la iniciativa presentada por el senador Lavalle Maury y el senador Roberto Albores Gleason, sigue la línea de explicación que la OMS y la Asociación Internacional para la Prevención de Suicidios utilizaron para decretar el Día Mundial para la Prevención del Suicidio. En ella, se enfatiza la importancia de planes coordinados y de largo alcance, que impliquen a la sociedad en su conjunto y que permita esclarecer que es un tema que rebasa los límites conferidos hasta entonces a su prevención, por lo que requiere también planeación institucional. El dictamen realizado por las Comisiones de Salud y de Estudios Legislativos, puntualiza que la iniciativa tiene por objetivo “concientizar a la población y a los grupos más vulnerables sobre las enfermedades mentales y todo aquel padecimiento o situación que pueda llevar al suicidio” (Comisión de Salud y de Estudios Legislativos, 2017).²⁰ En el marco de la sexta Asamblea Mundial de Salud, México adoptó el Plan de Acción en Salud Mental de la OMS, en el que los países miembros se comprometían a reducir en 10% sus tasas de suicidio para 2020. En este caso, declarar 10 de septiembre el Día Nacional para la Prevención del suicidio es una de las primeras acciones que intentan adoptarse.

Reconocer el problema como un asunto público que requiere la incidencia a través de una estrategia nacional que reúna esfuerzos de diferentes instancias e instituciones, de la misma manera en que se le destinen recursos en términos de política pública nacional, es el objetivo de largo alcance y sólo será posible en medida de que pueda avanzarse paulatinamente en su tratamiento. Poner el tema en la agenda pública, desarticular los prejuicios en torno a su consumación, hacer evidente la problemática y dar certidumbre jurídica a las instituciones coordinadoras, son algunos de los pasos esperados que puedan tratarse desde el Congreso, que comienza apenas con la declaración de un día nacional para su prevención. Queda abierto, por lo tanto, la necesidad de coordinar las responsabilidades institucionales, de carácter legal y, especialmente, su contenido social, en la perspectiva que guíe la estrategia de prevención.

²⁰Comisión de Salud y Comisión de Estudios Legislativos (28 de noviembre de 2017). *Dictamen del proyecto de decreto por el que se declara el día 10 de septiembre de cada año como el “Día Nacional para la Prevención del Suicidio”*. Senado de la República Gaceta Parlamentaria. LXII/3PPO-57/77375 [Consultado el 12 de enero de 2017]. Disponible en: <https://goo.gl/HJhzyu>



Comentarios finales

El aumento de la incidencia del suicidio en México es notable y preocupante, pero más allá de las cifras, el producto de los actos suicidas impacta la vida y el bienestar de innumerables personas, tanto de aquellos que han renunciado a la vida, como de las personas cercanas a los renunciantes. Resalta, por ejemplo, la susceptibilidad de los jóvenes y la cada vez más frecuente incidencia en menores de edad. Así también, las víctimas indirectas, aquellos que presenciaron o vivieron cercanamente a aquellos acaecidos por una muerte voluntaria, son receptores de los múltiples efectos traumáticos que un acto de esta naturaleza produce.

Es por ello por lo que su tratamiento como asunto público no puede tener un enfoque parcial y de corto plazo que involucre solamente a sectores vulnerables (como a los pacientes con enfermedades mentales); es necesario que se le enmarque como un problema que necesita un enfoque multidisciplinario e interinstitucional que trate integralmente el acceso pleno al bienestar social y desarrollo personal, a la par de los programas de atención y prevención del suicidio con sectores específicos.

De la misma manera, tiene profunda relevancia promover la investigación de carácter científico a cerca de los factores que influyen en la conducta suicida que además de reconocer las características de consumación, su distribución geográfica y sus detonantes, de cuenta de los factores psicosociales que preceden su construcción como posibilidad y los efectos que tienen para su tratamiento en la posvención.²¹

Desde el trabajo legislativo se ha buscado coordinar a distintas instituciones de carácter público para coadyuvar en un programa nacional de prevención del suicidio. Para futuras propuestas que contemplen esta posibilidad, resalta la importancia de clarificar qué instancias participarían y las atribuciones que se les asignarían, así como cuáles serían los mecanismos a través de los cuales se coordine el programa. Debe considerarse incluso que, bajo ese esquema de cooperación, participe activamente la sociedad civil. Por eso es importante para su diagnóstico, canalización, tratamiento y posvención, la promoción de redes comunitarias con estrecha comunicación y acceso a los servicios de salud, específicamente a los programas de prevención y atención de riesgo suicida.

Es cierto que el primer paso referente a la procuración del tema podría ser dado a través de la declaración del Día Nacional de la Prevención del Suicidio, que tiene la finalidad de resaltar la relevancia de su tratamiento al ser visualizado como un asunto público capaz de ser abordado a partir de iniciativas presentadas en el Legislativo, además de los esfuerzos ya emprendidos desde las instituciones de justicia y de salud. Queda pendiente, por cierto, realizar acciones conducentes a reconocer al suicidio como un tema de la agenda pública federal y se avance en la dictaminación de las iniciativas con proyecto de decreto ya presentadas, o bien, que esas mismas propuestas sean aprovechadas para futuros proyectos que consideren su atención.

²¹Porque reconocer su origen multifactorial y sus múltiples efectos, hace evidente que no existe una determinación directa entre salud mental y conducta suicida, a lo sumo, una predisposición, un lugar propicio a través del cual puede volverse susceptible por un estado biopsicosocial conducente, como posibilidad, al acto suicida.



Anexos

Tabla 6. Tasas de suicidio estandarizadas por 100,000 habitantes. Suicidios en 2014, miembros OCDE y no miembros firmantes de las directrices de la organización

País	Hombres	Mujeres	Total
Lituania	55.3	8.6	29.8
Letonia	33.5	5.8	18.1
Hungría	30.7	7.5	17.8
Japón	25.4	10.2	17.6
Estonia	31.9	6	17.5
Eslovenia	30	5.1	16.9
Bélgica	23.6	9.1	16.1
Polonia	26.7	3.8	14.8
Finlandia	21.9	6.7	14.1
Austria	22.7	6.4	13.9
Islandia	21	6.9	13.8
Estados Unidos	21.6	6	13.5
República Checa	22.6	4.9	13.3
Australia	18.8	6	12.2
Luxemburgo	18.3	5.3	11.8
Suecia	15.8	7.2	11.4
Alemania	17.3	5.2	10.8
Dinamarca	16.3	5.2	10.6
Noruega	15.5	5.7	10.5
Chile	18.1	3.5	10.4
Países Bajos	14.5	6.6	10.4
Portugal	16.5	4.6	10
Eslovaquia	18.1	2.7	9.7
España	12	3.7	7.6
Brasil	9.5	2.3	5.7
Costa Rica	9.5	1.9	5.7
Israel	8.8	2.4	5.5
México	9.5	1.9	5.5
Grecia	7.8	1.9	4.7
Sudáfrica	2.1	0.5	1.2

Fuente: OCDE (2014). "Suicide rates" en Health status. [Consultado el 30 de diciembre del 2017]. Disponible en: <http://goo.gl/Gc1WJG>

Tabla 7. Tasas de suicidio, México y OCDE. 1990-2015

Año	México	OCDE
1990	3.4	16.5
1991	3.5	16.7
1992	3.7	16.4
1993	3.8	16.6
1994	4.2	16.7
1995	4.3	16.3
1996	4.1	15.9
1997	4.2	15.8
1998	4.1	15.6
1999	4	15.2
2000	4.1	15.3
2001	4.5	14.8
2002	4.3	14.6
2003	4.6	14.3
2004	4.5	14.5
2005	4.6	14.2
2006	4.5	13.4
2007	4.5	12.9
2008	4.7	12.9
2009	5	13
2010	4.8	12.7
2011	5.2	12.5
2012	5	12.4
2013	5.2	12.4
2014	5.5	12.3
2015	5.3	12.1

Fuente: Recuperado de OMS (2014). *Preventing suicide: a global imperative*. Luxemburgo [Consultado el 27 de diciembre de 2017]. Disponible en: <https://goo.gl/8dB8xT>



Tabla 8. Total de suicidios cometidos entre 2000-2016 en México, por estado

Estado	Suicidios
Tlaxcala	587
Baja California Sur	739
Nayarit	864
Morelos	873
Zacatecas	1,011
Guerrero	1,104
Campeche	1,197
Aguascalientes	1,269
Querétaro	1,344
Durango	1,374
Sinaloa	1,826
Quintana Roo	1,885
Oaxaca	2,024
Baja California	2,048
San Luis Potosí	2,404
Chihuahua	2,591
Tamaulipas	2,648
Michoacán	2,710
Yucatán	2,786
Tabasco	3,053
Chiapas	3,084
Sonora	3,160
Puebla	3,263
Guanajuato	3,468
Coahuila	3,495
Ciudad de México	3,679
Nuevo León	3,749
Colima	3,944
Hidalgo	4,124
Veracruz	4,325
Estado de México	6,323
Jalisco	6,539
Total	83,490
*No se cuentan los 64 ocurridos en el extranjero	

Tabla 9. Suicidios en México, por sexo. 2000-2016

	Total	Hombres	Mujeres	No especificado
2000	3,475	2,937	538	0
2001	3,811	3,133	678	0
2002	3,871	3,211	660	0
2003	4,104	3,405	698	1
2004	4,117	3,435	678	4
2005	4,314	3,578	736	0
2006	4,277	3,563	713	1
2007	4,394	3,620	773	1
2008	4,681	3,817	864	0
2009	5,190	4,201	989	0
2010	5,012	4,091	921	0
2011	5,718	4,621	1,095	2
2012	5,549	4,470	1,076	3
2013	5,909	4,825	1,082	2
2014	6,337	5,080	1,257	0
2015	6,425	5,141	1,280	4
2016	6,370	5,181	1,187	2
Total	83,554	68,309	15,225	20
Fuente: Elaboración propia con datos de INEGI. Estadísticas de mortalidad. Base de datos, 2000-2016. [Consultada el 30 de diciembre del 2017].				

Fuente: Elaboración propia con datos de INEGI. Estadísticas de mortalidad. Base de datos, 2000-2016. [Consultada el 30 de diciembre del 2017].



Tabla 10. Suicidios en México por grupo quinquenal de edad, según sexo. 2016

	Hombre	Mujer	No especificado	Total
10-14 años	113	115	0	228
15-19 años	535	239	0	774
20-24 años	866	169	0	1,035
25-29 años	677	139	0	816
30-34 años	574	101	0	675
35-39 años	533	95	0	628
40-44 años	451	101	0	552
45-49 años	342	72	0	414
50-54 años	275	45	0	320
55-59 años	207	42	0	249
60-64 años	135	32	0	167
65-69 años	143	9	0	152
70-74 años	98	14	0	112
75-79 años	79	4	0	83
80-84 años	51	4	0	55
85 años y más	51	3	0	54
No especificado	51	3	2	56
Total	5,181	1,187	2	6,370

Fuente: Elaboración propia con datos de INEGI. Estadísticas de mortalidad. Base de datos, 2016. [Consultada el 30 de diciembre del 2017].

Tabla 11. Suicidio en jóvenes. 2000-2016

Año	15-19 años	20-24 años	25-29 años	15-29 años
2000	472	629	527	1,628
2001	536	640	525	1,701
2002	522	662	550	1,734
2003	548	691	564	1,803
2004	534	650	572	1,756
2005	536	680	611	1,827
2006	552	661	561	1,764
2007	523	687	587	1,797
2008	595	728	601	1,924
2009	703	717	655	2,075
2010	685	761	608	2,054
2011	859	916	716	2,491
2012	826	877	662	2,365
2013	780	875	748	2,403
2014	761	1,015	758	2,534
2015	861	1,010	788	2,659
2016	774	1,035	816	2,625

Fuente: Elaboración propia con datos de INEGI. Estadísticas de mortalidad. Base de datos, 2016. [Consultada el 30 de diciembre del 2017].

Tabla 12. Suicidio en México por tipo de método de consumación 2016

	Hombres	Mujeres	No especificado	Total
Ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación	4,259	884	2	5,145
Envenenamiento	300	217	0	517
Disparo de arma	455	36	0	491
No especificado	48	19	0	67
Objetos cortantes	58	7	0	65
Precipitación o caída	34	12	0	46
Ahogamiento y sumersión	11	5	0	16
Otro método	11	3	0	14
Arojarse o colocarse frente a objetos en movimiento	5	4	0	9
Total	5,181	1,187	2	6,370

Fuente: Elaboración propia con datos de INEGI. Estadísticas de mortalidad. Base de datos, 2016. [Consultada el 30 de diciembre del 2017].

Tabla 13. Suicidios en México según el nivel de escolaridad, por sexo 2016

	Hombres	Mujeres	No especificado	Total
Sin escolaridad	273	33	0	306
Preescolar	2	1	0	3
Primaria incompleta	647	102	0	749
Primaria completa	1,050	171	0	1,221
Secundaria incompleta	426	167	0	593
Secundaria	1,314	284	0	1,598
Bachillerato incompleto	326	109	0	435
Bachillerato completo	534	158	0	692
Profesional	337	118	0	455
Posgrado	21	5	0	26
No especificada	251	39	2	292
Total	5,181	1,187	2	6,370

Fuente: Elaboración propia con datos de INEGI. Estadísticas de mortalidad. Base de datos, 2016. [Consultada el 30 de diciembre del 2017].

Tabla 14. Suicidios en México por condición o actividad económica. 2016

	Hombre	Mujer	No especificado	Total
Con trabajo	3,885	306	0	4,191
Sin trabajo	1,068	844	0	1,912
No especificado	228	37	2	267
Total	5,181	1,187	2	6,370

Fuente: Elaboración propia con datos de INEGI. Estadísticas de mortalidad. Base de datos, 2016. [Consultada el 30 de diciembre del 2017].



Tabla 15. Iniciativas presentadas en materia de prevención de suicidio (2013-2017)

Legislatura	No.	Cámara de origen	Fecha de publicación en gaceta parlamentaria	Presenta	Descripción	Grupo parlamentario	Sub-clasificación	Estatus
LXIII (2015-2018)	1	Senado	09/11/17	Yolanda de la Torre Valdéz	Adiciona a la Ley General de Salud un inciso en el que declara parte de la salubridad general la prevención, detección, orientación y atención oportuna de trastornos y riesgos suicidas.	PRI	Ley Secundaria	Pendiente
	2	Comisión permanente	17/08/17	Evelyn Soraya Flores Carranza y diputados PVEM	Reforma la Ley General de los derechos de los niños, niñas y adolescentes, en materia de prevención del suicidio infantil.	PVEM	Ley Secundaria	Retirada
	3	Senado	20/04/17	Jorge Luis Lavalle Maury y Roberto Albores Gleason	Declara el 10 de septiembre el "Día Nacional para la Prevención del Suicidio".	PAN-PRI	Administrativo y de gobierno interior	Turnada a Cámara de Diputados
	4	Senado	16/02/17	Luisa María Calderón Hinojosa	Se reforman o adicionan artículos sobre la Ley General de Educación, la Ley General de Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes y la Ley General de Salud, que busca promover el trabajo conjunto de diferentes estancias gubernamentales que permitan un tratamiento transversal para la prevención de problemas de salud mental y suicidio.	PAN	Ley Secundaria	Pendiente
	5	Diputados	14/02/17	Adriana Terrazas Porras	Busca expedir la Ley General de prevención, atención y posvención del suicidio, como un problema de política pública con un enfoque biopsicosocial. Además de prestar atención a las personas en riesgo de cometer suicidio, promueve el seguimiento a los familiares, con el apoyo de conocimiento científico y epidemiológico, así como la participación comunitaria e institucional	PRI	Ley Secundaria	Pendiente

Legislatura	No.	Cámara de origen	Fecha de publicación en gaceta parlamentaria	Presenta	Descripción	Grupo Parlamentario	Sub-clasificación	Estatus
LXIII (2015-2018)	6	Diputados	03/02/16	Carla Karina Osuna Carranco	Reforma la Ley General de salud, que promueve la realización y promoción de programas de prevención de suicidio en niñas niños y adolescentes	PAN	Ley Secundaria	Pendiente
LXII (2012-2015)	7	Senado	12/02/15	María Elena Barrera Tapia	Adiciona a la Ley General de salud un apartado de facultades a la Secretaría de Salud, las instituciones de salud y los gobiernos de las entidades federativas, con el fin de desarrollar estrategias integrales de prevención de suicidio a través de la participación de sector social y privado.	PVEM	Ley Secundaria	Pendiente
	8	Diputados	17/09/14	Alfa Eliana González Magallanes	Reforma la Ley Orgánica de la Procuraduría General de la República, a través de la cual se pretende facultar al ministerio público (después de haber determinado la ocurrencia del suicidio) para notificar a la Secretaría de Salud, para que ésta, a través de los servicios de salud pública, brinde atención física, psicológica a los familiares y personas cercanas a la persona fallecida.	PRD	Ley Secundaria	Desechada
	9	Senado	08/04/14	Diva Hadamira Gastélum Bajo	Adiciona la Ley General de salud, la labor de prevención y control de suicidios en el país. Crea, por ello, el Programa Nacional Integral de Atención y Prevención del Suicidio, en el cual se estipula la realización de informes científicos sobre las causas y la dinámica en México, la especialización del tratamiento a personas en riesgo de cometer suicidio y difundir vías de comunicación que permitan identificar personas vulnerables en el país.	PRI	Ley Secundaria	Dictamen negativo

Legislatura	No.	Cámara de origen	Fecha de publicación en gaceta parlamentaria	Presenta	Descripción	Grupo Parlamentario	Sub-clasificación	Estatus
LXII (2012-2015)	10	Diputados	12/11/13	Gloria Bautista Cuevas	Precisa disposiciones en materia de salud mental en la Ley General de Salud. Entre otras propuestas ajenas al suicidio, sobresale la capacitación de pedagogos, psicólogos o profesionales para la adecuada canalización de problemas existenciales que provocan los problemas sociales, con el fin de prevenir suicidios y violencia.	PRD	Ley Secundaria	Retirada
	11	Senado	03/10/13	Lisbeth Hernández Lecona, Ivonne Liliana Álvarez García, Angélica del Rosario Araujo Lara, Margarita Flores Sánchez, María del Rocío Pineda Gochi y Mely Romero Celis	Reforma y adiciona a la Ley General de salud, para ahondar en materia de protección y prevención del suicidio desde la perspectiva de salud mental, estableciendo objetivos específicos dentro del Sistema Nacional de salud y definiendo las competencias del consejo de salubridad general en estos rubros. De esta manera, se pretende integrar los esfuerzos aislados de los diferentes estados en materia de promoción de salud mental y prevención del suicidio, homologándolos en una política pública federal en la participación conjunta de distintas instituciones, promoviendo la especialización del personal y generando seguimiento, valoración y tratamiento en unidades de atención primaria.	PRI	Ley Secundaria	Dictamen negativo
	12	Comisión Permanente	09/01/13	María de Trinidad Secundino Morales Vargas, Uriel Flores Aguayo y Silvino Blanco Deaquino	Adiciona a la Ley General de Salud, en materia de salubridad general, la prevención y atención del suicidio e intento de suicidio.	PRD	Ley Secundaria	Dictamen negativo

Legislatura	No.	Cámara de origen	Fecha de publicación en gaceta parlamentaria	Presenta	Descripción	Grupo Parlamentario	Sub-clasificación	Estatus
LXII (2012-2015)	13	Diputados	15/11/12	María Guadalupe Mondragón González	Adiciona a la Ley General de salud, la labor de prevención de trastornos mentales y comportamientos que desemboquen en conductas suicidas, a cargo de la Secretaría de Salud. En ella, busca apoyar la investigación en torno a la problemática y facultar a la Secretaría para realizar acciones programáticas y de prevención. A su vez, propone dotar a la Secretaría para generar disposiciones que permitan el control y vigilancia de trastornos mentales, a través de la utilización de indicadores epidemiológicos.	PAN	Ley Secundaria	Dictamen Negativo
	14	Diputados	27/09/12	Martha Leticia Sosa Govea	Reforma y adiciona la Ley General de salud y la Ley para la protección de niños, niñas y adolescentes, con lo cual se busca fomentar la creación de programas de prevención del suicidio, así como definir la responsabilidad de los padres-tutores y autoridades escolares a prestar atención a cualquier conducta patológica que pueda afectar la integridad y el pleno desarrollo del niño, niña o adolescente.	PAN	Ley Secundaria	Pendiente
LXI (2009-2012)	15	Diputados	08/09/11	Jaime Arturo Vázquez Aguilar	Declara la prevención del suicidio materia de salubridad general en la Ley General de Salud. Define la responsabilidad de captar, producir y procesar la información necesaria para planeación, programación, presupuestación y control del suicidio en el Sistema Nacional de Salud. Incluye el fomento de la prevención de tendencias suicidas en la educación para la salud y declara la responsabilidad de orientar y capacitar a la población sobre su prevención.	Independiente	Ley Secundaria	Dictamen negativo

Legislatura	No.	Cámara de origen	Fecha de publicación en gaceta parlamentaria	Presenta	Descripción	Grupo Parlamentario	Sub-clasificación	Estatus
LXI (2009-2012)	16	Senado	21/09/10	Felipe González González	Busca modificar y adicionar la Ley General de Salud para generar acuerdos de coordinación para la implementación de políticas públicas que prevengan el suicidio a través de estudios sobre factores de riesgo, protocolos de identificación, conservación y fomento de redes familiares y comunitarias, capacitación de médicos no psiquiatras, canalización adecuada de personas que presenten síntomas de factores de riesgo, atención y seguimiento a través del servicio de salud, establecer y apoyar centros de crisis y realizar un documento de disposiciones éticas dirigido a los medios de comunicación para el manejo responsable de información.	PAN	Ley Secundaria y desecheda	Desechada
LX (2006-2009)	17	Senadores	25/09/08	Martha Leticia Sosa Govea	Busca modificar la Ley General de educación con el fin de fomentar un ambiente educativo saludable, así como programas de apoyo que permitan encontrar estabilidad biopsicosocial. A la vez, busca adicionar a la Ley General de salud, el fomento a la salud mental a través de la prevención del suicidio. De la misma manera, busca adicionar a la Ley para la protección de los derechos de los niños, niñas y adolescentes la responsabilidad a quienes tengan la patria potestad de prestar atención a cualquier conducta que suponga la alteración emocional de algún tipo.	PAN	Ley Secundaria	Desechada

Legislatura	No.	Cámara de origen	Fecha de Publicación en gaceta parlamentaria	Presenta	Descripción	Grupo Parlamentario	Sub-Clasificación	Estatus
LIX (2003-2006)	18	Diputados	01/12/05	Yadira Serrano Crespo	Busca promover la salud mental en niños, niñas y en jóvenes, procurando atención inmediata a patologías que puedan conducirlos a conductas suicidas, adicionándolo a la Ley General de Salud.	PRD	Ley Secundaria	Dictamen Negativo

Fuente: Elaboración propia con información del Sistema Información Legislativa (SIL) (2017). Iniciativas que tratan el tema del suicidio. LIX, LX, LXI, LXII y LXIII Legislatura, 2003-2017. [Consultada el 8 de enero de 2018].



Dirección General de Análisis Legislativo
 Instituto Belisario Domínguez Senado de la República LXIII



Referencias

- AIPS (2013). *Suicidologi. Final Programme and Book of Abstracts*. The XXVII World Congress of the International Association for Suicide Prevention. Preventing suicidal behaviour on five continents – Innovative treatments and interventions. 18 (1) [Consultado el 20 de enero de 2018]. Disponible en: <https://goo.gl/ySJnoE>
- Borges, Guilherme, Orozco, Ricardo, Benjet, Corina & Medina-Mora, María Elena. (2010). *Suicidio y conductas suicidas en México: retrospectiva y situación actual*. Salud Pública de México, 52(4), 292-304. [Consultado el 5 de enero de 2018]. Disponible en: <https://goo.gl/BpVZNb>
- Comisión de Salud y Comisión de Estudios Legislativos (28 de noviembre de 2017). *Dictamen del proyecto de decreto por el que se declara el día 10 de septiembre de cada año como el “Día Nacional para la Prevención del Suicidio”*. Senado de la República Gaceta Parlamentaria. LXII/3P-PO-57/77375 [Consultado el 12 de enero de 2017]. Disponible en: <https://goo.gl/HJhzyu>
- Jasso Vargas, Rosalba (2010). *La dimensión espacial del suicidio y su vínculo con el mercado laboral*. (Tesis de maestría, El Colegio de México). México, D.F. Disponible en: <https://goo.gl/6FnuoY>
- Lavalle Maury, Jorge Luis y Albores Gleason, Roberto (20 de abril de 2017). *Proyecto de decreto que establece el 10 de septiembre de cada año como el Día Nacional para la Prevención del Suicidio*. Senado de la República. Disponible en: <https://goo.gl/LmTGyG>.
- OCDE (2014). “Suicide rates” en Health status. Paris: OECD Data. [Consultado el 27 de diciembre de 2017]. Disponible en: <https://goo.gl/KoDrba>
- (2017). *Health at a Glance 2017: OECD Indicators*. Paris: OECD Publishing. [Consultado el 2 de enero de 2018]. Recuperado de: <https://goo.gl/Z9S8gS>
- Presidencia de la República (2013a). *Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018*. México: Gobierno Federal [Consultado el 22 de enero de 2018]. Disponible en: <https://goo.gl/itEkVZ>
- (2013b). *Plan Sectorial de Salud*. México: Gobierno Federal [Consultado el 22 de enero de 2018]. Disponible en: <https://goo.gl/kohjfr>
- OMS (2012). Prevención del Suicidio (SUPRE). En Salud Mental. [Consultado el 21 de enero de 2018]. Disponible en: <https://goo.gl/dz4j7i>
- (2013). *Plan de Acción en Salud Mental 2013-2020*. Ginebra, Suiza. [Consultado el 20 de enero de 2018]. Disponible en: <https://goo.gl/Bil1jD>
- (2014). *Preventing suicide: a global imperative*. Luxemburgo [Consultado el 5 de enero de 2018]. Disponible en: <https://goo.gl/8dB8xT>
- Terrazas Porras, Adriana (14 de febrero de 2017). *Iniciativa que expide la Ley General de Prevención, Atención y Posvención del Suicidio*. Senado de la República [Consultado el 22 de diciembre de 2017]. Disponible en: <https://goo.gl/YAR6jE>



Mirada Legislativa

Mirada Legislativa No. 140

“El suicidio en México: Alternativas de atención, seguimiento y prevención desde el poder legislativo”.

Elaboración:

Ricardo Giovanni Zárate Rodríguez

Este documento no expresa de ninguna forma la opinión de la Dirección General de Análisis Legislativo, del Instituto Belisario Domínguez ni del Senado de la República.

La serie Mirada Legislativa es un trabajo académico cuyo objetivo es apoyar el trabajo parlamentario.

Números anteriores de la serie Mirada Legislativa pueden ser consultados en:

<http://bibliodigitalibd.senado.gob.mx>

Como citar este documento:

Zárate Rodríguez, Ricardo Giovanni “El suicidio en México: Alternativas de atención, seguimiento y prevención desde el poder legislativo”. Mirada Legislativa No. 140, Ciudad de México, Instituto Belisario Domínguez, Senado de la República, 41p.

Instituto Belisario Domínguez

Comité Directivo

Presidente Senador Manuel Bartlett Díaz
Secretario Senador Roberto Armando Albores Gleason
Secretario Senador Daniel Gabriel Ávila Ruiz
Secretario Senador Miguel Barbosa Huerta

Dr. Alejandro Navarro Arredondo
Director General de Análisis Legislativo

Mtra. Gabriela Ponce Sernicharo
Mtro. Cornelio Martínez López
Dr. Itzkuauhtli Benedicto Zamora Saenz
Mtra. Irma del Rosario Kánter Coronel
Mtro. Christian Uziel García Reyes
Dra. Carla Angélica Gómez Macfarland
Mtra. Lorena Vázquez Correa
Lic. María Cristina Sánchez Ramírez
Mtro. Israel Palazuelos Covarrubias

Diseño Editorial
Denise V. Mora

@IBDSenado IBDSenado www.senado.gob.mx/ibd/
Donceles No. 14, Centro Histórico,
C.P. 06020, Del. Cuauhtémoc,
Ciudad de México