



**DIP. OLIVIA GARZA DE LOS SANTOS
PRESIDENTA DE LA MESA DIRECTIVA
DEL H. CONGRESO DE LA CIUDAD DE MÉXICO.
III LEGISLATURA
PRESENTE**

P R E S E N T E

La que suscribe, Diputada Luisa Fernanda Ledesma Alpízar, integrante del Grupo Parlamentario de Movimiento Ciudadano en la Tercera Legislatura del Honorable Congreso de la Ciudad de México, con fundamento en lo dispuesto por los artículos 122, apartado A, fracción II de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; apartado D) del artículo 29 de la Constitución Política de la Ciudad de México; fracción XXXVIII del artículo 4, artículo 12 fracción II y artículo 13 fracción IX de la Ley Orgánica del Congreso de la Ciudad de México; y artículo 5 fracción I y 120 del Reglamento del Congreso de la Ciudad de México, someto a la consideración del Pleno de este Poder Legislativo, la siguiente:

PROPOSICIÓN CON PUNTO DE ACUERDO POR EL QUE SE EXHORTA RESPETUOSAMENTE A LA SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO A REVISAR, FORTALECER Y HOMOLOGAR LOS MECANISMOS DE IDENTIFICACIÓN, VALORACIÓN PRIORITARIA, ATENCIÓN, CANALIZACIÓN Y SEGUIMIENTO DE PERSONAS QUE PRESENTEN SEÑALES DE RIESGO SUICIDA EN LOS SERVICIOS DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO

Al tenor de los siguientes:

ANTECEDENTES



El suicidio constituye un problema de salud pública complejo que requiere respuestas integrales, continuas, coordinadas y oportunas; su prevención no puede reducirse a una sola acción ni descansar exclusivamente en campañas de sensibilización, difusión de información o promoción de la salud mental; estas herramientas son indispensables para combatir el estigma, generar conciencia, favorecer la detección temprana y promover la búsqueda de ayuda; sin embargo, la política pública de prevención también debe preguntarse qué ocurre después de que una persona reconoce que necesita apoyo y decide acercarse a una institución para solicitarlo.

Esta cuestión adquiere especial relevancia cuando existen señales que permiten advertir un posible riesgo suicida; en estos casos, la oportunidad de la respuesta institucional puede convertirse en un componente fundamental de la atención; la Organización Mundial de la Salud, reconoce al suicidio como un importante problema de salud pública y señala que cada año más de 720 mil personas mueren por esta causa en el mundo; asimismo, identifica al suicidio como la tercera causa de muerte entre las personas de 15 a 29 años a nivel global.

Estos datos muestran que no se trata de una problemática marginal ni aislada, sino de un fenómeno que demanda intervenciones públicas basadas en evidencia, particularmente entre adolescentes y personas jóvenes; en México, la información disponible permite dimensionar también la importancia del problema; de acuerdo con información del Instituto Nacional de Estadística y Geografía correspondiente a 2024, se registraron 8 mil 856 defunciones por suicidio entre personas de 10 años y más, lo que representó una tasa de 6.8 por cada 100 mil habitantes; entre las personas de 15 a 29 años, la tasa fue de 10.2 por cada 100 mil habitantes, mientras que en la Ciudad de México, la tasa general fue de 6.1.

Las cifras permiten dimensionar el fenómeno, pero no explican por sí mismas su complejidad; el suicidio no responde ordinariamente a una sola causa y no debe reducirse automáticamente a un diagnóstico, una circunstancia familiar, una ruptura afectiva, una dificultad económica, un problema académico o cualquier otro



acontecimiento aislado; los factores asociados pueden ser múltiples y relacionarse entre sí, por lo que su prevención requiere igualmente respuestas capaces de actuar desde distintos ámbitos.

La Organización Mundial de la Salud, sostiene que los suicidios pueden prevenirse mediante intervenciones oportunas, basadas en evidencia y articuladas dentro de estrategias multisectoriales; entre las intervenciones fundamentales de su enfoque LIVE LIFE se encuentra la identificación temprana, evaluación, manejo y seguimiento de las personas afectadas por conductas suicidas.

Este componente resulta particularmente relevante para el presente Punto de Acuerdo, pues permite distinguir entre dos momentos de la política de prevención; el primero consiste en generar las condiciones para que una persona pueda reconocer que necesita ayuda, conozca los servicios disponibles y encuentre menos obstáculos sociales o culturales para solicitar atención; el segundo comienza cuando esa persona efectivamente entra en contacto con una institución.

En ese segundo momento, la capacidad de respuesta resulta fundamental; la Organización Mundial de la Salud ha desarrollado, mediante el Programa de Acción para Superar las Brechas en Salud Mental, herramientas dirigidas a fortalecer la identificación, evaluación y atención de condiciones prioritarias de salud mental; entre ellas se contempla específicamente la evaluación de personas que presentan autolesiones o riesgo de suicidio y la necesidad de determinar, conforme a las circunstancias particulares, cuándo existe preocupación por un riesgo inminente que requiere una respuesta prioritaria.

Este enfoque parte de una consideración básica: no todas las solicitudes de atención en salud mental presentan las mismas características ni requieren necesariamente la misma respuesta institucional; una persona puede acudir a solicitar atención por ansiedad, estrés, síntomas depresivos, dificultades familiares, problemas emocionales o diversas situaciones que requieren acompañamiento profesional; todas estas necesidades merecen atención y ninguna debe minimizarse; sin embargo, puede existir un escenario distinto cuando durante ese primer contacto se advierten señales que hacen necesario valorar de manera



prioritaria la posible existencia de un riesgo para la vida.

Distinguir ambas situaciones no significa establecer desde el Congreso diagnósticos médicos ni sustituir el criterio de las personas profesionales de la salud; tampoco significa afirmar que toda persona que presente determinada señal debe ser hospitalizada o sometida automáticamente a una misma intervención; significa reconocer que el sistema debe contar con mecanismos que permitan identificar oportunamente cuándo una solicitud de atención requiere una valoración prioritaria y cuál es la ruta institucional que corresponde activar conforme al nivel de riesgo que determine el personal competente.

La Secretaría de Salud de la Ciudad de México, ha desarrollado diferentes acciones relacionadas con salud mental y prevención del suicidio; durante 2026 informó que se habían proporcionado servicios de salud mental a más de 1.2 millones de personas entre estudiantes, docentes y responsables de crianza; asimismo, reportó la identificación y acompañamiento de 579 emergencias emocionales y anunció el fortalecimiento de la estrategia mediante servicios telefónicos disponibles las 24 horas, centros para el cuidado de las emociones y nuevas herramientas preventivas.

Bajo esa tesitura, la presente proposición tiene como finalidad el que la Secretaría de Salud, como autoridad especializada, revise integralmente los mecanismos existentes y determine si éstos se encuentran suficientemente homologados, articulados y conocidos por quienes pueden constituir el primer contacto de una persona que atraviesa una crisis; la necesidad de fortalecer la capacidad de respuesta adquiere mayor importancia frente al incremento de solicitudes de apoyo relacionadas con riesgo suicida.

Datos elaborados por el Consejo Ciudadano para la Seguridad y Justicia de la Ciudad de México, muestran un crecimiento considerable de las atenciones relacionadas con riesgo suicida durante los últimos años, con una presencia relevante de adolescentes y personas jóvenes entre quienes solicitan apoyo.

El incremento de las solicitudes puede interpretarse también como resultado de una mayor disposición de las personas para hablar de salud mental y pedir ayuda, lo



cual representa un avance frente al silencio y al estigma que durante años rodearon estas problemáticas; sin embargo, precisamente porque se busca que más personas soliciten apoyo, resulta indispensable fortalecer simultáneamente la capacidad institucional para responder cuando finalmente lo hacen.

PROBLEMÁTICA

Las políticas públicas de salud mental han avanzado considerablemente en la necesidad de sensibilizar, informar y promover que las personas soliciten ayuda cuando atraviesan una crisis; el reto siguiente consiste en garantizar que esa búsqueda de ayuda encuentre una respuesta institucional acorde con el nivel de riesgo que presenta cada persona; una consulta ordinaria de salud mental y una situación en la que existen señales de posible riesgo suicida requieren ser diferenciadas oportunamente mediante una valoración realizada por personal competente.

El problema no radica en que una sea importante y la otra no; toda necesidad de salud mental merece atención; la diferencia se encuentra en la prioridad que puede requerirse cuando existen elementos que permitan advertir un posible riesgo para la integridad o la vida de la persona; por ello cuando alguien atraviesa una crisis y finalmente decide pedir ayuda, el primer contacto con el sistema adquiere especial importancia; ese contacto puede ocurrir en diferentes espacios y con diferentes perfiles de personal; por ello, resulta indispensable que existan criterios suficientemente claros para reconocer cuándo una situación requiere valoración prioritaria, quién debe realizarla, cuál es la ruta que debe activarse y a qué servicio corresponde canalizar a la persona conforme al nivel de riesgo identificado.

La ausencia de criterios suficientemente homologados, o su desconocimiento por parte de quienes participan en el primer contacto, puede producir respuestas distintas ante circunstancias semejantes, retrasos en la canalización o incertidumbre respecto de cuál es la actuación institucional que corresponde; el



propósito de homologar mecanismos no consiste en convertir a todo servidor público en especialista en salud mental; tampoco pretende trasladar decisiones clínicas a personal que no cuente con preparación profesional para realizarlas.

Por el contrario, una adecuada ruta de atención debe delimitar responsabilidades; quien realiza el primer contacto debe contar con herramientas para reconocer señales que ameriten una valoración prioritaria y conocer el mecanismo para activarla; la valoración especializada deberá corresponder al personal profesional competente; a partir de ella deberá determinarse, conforme a las circunstancias particulares, la atención, canalización o intervención correspondiente.

De esta manera, el sistema puede funcionar como una ruta y no como una serie de servicios aislados; la valoración prioritaria tampoco debe confundirse automáticamente con hospitalización; la respuesta ante una situación de riesgo suicida debe individualizarse y depender de la valoración profesional correspondiente; existen escenarios en los que puede ser necesaria una referencia urgente a servicios especializados y otros en los que resulten procedentes distintas medidas de atención, acompañamiento, vinculación con redes de apoyo y seguimiento.

Precisamente por ello, la propuesta no pretende establecer desde el Poder Legislativo una clasificación clínica ni determinar qué intervención corresponde a cada nivel de riesgo; esa tarea debe permanecer en el ámbito técnico de la autoridad sanitaria y de las personas profesionales competentes; lo que corresponde al Congreso es señalar una necesidad de política pública: que el sistema cuente con mecanismos claros, homologados y conocidos para identificar oportunamente el riesgo y activar la respuesta que técnicamente corresponda.

La problemática tampoco termina con la primera intervención; la prevención del suicidio requiere considerar la continuidad de la atención; dependiendo de las circunstancias particulares, una persona puede requerir seguimiento, nueva valoración, canalización a servicios especializados, atención psicológica o



psiquiátrica, acompañamiento y vinculación con otras redes institucionales o comunitarias.

Por ello, fortalecer únicamente la detección sin revisar las rutas posteriores dejaría incompleta la respuesta; la propuesta plantea entonces una secuencia integral: identificación, valoración prioritaria, atención, canalización y seguimiento; cada uno de estos componentes responde a una pregunta concreta: cómo reconocer que una persona puede encontrarse en riesgo; cómo determinar profesionalmente la gravedad de ese riesgo; qué respuesta corresponde proporcionar; a qué servicio debe canalizarse cuando sea necesario; y cómo procurar continuidad después de la primera intervención.

Este enfoque permite avanzar más allá de la sensibilización sin restarle importancia; las campañas pueden contribuir a que una persona reconozca que necesita ayuda; la reducción del estigma puede facilitar que decida solicitarla; la difusión de servicios puede permitirle saber a dónde acudir; pero todo ese esfuerzo pierde parte de su eficacia si, cuando la persona finalmente llega, el sistema no logra distinguir oportunamente que su situación requiere una valoración prioritaria.

En ese sentido, el presente Punto de Acuerdo busca fortalecer el eslabón que conecta la búsqueda de ayuda con la respuesta institucional; si existe un posible riesgo para la vida, la atención de salud mental no puede ser tratada simplemente como una cita ordinaria sin que previamente exista una valoración que permita determinar el nivel de riesgo y la respuesta que corresponde.

CONSIDERANDOS

PRIMERA. El derecho a la protección de la salud comprende la salud mental y exige



a las autoridades desarrollar acciones de promoción, prevención, atención y recuperación dentro del ámbito de sus respectivas competencias. La protección de este derecho no puede entenderse exclusivamente como disponibilidad formal de servicios. La oportunidad, accesibilidad, continuidad y adecuación de la atención constituyen elementos relevantes para que la respuesta pública sea efectiva.

SEGUNDA. La prevención del suicidio constituye una responsabilidad que requiere intervenciones integrales y multisectoriales. La Organización Mundial de la Salud reconoce expresamente la identificación temprana, evaluación, manejo y seguimiento de las personas afectadas por conductas suicidas como una de las intervenciones fundamentales de prevención. Por ello, fortalecer los mecanismos de valoración prioritaria no representa una medida aislada, sino una acción congruente con un modelo integral de prevención.

TERCERA. La existencia de mecanismos de valoración prioritaria permite reconocer que dentro de la atención de salud mental pueden presentarse diferentes niveles de necesidad y urgencia. Establecer esa diferenciación no implica minimizar las consultas ordinarias ni establecer jerarquías entre padecimientos; su finalidad consiste en garantizar que una posible situación de riesgo para la vida sea identificada oportunamente y valorada por personal competente antes de determinar la respuesta correspondiente.

CUARTA. La homologación de criterios puede contribuir a proporcionar mayor certeza tanto a las personas usuarias como al personal de salud; un mecanismo homologado permite establecer qué señales ameritan activar una valoración, quién debe realizarla, cuáles son las rutas de canalización disponibles y qué acciones deben adoptarse conforme a la valoración profesional correspondiente. Asimismo, facilita la capacitación del personal y permite reducir la dependencia de criterios improvisados o respuestas distintas entre servicios frente a situaciones comparables.



QUINTA. La homologación no debe confundirse con automatización; el riesgo suicida es complejo y debe ser evaluado individualmente; por ello, cualquier mecanismo que fortalezca la Secretaría de Salud deberá preservar el juicio clínico, considerar las características particulares de cada persona y evitar respuestas uniformes que no correspondan a sus necesidades.

SEXTA. Resulta necesario fortalecer el primer contacto; una persona en crisis no necesariamente conoce la estructura del sistema de salud ni puede identificar por sí misma qué nivel de atención necesita; es responsabilidad de las instituciones contar con mecanismos que permitan orientarla y canalizarla adecuadamente; por ello, el personal que pueda constituir ese primer contacto debe conocer las señales que ameritan activar una valoración prioritaria y la ruta institucional que corresponde seguir, sin asumir funciones clínicas para las que no se encuentre facultado.

SÉPTIMA. La atención prioritaria no equivale necesariamente a hospitalización; la intervención debe determinarse a partir de una valoración individual y profesional; en determinados casos podrá requerirse referencia urgente; en otros, atención especializada ambulatoria, acompañamiento, vinculación con redes de apoyo u otras medidas; la finalidad del mecanismo de valoración consiste precisamente en evitar tanto la subestimación como las respuestas automáticas que no correspondan a las características del caso.

OCTAVA. El seguimiento debe formar parte de la ruta de atención; la primera intervención puede contener una crisis inmediata, pero la prevención requiere considerar qué sucede después; cuando la valoración profesional determine la necesidad de continuidad, deben existir mecanismos claros para facilitarla.

NOVENA. La Secretaría de Salud de la Ciudad de México cuenta con experiencia y acciones desarrolladas en materia de salud mental y prevención del suicidio. El objeto de la presente proposición no consiste en sustituir dichas políticas, sino en fortalecerlas mediante una revisión técnica de los mecanismos actualmente



existentes y su eventual homologación.

Esta formulación respeta las atribuciones de la autoridad sanitaria, pues no impone desde el Congreso un instrumento clínico específico, sino que solicita a la dependencia especializada valorar técnicamente las herramientas y rutas existentes y fortalecerlas cuando resulte necesario.

DÉCIMA. La conmemoración del Día Mundial para la Prevención del Suicidio constituye una oportunidad para reflexionar no solamente sobre la importancia de hablar de salud mental, sino sobre la capacidad institucional de responder.

Durante años ha sido indispensable decir a las personas que pedir ayuda es válido. Ese mensaje debe continuar y fortalecerse.

DÉCIMA PRIMERA. El fortalecimiento de estos mecanismos puede además contribuir a una política pública más uniforme y evaluable; contar con criterios y rutas homologadas permite capacitar de manera más consistente, identificar áreas de oportunidad, revisar los procesos de canalización y favorecer la continuidad entre distintos niveles y servicios de atención.

Con base en lo anterior expuesto y fundado, se propone ante el pleno de este Honorable Congreso de la Ciudad de México, la siguiente:

PROPOSICIÓN CON PUNTO DE ACUERDO POR EL QUE SE EXHORTA



**RESPECTUOSAMENTE A LA SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE
MÉXICO A REVISAR, FORTALECER Y HOMOLOGAR LOS MECANISMOS DE
IDENTIFICACIÓN, VALORACIÓN PRIORITARIA, ATENCIÓN, CANALIZACIÓN Y
SEGUIMIENTO DE PERSONAS QUE PRESENTEN SEÑALES DE RIESGO
SUICIDA EN LOS SERVICIOS DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO**

Palacio Legislativo de Donceles, a los 10 días del mes de septiembre de 2026.

ATENTAMENTE

Luisa Fernanda Ledesma Alpízar

Dip. Luisa Fernanda Ledesma Alpízar