

Prevención del suicidio: marco normativo nacional y provincial

Jorge Nicolás Lafferriere (*)

Sumario: I. Introducción.— II. La ley 26.657 de Salud Mental.— III. La ley 27.130 de Prevención del Suicidio.— IV. Adhesiones provinciales a la ley 27.130.— V. Balance conclusivo.

I. Introducción (**)

El suicidio es un problema complejo y multidimensional y su prevención involucra cuestiones vinculadas con la salud, la educación, la comunicación, la política familiar y la cultura. En este breve trabajo, me propongo analizar el marco normativo nacional y provincial que impulsa acciones para la prevención del suicidio.

Este tema se enmarca en las políticas públicas referidas a la salud mental y, en el específico de la prevención del suicidio, existe un interés público sustantivo en razón de la protección de la vida humana que justifica la adopción de medidas jurídicas para prevenir estas conductas. En efecto, la legislación en la materia se fundamenta en la protección del derecho individual a la vida y también en razón del bien común, como bien participado por la comunidad que permite que las personas, familias y asociaciones alcancen su perfección.

Este trabajo se concentra en el análisis de las normas jurídicas vigentes en la República Argentina y se estructura de la siguiente manera: en primer lugar, reseñaré las principales disposiciones de la ley 26.657 de Salud Mental que resultan un marco fundamental para el abordaje de la problemática del suicidio y su prevención. En

segundo lugar, analizaré las disposiciones de la ley 27.130 de Prevención del Suicidio, que es la norma fundamental en la materia a nivel nacional, con foco en las disposiciones generales y luego las disposiciones relacionadas con la prevención, la asistencia, la capacitación, la cobertura por el sistema de salud y otras cuestiones complementarias. En tercer lugar, estudiaré las leyes provinciales de adhesión a la ley nacional 27.130 y concluiré con unas reflexiones finales.

II. La ley 26.657 de Salud Mental

El 25 de noviembre de 2010 el Congreso Nacional sancionó la ley 26.657 de Salud Mental (BO 03/12/2010) que “tiene por objeto asegurar el derecho a la protección de la salud mental de todas las personas, y el pleno goce de los derechos humanos de aquellas con padecimiento mental que se encuentran en el territorio nacional, reconocidos en los instrumentos internacionales de derechos humanos, con jerarquía constitucional, sin perjuicio de las regulaciones más beneficiosas que para la protección de estos derechos puedan establecer las provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires” (art. 1°). Así, esta ley ofrece el marco normativo general para el tratamiento de los temas del suicidio.

Entre sus disposiciones relevantes para este tema se destaca el art. 7° que reconoce derechos a las personas con padecimientos mentales, entre ellos:

“a) Derecho a recibir atención sanitaria y social integral y humanizada, a partir del acceso gratuito, igualitario y equitativo a las prestaciones e insumos necesarios, con el objeto de asegurar la recuperación y preservación de su salud;...

(*) Profesor titular ordinario, Facultad de Derecho, Pontificia Universidad Católica Argentina. Profesor regular titular de Derecho Civil, Facultad de Derecho, Universidad de Buenos Aires.

(**) Este trabajo se inserta en el proyecto de investigación del Programa IUS “El derecho argentino ante la vulnerabilidad del paciente terminal” (Facultad de Derecho, Universidad Católica Argentina).

“c) Derecho a recibir una atención basada en fundamentos científicos ajustados a principios éticos;

“d) Derecho a recibir tratamiento y a ser tratado con la alternativa terapéutica más conveniente, que menos restrinja sus derechos y libertades, promoviendo la integración familiar, laboral y comunitaria;

“e) Derecho a ser acompañado antes, durante y luego del tratamiento por sus familiares, otros afectos o a quien la persona con padecimiento mental designe;

“f) Derecho a recibir o rechazar asistencia o auxilio espiritual o religioso;...

“i) Derecho a no ser identificado ni discriminado por un padecimiento mental actual o pasado; ...

“n) Derecho a que el padecimiento mental no sea considerado un estado inmodificable”.

En lo que interesa a este trabajo, la ley promueve “que la atención en salud mental esté a cargo de un equipo interdisciplinario integrado por profesionales, técnicos y otros trabajadores capacitados con la debida acreditación de la autoridad competente. Se incluyen las áreas de psicología, psiquiatría, trabajo social, enfermería, terapia ocupacional y otras disciplinas o campos pertinentes” (art. 8°). Ello resulta pertinente en función de las definiciones que luego veremos que realiza la ley 27.130 sobre la forma de abordaje del suicidio.

La ley 26.657 regula lo relativo a las internaciones voluntarias e involuntarias y ello resulta de importancia ante situaciones de intento de suicidio que signifiquen una crisis aguda y que pudieran dar lugar a una internación. La situación más extrema es la de internación involuntaria, que conforme a la ley 26.657 solo procede en caso de riesgo “cierto e inminente”. En este sentido, corresponde añadir que el dec. 603/2013 (BO 28/05/2013) dispone: “Entiéndese por riesgo cierto e inminente a aquella contingencia o proximidad de un daño que ya es conocido como verdadero, seguro e indubitable que amenace o cause perjuicio a la vida o integridad física de la persona o de terceros” (art. 20). De acuerdo con

el documento “Lineamientos para la atención de la urgencia en Salud Mental” publicado en 2013 por el Ministerio de Salud, “Se debe entender por riesgo cierto a la existencia de circunstancias graves que amenacen o causen perjuicio a la vida, la integridad física de sí mismo o de otras personas, de bienes propios o ajenos, en totalidad o en parte. Se entiende por inminente a aquellas situaciones y/o conductas negativas con altas probabilidades de suceder en un plazo perentorio” (1). El mismo documento continúa precisando los “criterios para evaluar potencial daño para sí mismo u otras personas” e incluye los siguientes: “Presencia de alucinaciones que ordenan daño o amenazas; Estado de desesperación con riesgo suicida: ideación suicida, plan concreto, actos de autoagresión; Vivencias de desesperanza: ausencia de proyectos o planes futuros, deterioro o pérdida de vínculos afectivos/ laborales/ sociales; Enfermedad terminal o crónica incapacitante; Episodios autolesivos previos (son ponderados más gravemente cuanto más letal haya sido el método elegido y sus consecuencias y cuanto más cercanos en el tiempo a la consulta actual); Incidentes significativos que puedan motivar la conducta de riesgo; Signos de violencia inminente/nivel creciente de agitación/ sensación subjetiva de descontrol/ impulsividad severa” (2).

La decisión de la ley 26.657 de establecer con rigor las excepcionales circunstancias en que puede realizarse una internación involuntaria va acompañada de una promoción de otras formas de abordaje, como surge del art. 11 que establece: “Art. 11. - La Autoridad de Aplicación debe promover que las autoridades de salud de cada jurisdicción, en coordinación con las áreas de educación, desarrollo social, trabajo y otras que correspondan, implementen acciones de inclusión social, laboral y de atención en salud mental comunitaria. Se debe promover el desarrollo de dispositivos tales como: consultas ambulatorias; servicios de inclusión social y laboral para personas después del alta institucional; atención domiciliaria supervisada y apoyo a las personas y grupos familiares y comunitarios; servicios para

(1) Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, “Lineamientos para la atención de la urgencia en salud mental”, Ministerio de Salud, Presidencia de la Nación, Buenos Aires, 2013, p. 24.

(2) Ibidem, p. 25.

la promoción y prevención en salud mental, así como otras prestaciones tales como casas de convivencia, hospitales de día, cooperativas de trabajo, centros de capacitación socio-laboral, emprendimientos sociales, hogares y familias sustitutas". Ahora bien, estos variados dispositivos no han sido desarrollados en los hechos y de allí que subsistan en la materia numerosos problemas vinculados con la disponibilidad efectiva de respuestas para las personas con padecimientos mentales ante situaciones de riesgo.

III. La ley 27.130 de Prevención del Suicidio

El 11 de marzo de 2015 se sancionó la ley 27.130 de Prevención del Suicidio (BO 08/04/2015), que tiene por objeto "la disminución de la incidencia y prevalencia del suicidio, a través de la prevención, asistencia y posvención" (art. 3°). La ley se estructura en 21 artículos divididos en 7 capítulos: "Disposiciones preliminares"; "Autoridad de aplicación"; "Prevención"; "Asistencia"; "Capacitación"; "Cobertura"; "Disposiciones finales". La ley fue reglamentada recién en 2021 por el dec. 603/2021 (BO 10/09/2021). Por su parte, la res. 1717/2022 del Ministerio de Salud de la Nación (BO 08/09/2022) crea el Programa de Abordaje Integral de la Problemática del Suicidio bajo la órbita de la Dirección Nacional de Salud Mental y adiciones dependiente de la Secretaría de Calidad en Salud.

III.1. Disposiciones generales

El primer artículo de la ley 27.130 de prevención del suicidio declara "de interés nacional en todo el territorio de la República Argentina, la atención biopsicosocial, la investigación científica y epidemiológica, la capacitación profesional en la detección y atención de las personas en riesgo de suicidio y la asistencia a las familias de víctimas del suicidio". A su vez, los objetivos de la ley surgen del art. 4°, a saber:

"a) El abordaje coordinado, interdisciplinario e interinstitucional de la problemática del suicidio;

"b) El desarrollo de acciones y estrategias para lograr la sensibilización de la población;

"c) El desarrollo de los servicios asistenciales y la capacitación de los recursos humanos;

"d) La promoción de la creación de redes de apoyo de la sociedad civil a los fines de la prevención, la detección de personas en riesgo, el tratamiento y la capacitación".

Junto con la precisión de los objetivos de la ley, en el art. 2° se incluyen dos definiciones, de modo que a los efectos de esta ley se considera: "a) Intento de suicidio: a toda acción autoinfligida con el objeto de generarse un daño potencialmente letal; b) Posvención: a las acciones e intervenciones posteriores a un evento autodestructivo destinadas a trabajar con las personas, familia o instituciones vinculadas a la persona que se quitó la vida".

Una de las características de esta ley, en línea con la ley 26.657 de Salud Mental, es promover el abordaje interdisciplinario de la temática. Sobre este punto, el dec. PEN 603/2021 ofrece precisiones en el art. 4°: "a) Se entiende por abordaje interdisciplinario lo establecido en los Capítulos V y VI de la ley nacional 26.657 de Salud Mental y en su Reglamentación, aprobada por el dec. 603 del 28 de mayo de 2013. El abordaje interinstitucional de la problemática de suicidio tendrá lugar ... a través de la Mesa de Trabajo Intersectorial para el abordaje sociocomunitario de la problemática del suicidio en población general con foco en adolescencias y juventudes. La Autoridad de Aplicación fomentará la creación y/o fortalecimiento de mesas intersectoriales e interministeriales en todas las jurisdicciones del país, replicando, de esta manera, el abordaje propuesto y respetando las realidades culturales de cada territorio".

La autoridad de aplicación de la ley es el Ministerio de Salud de la Nación (art. 5°). En cuanto a la existencia de organismos específicamente orientados a promover el cumplimiento de los objetivos de la ley, a nivel nacional, por res. 1717/2022 del Ministerio de Salud se crea el Programa de Abordaje Integral de la Problemática del Suicidio con 5 ejes: Rectoría, Prevención y promoción, Atención y posvención, Fortalecimiento del RRHH en Salud/Salud Mental, Sistemas de información y vigilancia epidemiológica.

A nivel provincial, en Chaco, por ley 7335 (2013) se crea el "Programa de prevención a personas en situaciones de crisis y riesgo suicida y de apoyo familiar". En Misiones, por ley XVII-103

(2018) se adhiere a la ley 27.130 y se crea el Centro de Asistencia a las Personas en Riesgo de Suicidio y Conductas Autodestructivas. En Entre Ríos, por ley 10.605 (2018) se adhiere a la ley 27.130 y se crea el Programa Entre Ríos valora la vida.

III.2. Prevención

En lo que hace a la prevención, la ley 27.130 señala como uno de los deberes de la autoridad de aplicación “b) Desarrollar campañas de concientización sobre factores de riesgo y generación de factores de protección a través de los medios masivos de comunicación y otros alternativos” (art. 7°, ley 27.130). En tal sentido, en la página de internet del Ministerio de Salud de la Nación, se publican folletos y volantes para ser utilizados en campañas de concientización.

Igualmente, la autoridad de aplicación deberá “c) Elaborar recomendaciones a los medios de comunicación sobre el abordaje responsable de las noticias vinculadas a suicidios y canales de ayuda disponibles, en consonancia con las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud” (art. 7°, ley 27.130). Complementariamente, el dec. PEN 603/2021 dispone en su art. 4°: “b) La Autoridad de Aplicación desarrollará acciones y estrategias para lograr la sensibilización de la población, a través de un tratamiento mediático de comunicación responsable, con información adecuada, basada en derechos, libre de prejuicios, estigmas y/o discriminación de los damnificados y las damnificadas y sus allegados directos o indirectos o allegadas directas o indirectas. Dichas estrategias deberán ser adecuadas a las realidades socioculturales locales. A tal fin, elaborará los documentos técnicos y generará espacios de trabajo sistemático con referentes de los medios de comunicación de alcance nacional, provincial y de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, la Defensoría del Público de Servicios de Comunicación Audiovisual, asociaciones de empresas y trabajadores y trabajadoras de medios de comunicación, universidades e instituciones de educación superior”.

Igualmente, el art. 7° del dec. PEN 603/2021 establece: “c) La Autoridad de Aplicación determinará las estrategias y acciones posibles en pos de lograr la visibilización del problema en la población, promoviendo el tratamiento mediático responsable que incluya información adecuada, basada en derechos, considerando los grupos etarios

en vulnerabilidad alta como los niños, las niñas, los y las adolescentes y las personas mayores”.

Otra acción de prevención es la habilitación de una línea telefónica gratuita. Es una medida que surge del art. 7° de la ley 27.130, que señala como deber de la autoridad de aplicación: “d) Habilitar una línea telefónica gratuita de escucha a situaciones críticas, cuyos operadores estarán debidamente capacitados en la atención en crisis y riesgo suicida y dotados de la información necesaria referida a una red de derivación y contención”. La puesta en marcha de la línea telefónica depende de las jurisdicciones, tal como surge del art. 7° del dec. PEN 603/2021: “d) La Autoridad de Aplicación trabajará en forma conjunta con cada una de las jurisdicciones para la puesta en funcionamiento o fortalecimiento de servicios de atención telefónica gratuitos para la atención en crisis y riesgo suicida. Los operadores telefónicos y las operadoras telefónicas deberán contar con formación previa en atención de crisis y riesgo suicida, supervisados y supervisadas y coordinados y coordinadas por la autoridad sanitaria local. Para su funcionamiento, la Autoridad de Aplicación suministrará una guía de lineamientos técnicos para ser adaptados a cada realidad local. En caso de que hubiese líneas telefónicas preexistentes para atención en crisis deberán estar bajo la supervisión de la autoridad sanitaria local registrando, relevando y siendo supervisadas periódicamente en su ejercicio”. El Programa de Abordaje Integral de la Problemática del Suicidio (res. 1717-2022 MSAL Nación), en su eje 3 (Atención y posvención) tiene como objetivo: 3.3. Promover la creación y/o fortalecimiento de líneas telefónicas jurisdiccionales gratuitas para la atención de situaciones críticas. A fines de 2023, la res. MS 4012/2023 (BO 01/12/2023) aprobó el documento “Consenso: recomendaciones para la atención telefónica de situaciones de crisis de salud mental y riesgo de suicidio”. En el anexo se detallan criterios sobre el proceso de atención telefónica, los objetivos, funciones y organización requeridos, las estrategias comunicacionales generales, los distintos momentos del llamado, y conclusiones generales.

III.3. Asistencia

Otro eje de acciones que surge de la ley 27.130 refiere a la asistencia integral a la persona que tuvo un intento de suicidio. A ello se refiere el

art. 8° cuando dispone: “Toda persona que realizó un intento de suicidio tiene derecho a ser atendida en el marco de las políticas de salud y la legislación vigente. El equipo de salud debe priorizar la asistencia de los niños, niñas y adolescentes sin ningún tipo de menoscabo o discriminación”. Complementariamente, el art. 9° establece: “Los efectores de salud deben ofrecer para la atención del paciente con intento de suicidio un equipo interdisciplinario conformado en los términos de la ley 26.657 de Salud Mental, asegurando el acompañamiento del paciente durante todas las etapas del proceso de tratamiento, rehabilitación y reinserción social y promoviendo la integración de los equipos de asistencia con miembros de la familia y la comunidad de pertenencia, por el plazo que aconseje el equipo asistencial especializado”.

Como sucede con muchas otras áreas de atención de salud, una de las acciones propias del Ministerio de Salud es dictar los protocolos de actuación, que a su vez requieren la adhesión de las distintas jurisdicciones. En esta materia, el art. 6° de la ley 27.130 señala como función de la autoridad de aplicación “b) La elaboración de un protocolo de intervención para los servicios del primer nivel de atención de salud y de los de emergencia hospitalaria, y un protocolo de coordinación entre los servicios de salud, la línea telefónica de emergencia y otros ámbitos comunitarios intervinientes”. Y por su parte, el art. 10 señala: “La autoridad de aplicación, en coordinación con las diferentes jurisdicciones, deberá elaborar y mantener actualizado un protocolo de atención del paciente con riesgo suicida o con intento de suicidio, que contenga la identificación de factores predisponentes, psicofísicos sociodemográficos y ambientales, a los fines de poder definir las estrategias de intervención”.

Hasta septiembre de 2023, las provincias que contaban con protocolos de actuación en suicidio (disponibles en internet) eran Chaco, Jujuy y Misiones.

Como sucede con otras normas jurídicas en salud, una de las claves para el cumplimiento de las disposiciones de las leyes es la asignación de partidas presupuestarias y la creación de cargos en las instituciones de salud. En este sentido, no encontramos muchas precisiones en la normativa nacional y la ley 27.130 se limita a sostener:

“Art. 11. - La autoridad de aplicación, en coordinación con las jurisdicciones debe asegurar los recursos necesarios para realizar la vigilancia epidemiológica en la comunidad, a través de la conformación y sostenimiento de servicios para este fin en el nivel de atención primaria de la salud”.

En cuanto a los servicios, entre las funciones de la autoridad de aplicación se encuentra la de “c) Llevar un registro de las instituciones, asociaciones, organizaciones no gubernamentales y profesionales del sector público, y privado, que cumplan con los estándares establecidos por la autoridad de aplicación” (art. 6°).

Una problemática que requiere especial atención es la de los intentos de suicidio de niños, niñas y adolescentes. El tema es tratado por la ley 27.130 que dispone: “Art. 12. - En el caso de tratarse del intento de suicidio de un niño, niña o adolescente, es obligatoria la comunicación, no denuncia, a la Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia o la autoridad administrativa de protección de derechos del niño que corresponda en el ámbito local, a los efectos de solicitar medidas de protección integral de derechos que se estimen convenientes”.

Complementariamente, el dec. PEN 603/2021 establece: “Art. 8°.- En caso de que la persona que haya intentado cometer un suicidio sea niña, niño o adolescente deben arbitrase los medios necesarios para preservar, restituir los derechos vulnerados y reparar sus consecuencias. Se debe dar respuesta enmarcada en el principio de corresponsabilidad e intersectorialidad, dando intervención a los órganos de aplicación de medidas de protección de derechos en el marco de la ley 26.061 y su modificatoria”. Y en el art. 12: “El servicio interviniente deberá comunicar al órgano administrativo de protección de derechos de niñas, niños y adolescentes que corresponda en el ámbito local, ya sea municipal, provincial o de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Solo en el caso que de dicha comunicación surgiera la presunción de un delito penal, linderó al intento autolesivo, el servicio ya sea público o privado, formulará la denuncia pertinente bajo los protocolos vigentes para niñas, niños y adolescentes... Para garantizar una estrategia corresponsable e integral en la protección y restitución de derechos, la autoridad administrativa de protección

de niñas, niños y adolescentes que corresponda en el ámbito local y/o la Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia dependiente del Ministerio de Desarrollo Social, en conjunto con la autoridad local de aplicación de la ley 27.130 que se reglamenta y organismos e instituciones del sistema de protección integral, evaluarán el contexto de vulneración de derechos, con vías a la implementación pertinente de un abordaje integral de protección durante la atención, acompañamiento, seguimiento y posvención. Ante un suicidio consumado en niñas, niños y/o adolescentes se garantizará la posvención con carácter integral, interdisciplinaria e intersectorial, teniendo en cuenta el impacto en la red social y afectiva cercana (referentes afectivos, pares, escuela, barrio, club y otros)” (art. 12 dec. PEN 603/2021).

III.4. Capacitación

La capacitación del personal de salud es otro de los ejes de la ley 27.130. En tal sentido, el art. 6° dispone que es una función de la autoridad de aplicación: “a) La capacitación de los recursos humanos en salud y educación para la detección de las personas en situación de riesgo a través de una formación sistemática y permanente”. Complementariamente, el art. 14 establece: “Las acciones de capacitación que desarrollará la autoridad de aplicación, en coordinación con las jurisdicciones, deberán contemplar las características propias del contexto sociocultural y serán un proceso sistemático y permanente”. Y por su parte, el art. 15 sostiene: “La capacitación incluirá un programa de formación a los trabajadores de la salud, educación, seguridad, justicia y contextos de encierro en las distintas áreas de prevención asistencial y posvención diseñando un espacio de capacitación continuo”.

En el campo de la reglamentación, el dec. PEN 603/2021 señala en el art. 7°: “a) Al efecto del desarrollo de planes de capacitación, destinados a los y las responsables de los ámbitos educativo, laboral, recreativo y en contextos de encierro, como así también para las áreas ministeriales que integran la Mesa de Trabajo Intersectorial para el abordaje sociocomunitario de la problemática del suicidio en población general con foco en adolescencias y juventudes y otros organismos de incumbencia en la problemática del suicidio, la Autoridad de Aplicación podrá suscribir convenios con Universidades, instituciones públicas

y privadas, colegios profesionales, organizaciones de la sociedad civil y otros organismos del Estado”. En sentido concordante, el art. 15 del mismo Decreto refiere que el programa de capacitación se elaborará a través de la Mesa de Trabajo Intersectorial y especifica: “La capacitación de los recursos humanos estará dirigida a integrantes de equipos de salud, de la comunidad educativa, de los medios de comunicación, de las fuerzas policiales, de seguridad y de custodia y de la comunidad en general. Se llevará a cabo mediante un plan de formación continua en abordaje de la problemática del suicidio, que la Autoridad de Aplicación elaborará con aportes de organismos gubernamentales y no gubernamentales y pondrá a disposición de todos los actores involucrados y todas las actoras involucradas en la temática. La propuesta de formación deberá favorecer la detección e intervención temprana del riesgo suicida, el abordaje intersectorial e interdisciplinario adecuado y el diagnóstico sociocomunitario para la atención, el seguimiento y la posvención. Asimismo, se capacitará en investigación y registro, con el fin de favorecer el seguimiento y evaluación de las acciones. La capacitación estará orientada en la modalidad comunitaria de atención, perspectiva de salud mental y derechos humanos establecida por la legislación vigente”.

En la Ley de Presupuesto Nacional 2023, dentro de la planilla correspondiente a Ministerio de Salud, el Programa 42 (Prevención y tratamiento de patologías específicas) incluye estas acciones: “Priorizar la temática del suicidio como problemática de salud pública mediante capacitaciones y la elaboración del Plan Nacional de Prevención del Suicidio, con sus respectivas guías y registros, de acuerdo a la ley 27.130”.

III.5. Cobertura

Uno de los temas centrales en la legislación de salud vinculada con asistencia de salud es el que se vincula con la cobertura de las prestaciones. En tal sentido, cabe recordar que el Estado Nacional tiene competencia en lo que concierne a la cobertura obligatoria que deben brindar las obras sociales nacionales y las empresas de medicina prepaga.

En la ley 27.130, el art. 16 dispone: “Las obras sociales enmarcadas en las leyes 23.660 y 23.661, la obra social del Poder Judicial de la Nación, la Dirección de Ayuda Social para el Personal del

Congreso de la Nación, las entidades de medicina prepa y las entidades que brinden atención al personal de las universidades, así como también todos aquellos agentes que brinden servicios médicos, asistenciales, a sus afiliados independientemente de la figura jurídica que posean, deben brindar cobertura asistencial a las personas que hayan sido víctimas de intento de suicidio y a sus familias, así como a las familias de víctimas de suicidio, que comprende la detección, el seguimiento y el tratamiento de acuerdo a lo establecido por la autoridad de aplicación”.

La redacción guarda similitud con otras leyes de salud, aunque cabe advertir que no se menciona al sector público ni al Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (PAMI).

Por su parte, el dec. PEN 603/2021 dispone: “Art. 16.- La Autoridad de Aplicación podrá establecer la cobertura de nuevas prestaciones o ampliar las existentes; las mismas deberán ser agregadas a las coberturas vigentes, incluyendo al Plan Médico Obligatorio (PMO), de los diferentes subsectores del sistema de salud Público, Privado y de Obras Sociales, respetando los lineamientos de la ley 26.657, como así también los estándares y recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y de las sociedades científicas pertinentes. No podrá dejarse sin cobertura, negar la atención sanitaria o discontinuar el tratamiento, tanto en episodios de crisis, como así tampoco en ninguna de las etapas del proceso mientras persista el riesgo suicida. Del mismo modo se desarrollarán dispositivos de promoción y prevención para efectivizar las políticas, planes y programas de prevención del suicidio y autolesiones”.

En el Programa Médico Obligatorio, regulado por res. 201/2002 del Ministerio de Salud y sus modificatorias, en el Anexo 1, se establece: “Este Programa de Salud se refiere al Conjunto de Prestaciones esenciales que deben garantizar los Agentes del Seguro a sus beneficiarios. Es de carácter obligatorio para los Agentes del Seguro de Salud, quienes no son meramente financiados del sistema, sino, y por sobre todo, responsables de la cobertura de salud de la población beneficiaria. Este anexo determina la cobertura básica que brindarán los Agentes del Seguro de Salud” Dentro del apart. 4, dedicado a la “salud mental”,

se dispone la cobertura de: “4.2. Actividades específicas que tienden a prevenir comportamientos que puedan generar trastornos y malestares psíquicos en temas específicos como la depresión, suicidio, adicciones, violencia, violencia familiar, maltrato infantil”.

Por su parte, el Programa de Abordaje Integral de la Problemática del Suicidio (res. 1717/2022 MSAL Nación), en su eje 3 (Atención y posvenición) tiene como objetivo: “3.2. Promover la ampliación del acceso a la cobertura prestacional en Salud Mental de personas con intento de suicidio y sus referentes afectivos”.

III.6. Otras disposiciones

Entre las otras acciones que promueve la ley 27.130 para la prevención del suicidio, hay que mencionar la referida al registro estadístico, que tiene importancia para un adecuado seguimiento de la problemática. En el art. 6° referido a las funciones de la autoridad de aplicación se establece que “[l]os casos de suicidio y las causas de los decesos, deben notificarse obligatoriamente a la autoridad sanitaria más próxima;” (art. 6.f).

Complementariamente, el Programa de Abordaje Integral de la Problemática del Suicidio (res. 1717-2022 MSAL Nación), en su eje 5 (Sistemas de información y vigilancia epidemiológica) tiene como objetivo: “5.2. Implementar un sistema de notificación sanitaria obligatoria de intentos de suicidio”.

A su vez, el art. 6° de la ley 27.130 establece como función de la autoridad de aplicación: “e) Crear un sistema de registro que contenga información estadística de los intentos de suicidios, suicidios cometidos, causa de los decesos, edad, sexo, evolución mensual, modalidad utilizada y todo otro dato de interés a los fines del mejoramiento de la información estadística, la que será proporcionada por los sectores dedicados a la problemática del suicidio, públicos y privados”.

Por su parte, el dec. PEN 603/2021 dispone en el art. 4°: “e) La Autoridad de Aplicación creará un sistema de registro de notificación obligatoria y promoverá que las Provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires unifiquen sus registros sobre suicidios e intentos de suicidios, teniendo en cuenta los circuitos legales y sanitarios que actualmente recopilan información. Tales registros deberán ser elaborados contemplando la

perspectiva de género, e incluir como mínimo las variables, categorías y parámetros establecidos por el Ministerio de Salud. El registro abordará la mortalidad y también la morbilidad por suicidios. La Autoridad de Aplicación podrá disponer de la utilización de los registros existentes, impulsando las modificaciones necesarias para la elaboración de estadísticas relacionadas con los suicidios”.

El deber de notificación va acompañado por un deber de confidencialidad, que surge del art. 13 de la ley 27.130 que dispone: “Art. 13. - Todas las personas que, en el marco de la asistencia y el tratamiento de un paciente que haya intentado suicidarse, hayan tomado contacto o conocimiento del mismo, estarán obligadas a la confidencialidad de la información”.

En cuanto a las partidas presupuestarias para cumplir con las acciones que surgen de la ley 27.130, el art. 18 dispone: “Art. 18. - Los gastos que demande el cumplimiento de la presente ley se atenderán con las partidas que anualmente se asignen a tal efecto en la jurisdicción del Ministerio de Salud”. El dec. PEN 603/2021 no reglamenta este artículo.

IV. Adhesiones provinciales a la ley 27.130

Al igual que en otras leyes de salud, el art. 19 de la ley 27.130 invita a las provincias y a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires a adherir a la ley. Al 31 de agosto de 2023, 20 jurisdicciones lo habían hecho y restaba la adhesión de Formosa, Mendoza, San Luis y Santiago del Estero.

A continuación, ofrezco un listado de las adhesiones provinciales a la ley 27.130:

Jurisdicción	Fecha BO	Número
Chaco	03/06/2015	Ley 7574
Tierra del Fuego	31/08/2015	Ley 1052
Corrientes	26/10/2015	Ley 6364
Salta	23/12/2015	Ley 7909
Chubut	24/12/2015	Ley I-570
Córdoba	07/07/2016	Ley 10.357
Jujuy	25/07/2016	Ley 5938
Tucumán	05/10/2016	Ley 8921
Catamarca	11/10/2016	Ley 5484
La Pampa	15/12/2017	Ley 3040
Neuquén	29/12/2017	Ley 3089
Buenos Aires	08/01/2018	Ley 14.991
Santa Cruz	07/06/2018	Ley 3594
Misiones	06/07/2018	Ley XVII-103
Entre Ríos	19/07/2018	Ley 10.605
La Rioja	30/10/2018	Ley 10.107
CABA	16/01/2019	Ley 6106
Santa Fe	29/01/2020	Ley 13.951
Río Negro	29/09/2022	Ley 5595
San Juan	03/10/2022	Ley 2405-Q

El análisis de estas leyes de adhesión permite llegar a las siguientes conclusiones:

- 10 provincias adhieren a ley nacional sin agregar ninguna disposición propia sustantiva en la ley, fuera de la mención a la autoridad de aplicación (Buenos Aires, Catamarca, Chubut, Córdoba, Corrientes, La Pampa, San Juan, Santa Fe, Tierra del Fuego, Tucumán).

- CABA adhiere a ley nacional y establece normativas propias sobre asistencia, capacitación, comunicación y presupuesto.

- Chaco había aprobado en 2013 la ley 7334 de creación del Programa de prevención a personas en situaciones de crisis y riesgo suicida y de apoyo familiar y luego adhiere a la ley nacional.

- Entre Ríos adhiere a ley nacional, crea un programa, e incorpora normas sobre asistencia, capacitación, comunicación y presupuesto.

- Jujuy adhiere a ley nacional y hace explícita mención a la cobertura por el sistema de salud local.

- La Rioja adhiere y agrega una norma referida a la inclusión de partidas en el Presupuesto.

- Misiones adhiere a ley nacional, crea un centro de asistencia, tiene normas explícitas sobre asistencia, comunicación y presupuesto. Además, fomenta la investigación y promueve acciones vinculadas con la producción de material educativo.

- Neuquén adhiere a ley nacional y tiene normas explícitas sobre cobertura e institución del día de la prevención.

- Río Negro adhiere a ley nacional y tiene normas propias sobre asistencia, capacitación, comunicación, presupuesto, registro estadístico, mesa intersectorial, e institución del día de prevención.

- Salta adhiere a ley nacional y tiene normas propias sobre cobertura por el sistema de salud y sobre presupuesto.

- Santa Cruz adhiere a ley nacional y tiene normas propias sobre cobertura. Además, tiene una ley sobre línea telefónica gratuita (ley 3697 del 2020).

V. Balance conclusivo

Al término de este trabajo recapitulo a continuación algunas conclusiones sobre el marco normativo referente a la prevención del suicidio:

- Argentina cuenta con un marco normativo que promueve un abordaje integral e interdisciplinario en materia de prevención del suicidio. En concreto, el legislador en Argentina optó por una ley nacional que busca: la cobertura por el sistema de salud de las prestaciones vinculadas con los intentos de suicidio y la atención a los familiares de víctimas de suicidio; acciones para promover un modelo de atención y abordaje interdisciplinario; el establecimiento de una autoridad de aplicación con el deber de impulsar acciones de prevención, capacitación y comunicación responsable; la creación de una obligación de comunicar todo suicidio o intento de suicidio; la creación de registros para contar con información epidemiológica confiable para tomar decisiones.

- La reglamentación de la ley 27.130 se demoró hasta el año 2021 y subsisten aspectos pendientes de implementación. El Programa de abordaje integral se creó en 2022.

- Con relación a la cobertura, la ley 27.130 omitió mencionar al sector público y al PAMI. Además, no se han realizado actualizaciones por Resolución ministerial para ajustar el PMO a las disposiciones de la ley 27.130, sobre todo en relacionado con la contención familiar.

- Se han generado documentos relevantes vinculados con la comunicación responsable de los medios masivos ante el suicidio.

- La ley 27.130 cuenta con una mayoritaria adhesión de las provincias y CABA.

- Entre las buenas prácticas de las provincias al momento de la adhesión sobresalen las provincias que han incluido normas sobre cobertura de prácticas por las obras sociales provinciales y el sector público.

- Existe una importante brecha entre la legislación y la realidad concreta de los servicios de salud, sobre todo en lo que concierne a mejoras a través de la creación de nuevos dispositivos, cargos para profesionales y disponibilidad de insumos y fármacos.