

**SENADO DE LA REPÚBLICA
DEL H. CONGRESO DE LA UNIÓN
LXVI LEGISLATURA**

La suscrita **Senadora Virginia Magaña Fonseca**, integrante del Grupo Parlamentario del Partido Verde Ecologista de México en la LXVI Legislatura del H. Congreso de la Unión, de conformidad con lo establecido en los artículos 71, fracción II de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 8, numeral 1, fracción I, 164 y 169 del Reglamento del Senado de la República, someto a la consideración de esta Honorable Asamblea la siguiente **INICIATIVA CON PROYECTO DE DECRETO POR EL QUE SE REFORMA LA FRACCIÓN XI DEL ARTÍCULO 73 Y SE ADICIONA UN ARTÍCULO 73 QUÁTER AL TÍTULO TERCERO DE LA LEY GENERAL DE SALUD, EN MATERIA DE PRIMEROS AUXILIOS PSICOLÓGICOS**, al tenor de la siguiente:

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

El suicidio constituye uno de los mayores retos de salud pública contemporáneos. La Organización Mundial de la Salud estima que cada año se suicidan alrededor de 800 mil personas en el mundo, lo que equivale a una muerte cada 40 segundos, y calcula que por cada suicidio consumado ocurren entre 10 y 20 intentos no letales¹. En Estados Unidos, el suicidio fue la décima causa de muerte en 2015, con 44,193 fallecimientos (una muerte cada 12 minutos) y las tasas generales aumentaron 28% entre 2000 y 2015.² México no es ajeno a esta tendencia. Aunque la tasa nacional de suicidio consumado se ha mantenido por debajo de la media mundial (11.4 frente a 4.1 por cada 100 mil habitantes), entre 1970 y 2007 dicha tasa aumentó 175%, principalmente a expensas de la población joven, en la que el suicidio ya constituye

¹ Goñi Sarriés y Zandio Zorrilla, "El suicidio: un reto para la prevención." *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 40(3), 2017, p. 335.

² Stone, Holland, Bartholow, Crosby, Davis y Wilkins, *Prevención del suicidio: Paquete técnico de políticas, programas y prácticas*. Atlanta: Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC), 2017, p. 7.

la tercera causa de muerte.³ Esta tendencia es consistente con lo observado a nivel internacional: la conducta autolesiva y el suicidio afectan de manera creciente a la población adolescente, en parte por el llamado "efecto contagio", agravado por el uso de nuevas tecnologías.⁴

El fenómeno tiene una expresión particularmente relevante en Guanajuato. Según las Estadísticas de Defunciones Registradas del INEGI, la entidad registró 558 suicidios en 2023 (cifra récord) y se ubicó en el cuarto lugar nacional; en 2024 la cifra bajó a alrededor de 460-466 casos,⁵ un descenso de 16% respecto al año anterior, aunque la tasa estatal (7.1 por cada 100 mil habitantes) permanece por arriba de la media nacional (6.9), y el estado se mantiene entre las cinco entidades con más casos del país.⁶ En perspectiva de una década, la cifra de 2024 sigue siendo 8.2% mayor que la registrada en 2014 (422 casos), pese al descenso puntual del último año.⁷

El dato más apremiante para esta iniciativa proviene de la población adolescente. De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (Ensanut), en 2022 el 5.8% de la población adolescente de Guanajuato reportó haberse autolesionado con intención de quitarse la vida, porcentaje que descendió a 4.4% en 2023; sin embargo, la brecha de género es alarmante: en 2022, 11.3% de las mujeres adolescentes reportó esta conducta, frente a solo 0.5% de los hombres adolescentes de la misma edad, y 57.1% de quienes lo reportaron señaló que el intento ocurrió en los últimos 12 meses.⁸ Estos datos evidencian que el entorno

³ Campillo-Serrano y Fajardo-Dolci, "Prevención del suicidio y la conducta suicida." *Gaceta Médica de México*, 157, 2021, p. 564.

⁴ Goñi Sarriés y Zandio Zorrilla, Op.Cit., P. 336.

⁵ INEGI, 2025, cifras preliminares

⁶ INEGI, EDR 2024, citado en Periódico AM, septiembre 2025.

⁷ Periódico AM, julio 2026

⁸ INEGI, Ensanut 2022-2023, citado en Periódico AM, diciembre 2024.

escolar —uno de los sectores prioritarios que contempla esta iniciativa— es precisamente donde se concentra el mayor riesgo entre la población más joven del estado.

La literatura especializada coincide en señalar que los programas preventivos existentes en México no han alcanzado los resultados esperados porque carecen de una definición de caso uniforme, mantienen un enfoque reduccionista centrado solo en la salud pública, y no logran salir del esquema tradicional de prevención primaria, secundaria y terciaria.⁹ Uno de los hallazgos más relevantes para esta iniciativa es que entre el 30% y el 50% de las personas que se suicidan había tenido contacto previo con algún médico o psiquiatra, lo que evidencia que las señales de alerta con frecuencia sí se manifiestan, pero no son debidamente identificadas por quienes rodean a la persona, "incluidos los propios médicos y el personal de salud".¹⁰ En el mismo sentido, se ha documentado que el contexto de urgencias suele ser el primer lugar de contacto de las personas con conducta suicida, y que el periodo inmediatamente posterior a esa atención es de especial riesgo, por lo que el seguimiento y la adherencia al sistema sanitario después de un intento se asocian con una reducción del riesgo de repetición.¹¹

El paquete técnico de la mayor autoridad en la materia —los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de Estados Unidos— identifica la "capacitación de personal de primera línea" como uno de los enfoques con mejor evidencia dentro de la estrategia de identificación de personas en riesgo.

Esta capacitación tiene el objetivo de instruir a maestros, entrenadores, personal de respuesta a emergencias y otras personas de la comunidad para identificar a

⁹ Campillo-Serrano y Fajardo-Dolci, Op.Cit., P. 565

¹⁰ Ibid, p. 566

¹¹ Goñi Sarriés y Zandio Zorrilla, 2017, Op.Cit., p. 336-337.

quienes podrían estar en riesgo de suicidio, responder de manera eficaz y facilitarles el acceso a servicios de tratamiento y apoyo.¹² Su implementación exitosa, señala el mismo documento, requiere del compromiso y la cooperación de diversos sectores (salud pública, educación, justicia, atención médica, servicios sociales y gobierno) y no solo del sector salud.¹³

La evidencia empírica sobre esta estrategia es contundente. El Programa Garrett Lee Smith para la Prevención del Suicidio, implementado en 50 estados y 50 tribus de Estados Unidos, incluyó como uno de sus componentes principales la capacitación de personal de primera línea.

Una evaluación multisitio encontró que los condados que implementaron esta capacitación tuvieron, un año después, tasas de suicidio juvenil significativamente menores que condados comparables sin la intervención —una reducción equivalente a 1 muerte por cada 100 mil jóvenes de 10 a 24 años, o aproximadamente 237 muertes evitadas entre 2007 y 2010—, así como una reducción significativa en los intentos de suicidio entre jóvenes de 16 a 23 años (4.9 intentos menos por cada mil jóvenes), lo que representa más de 79 mil intentos de suicidio potencialmente prevenidos en el periodo analizado.¹⁴

De manera similar, el programa de Capacitación en Destrezas Aplicadas de Intervención contra el Suicidio (ASIST), evaluado mediante un ensayo aleatorizado controlado en la Red Nacional de Prevención del Suicidio de Estados Unidos, mostró que las personas atendidas por consejeros capacitados bajo este modelo reportaron sentirse significativamente menos deprimidas, menos suicidas y más

¹² Stone et al., Op.Cit., P. 35.

¹³ Ibid, p. 7.

¹⁴ Ibid, p. 36-37.

esperanzadas al finalizar la llamada de auxilio, en comparación con quienes fueron atendidas por personal sin esa capacitación.¹⁵

La literatura reciente propone superar el esquema tradicional de prevención primaria-secundaria-terciaria mediante intervenciones diferenciadas por tipo de población: universales (dirigidas a la población general), selectivas (dirigidas a grupos de alto riesgo) y recomendadas (dirigidas a individuos de muy alto riesgo).¹⁶ Dentro de las intervenciones selectivas dirigidas a sectores específicos de la población, se identifican expresamente las campañas educativas escolares que permiten a los maestros identificar y ayudar a quienes se encuentran en crisis¹⁷ — el mismo principio que sustenta la figura de primeros auxilios psicológicos que se propone incorporar a la Ley General de Salud.

La evidencia científica y la experiencia comparada coinciden: la prevención del suicidio puede ser efectiva cuando se adopta una definición de caso clara y homogénea, se amplía la visión más allá del sector salud, y se opta por un modelo de intervención operativo, adecuado a la complejidad del fenómeno.¹⁸ Capacitar en primeros auxilios psicológicos a quienes tienen el primer contacto con personas en riesgo —personal educativo, de seguridad pública y de protección civil— no es una medida experimental: es una estrategia con evidencia consolidada, replicable a bajo costo mediante la infraestructura de capacitación que México ya tiene, y con el potencial de salvar vidas.

¹⁵ Idem

¹⁶ Campillo-Serrano y Fajardo-Dolci, Op.Cit., p. 567-568.

¹⁷ Idem

¹⁸ Idem

Fundamento constitucional de la reforma

De conformidad con el artículo 1o. constitucional, todas las personas gozarán de los derechos humanos reconocidos en la Constitución y en los tratados internacionales de los que el Estado mexicano sea parte, y las autoridades tienen la obligación de promover, respetar, proteger y garantizar dichos derechos conforme a los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad. Este mandato obliga al Congreso de la Unión a interpretar y desarrollar el derecho a la salud —incluida su dimensión mental— bajo el principio pro persona y en armonía con los instrumentos internacionales suscritos por México.

El artículo 4o., párrafo cuarto, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos establece que toda persona tiene derecho a la protección de la salud, y remite a la ley secundaria la definición de las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud. Si bien el texto constitucional vigente no menciona expresamente la salud mental, tanto la propia Ley General de Salud —cuyo artículo 1o. Bis define la salud como "un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades"— como la reforma de 2022 que estableció la salud mental y las adicciones como materia prioritaria de las políticas de salud (artículo 72, LGS), confirman que el Congreso ya ha interpretado que el mandato del artículo 4o. constitucional comprende la salud mental como componente inseparable del derecho a la salud.

Finalmente, el artículo 73, fracción XVI, de la Constitución otorga al Congreso de la Unión la facultad de legislar en materia de salubridad general, facultad expresamente referida por el propio artículo 4o. constitucional como base de la concurrencia entre la Federación y las entidades federativas. Esta fracción

constituye el fundamento competencial directo que permite al Congreso reformar la Ley General de Salud mediante la presente iniciativa.

Estándares internacionales: la salud mental como componente del derecho humano a la salud

El derecho humano a la salud está reconocido en el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), instrumento ratificado por México, como "el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental". La Observación General número 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la ONU (2000), que interpreta con autoridad el alcance de dicho artículo, establece que los Estados parte deben garantizar la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de los servicios de salud, sin que el componente mental de la salud pueda entenderse como secundario o accesorio al componente físico.

En el sistema interamericano, el artículo 10 del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales ("Protocolo de San Salvador"), también ratificado por México, reconoce que toda persona tiene derecho a la salud, "entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social", y compromete a los Estados parte a adoptar medidas concretas para garantizar ese derecho, incluida la atención primaria y la prevención de enfermedades.

En el plano de las políticas globales, la Organización Mundial de la Salud adoptó el Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013-2030, que sitúa la prevención del suicidio como una de sus metas centrales. De manera consistente, la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible —suscrita por México— establece en su meta 3.4 el compromiso de "reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no

transmisibles... y promover la salud mental y el bienestar", y adopta como indicador de cumplimiento el 3.4.2, definido precisamente como la tasa de mortalidad por suicidio. Esto significa que la prevención del suicidio no es solamente una prioridad de salud pública nacional, sino un compromiso internacional medible y con plazo determinado que el Estado mexicano ya ha asumido.

Contenido y alcance de la reforma

Para mayor claridad se presenta el siguiente cuadro comparativo:

Ley General de Salud	
TEXTO VIGENTE	PROPUESTA DE REFORMA
Artículo 73.- Los servicios y programas en materia de salud mental y adicciones, deberán privilegiar la atención comunitaria, integral, interdisciplinaria, intercultural, participativa, intersectorial, libre de violencias y con perspectivas de género y de derechos humanos desde el primer nivel de atención y los hospitales generales. La Secretaría de Salud, las instituciones de salud y los gobiernos de las entidades federativas, en coordinación con las autoridades competentes en cada materia, fomentarán y apoyarán:	
I. a X. ...	
XI. El desarrollo de acciones y programas para detectar, atender y prevenir el suicidio, y	XI. El desarrollo de acciones y programas para detectar, atender y prevenir el suicidio, así como la capacitación intersectorial en la

	materia, conforme a lo dispuesto en el artículo 73 Quáter de esta Ley, y
XII. ...	
Sin correlativo	Artículo 73 Quáter.- Para efectos de esta Ley, se entiende por Primeros Auxilios Psicológicos el conjunto de conocimientos y habilidades básicas que permiten identificar señales de alarma de riesgo suicida, brindar una primera respuesta de contención emocional y canalizar oportunamente a la persona afectada hacia los servicios especializados de salud mental. La Secretaría de Salud, en coordinación con la Secretaría de Educación Pública, el Sistema Nacional de Protección Civil y las instancias de seguridad pública, y con la participación de los gobiernos de las entidades federativas, deberá: I. Diseñar y mantener actualizado un protocolo nacional de capacitación en primeros auxilios psicológicos orientado a la prevención del suicidio, que incluya, como mínimo, los procesos de detección de señales de alarma, contención inmediata y canalización a servicios especializados; II. Garantizar que el personal de primer contacto de los sectores educativo, de seguridad pública y de

	protección civil, estatal y municipal, reciba dicha capacitación de manera periódica; III. Proveer a las autoridades educativas, de seguridad pública y de protección civil los materiales y lineamientos necesarios para replicar la capacitación entre el personal de nuevo ingreso, sin depender en cada ocasión de la autoridad sanitaria federal, y IV. Promover convenios con instituciones académicas, organizaciones de la sociedad civil y organismos internacionales especializados en prevención del suicidio, para el fortalecimiento continuo del protocolo a que se refiere la fracción I.
--	---

Impacto esperado

En el corto y mediano plazo, se espera que la presente reforma incremente la capacidad del personal de primer contacto —educativo, de seguridad pública y de protección civil— para detectar oportunamente señales de alarma de riesgo suicida, brindar una respuesta de contención inmediata y canalizar a la persona afectada hacia servicios especializados. Como se documentó en el apartado de evidencia, experiencias comparables de capacitación de personal de primera línea han mostrado reducciones medibles tanto en muertes como en intentos de suicidio entre

población joven,¹⁹ por lo que es razonable esperar un impacto similar si la capacitación se homologa y se extiende de manera sistemática en el territorio nacional.

En el plano institucional, la reforma tiene un costo de implementación reducido, pues no requiere crear infraestructura o contenidos técnicos nuevos: aprovecha la capacitación que la Secretaría de Educación Pública y la Comisión Nacional de Salud Mental y Adicciones ya ofrecen, y únicamente provee el mandato legal para que dicha capacitación deje de ser optativa y se vuelva obligatoria y homologada. Adicionalmente, coloca a México en una posición más sólida frente al cumplimiento del indicador 3.4.2 de la Agenda 2030 y frente a la armonización con entidades federativas —como Nuevo León— que ya han legislado en la materia.

Finalmente, se espera un impacto diferenciado positivo en las entidades con mayor incidencia del fenómeno, como Guanajuato, donde la tasa de suicidio se mantiene por arriba de la media nacional y donde la población adolescente —particularmente las mujeres adolescentes— presenta las proporciones más altas de autolesión con intención suicida. Al priorizar al sector educativo entre las poblaciones obligadas a capacitarse, la iniciativa incide directamente sobre el entorno donde se concentra el mayor riesgo entre la población más joven de esas entidades.

Por lo anteriormente expuesto, fundado y motivado, sometemos a la consideración de esta soberanía, la siguiente:

INICIATIVA CON PROYECTO DE DECRETO POR EL QUE SE REFORMA LA FRACCIÓN XI DEL ARTÍCULO 73 Y SE ADICIONA UN ARTÍCULO 73 QUÁTER AL TÍTULO TERCERO DE LA LEY GENERAL DE SALUD, EN MATERIA DE PRIMEROS AUXILIOS PSICOLÓGICOS

¹⁹ (Stone et al., 2017, p. 36-37)

ÚNICO. Se reforma la fracción XI del artículo 73 y se adiciona un artículo 73 Quáter a la Ley General de Salud para quedar como sigue:

Artículo 73.- ...

I. a X. ...

XI. El desarrollo de acciones y programas para detectar, atender y prevenir el suicidio, así como la capacitación intersectorial en la materia, conforme a lo dispuesto en el artículo 73 Quáter de esta Ley, y

XII. ...

Artículo 73 Quáter.- Para efectos de esta Ley, se entiende por Primeros Auxilios Psicológicos el conjunto de conocimientos y habilidades básicas que permiten identificar señales de alarma de riesgo suicida, brindar una primera respuesta de contención emocional y canalizar oportunamente a la persona afectada hacia los servicios especializados de salud mental.

La Secretaría de Salud, en coordinación con la Secretaría de Educación Pública, el Sistema Nacional de Protección Civil y las instancias de seguridad pública, y con la participación de los gobiernos de las entidades federativas, deberá:

I. Diseñar y mantener actualizado un protocolo nacional de capacitación en primeros auxilios psicológicos orientado a la prevención del suicidio, que incluya, como mínimo, los procesos de detección de señales de alarma, contención inmediata y canalización a servicios especializados;

II. Garantizar que el personal de primer contacto de los sectores educativo, de seguridad pública y de protección civil, estatal y municipal, reciba dicha capacitación de manera periódica;

III. Proveer a las autoridades educativas, de seguridad pública y de protección civil los materiales y lineamientos necesarios para replicar la capacitación entre el personal de nuevo ingreso, sin depender en cada ocasión de la autoridad sanitaria federal, y

IV. Promover convenios con instituciones académicas, organizaciones de la sociedad civil y organismos internacionales especializados en prevención del suicidio, para el fortalecimiento continuo del protocolo a que se refiere la fracción I.

TRANSITORIOS

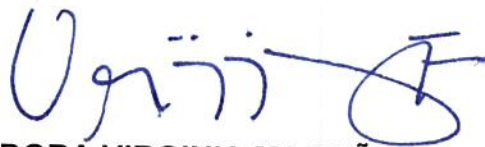
Primero. El presente Decreto entrará en vigor el día siguiente al de su publicación en el Diario Oficial de la Federación.

Segundo. La Secretaría de Salud contará con un plazo de ciento ochenta días naturales, contados a partir de la entrada en vigor del presente Decreto, para emitir el protocolo nacional de capacitación en primeros auxilios psicológicos a que se refiere el artículo 73 Quáter, fracción I.

Tercero. Las entidades federativas contarán con un plazo de ciento ochenta días naturales, a partir de la publicación del protocolo referido en el artículo transitorio anterior, para armonizar su legislación local e iniciar, en su caso, la implementación de las capacitaciones correspondientes.

Cuarto. La ejecución de las disposiciones contenidas en el presente Decreto se sujetará a la disponibilidad presupuestaria de las dependencias y entidades involucradas, por lo que no se autorizarán mayores transferencias presupuestarias para el ejercicio fiscal en curso.

Salón de Sesiones del Senado de la República del Honorable Congreso de la Unión,
a 8 de septiembre de 2026.



**SENADORA VIRGINIA MAGAÑA FONSECA,
INTEGRANTE DEL GRUPO PARLAMENTARIO DEL
PARTIDO VERDE ECOLOGISTA DE MÉXICO**