En diversas fechas fueron presentadas a esta LXX Legislatura del Estado, iniciativas de Decreto: **la primera**, presentada por las y los CC. Diputadas y Diputados Alejandro Mojica Narvaez, Joel Corral Alcantar, Gerardo Galaviz Martínez, Silvia Patricia Jiménez Delgado, Verónica Pérez Herrera y Fernando Rocha Amaro, integrantes del Grupo Parlamentario del Partido Acción Nacional de la LXIX Legislatura, por la que se expide la Ley para la Prevención, Asistencia y Posvención del Suicidio para el Estado de Durango; **la segunda,** presentada por las y los CC. Diputados Ernesto Abel Alanís Herrera, Sughey Adriana Torres Rodríguez, Noel Fernández Maturino, Celia Daniela Soto Hernández, Iván Soto Mendía, María del Rocío Rebollo Mendoza y Ana María Durón Pérez, integrantes del Grupo Parlamentario del Partido Revolucionario Institucional de la LXX Legislatura, por la que se reforman y adicionan diversas disposiciones de la Ley de Salud Mental para el Estado de Durango, en materia de periodismo responsable sobre conducta suicida, protocolos de actuación para medios de comunicación y posvención para familiares sobrevivientes; y, **la tercera** presentada por las y los CC. Diputados y Diputadas Sandra Lilia Amaya Rosales, Héctor Herrera Núñez, Georgina Solorio García, Octavio Ulises Adame de la Fuente, Nadia Monserrat Milán Ramírez, Flora Isela Leal Méndez, Otniel García Navarro, Bernabé Aguilar Carrillo, Delia Leticia Enriquez Arriaga, Cynthia Montserrat Hernández Quiñones y José Osbaldo Santillán Gómez, integrantes de la Coalición Parlamentaria “Cuarta Transformación” de la LXX Legislatura, por la que se reforma y adiciona la Ley de Salud Mental y Prevención de Adicciones del Estado de Durango, en materia de prevención del suicidio; mismas que fueron turnadas a la Comisión de Salud Pública integrada por los CC. Diputados Nadia Monserrat Milán Ramírez, Sughey Adriana Torres Rodríguez, Héctor Herrera Núñez, Gabriela Vázquez Chacón, Georgina Solorio García y Verónica González Olguín; Presidenta, Secretaria y Vocales respectivamente, los cuales emitieron su dictamen favorable con base en los siguientes:

A N T E C E D E N T E S

A la Comisión de Salud Pública, le fueron turnadas para su estudio y dictamen correspondiente, las siguientes iniciativas de Decreto:

PRIMERO. Con fecha 05 de marzo de 2024, la presentada por las y los CC. Diputadas y Diputados integrantes del Grupo Parlamentario del Partido Acción Nacional de la LXIX Legislatura, por la que se expide la Ley para la Prevención, Asistencia y Posvención del Suicidio para el Estado de Durango.

SEGUNDO. Con fecha 26 de mayo de 2026, la presentada por las y los CC. Diputadas y Diputados integrantes del Grupo Parlamentario del Partido Revolucionario Institucional de la LXX Legislatura, por la que se reforman y adicionan diversas disposiciones de la Ley de Salud Mental para el Estado de Durango, en materia de periodismo responsable sobre conducta suicida, protocolos de actualización para medios de comunicación y posvención para familiares sobrevivientes.

TERCERO. Con fecha 15 de septiembre de 2026, la presentada por las y los CC. Diputadas y Diputados integrantes de la Coalición Parlamentaria “Cuarta Transformación” de la LXX Legislatura, que contiene reformas y adiciones a diversas disposiciones de la Ley de Salud Mental y Prevención de Adicciones del Estado de Durango.

C O N S I D E R A N D O S

PRIMERO. La Comisión de Salud Pública es competente para conocer, estudiar y dictaminar las iniciativas de mérito, de conformidad con el artículo 134 de la Ley Orgánica del Congreso del Estado de Durango. Su objeto se relaciona con la protección de la salud, la prevención de riesgos, la atención de la salud mental y la coordinación de acciones y servicios sanitarios en el Estado.

SEGUNDO. Las tres iniciativas comparten el propósito de fortalecer la respuesta del Estado frente a la conducta suicida, aunque con alcances distintos. La presentada el 5 de marzo de 2024 propone expedir una ley especializada que articule la prevención, la asistencia y la posvención, con la participación de las autoridades estatales y municipales; la presentada el 26 de mayo de 2026 se centra en la comunicación responsable sobre el suicidio y en los derechos y servicios de posvención para familiares sobrevivientes; y, la presentada el 15 de septiembre de 2026 atiende el seguimiento posterior a la atención de emergencia, a fin de evitar que la persona quede sin acompañamiento institucional una vez superada la crisis.

Dada su conexidad temática y la complementariedad de sus propuestas, la Comisión estimó procedente estudiarlas y resolverlas de manera conjunta mediante un solo ordenamiento que integre sus aportaciones. Las modificaciones que ello implica se motivan en los considerandos siguientes, en términos de los artículos 184 y 189 de la Ley Orgánica del Congreso del Estado de Durango.

TERCERO. El artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, reconoce el derecho de toda persona a la protección de la salud. La salubridad general es materia concurrente conforme al artículo 73 fracción XVI del mismo ordenamiento, y la Ley General de Salud reconoce la salud mental como parte de ella, con la participación de las entidades federativas en el ámbito de sus competencias. Por su parte, el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, reconoce el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.

La Segunda Sala de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, en la tesis aislada 2a. LVIII/2019 (10a.), de rubro “DERECHO A LA SALUD MENTAL. DEBE PROTEGERSE DE MANERA INTEGRAL”, sostuvo que el Estado está obligado a prestar los servicios de salud mental de manera integral, lo que implica un tratamiento adecuado y completo. La Comisión considera que dicha integralidad comprende la detección oportuna, la atención en crisis, el seguimiento posterior y el acompañamiento a quienes resultan afectados por una muerte por suicidio, aspectos que el presente desarrolla.

CUARTO. En el ámbito local, la Ley de Salud Mental y Prevención de Adicciones del Estado de Durango regula el Sistema Estatal de Salud Mental y Adicciones, la Comisión Estatal de Salud Mental y Adicciones, el Consejo Estatal de Salud Mental y Adicciones y los instrumentos de planeación en materia de conducta suicida y posvención, particularmente en sus artículos 102 al 104.

Por ello, la expedición de una ley especializada no se justifica por la inexistencia de regulación, sino por la necesidad de desarrollar y precisar lo que la ley vigente prevé en términos generales; la distribución de responsabilidades entre las autoridades, la continuidad del cuidado, la capacitación diferenciada, la comunicación responsable y los mecanismos de evaluación.

En la reunión de trabajo celebrada entre este Congreso, la Consejería General de Asuntos Jurídicos del Poder Ejecutivo y la Secretaría de Salud, se señaló que la salud mental constituye un campo amplio, que ya es abordado en la Ley de Salud Mental y Prevención de Adicciones. En consecuencia, se planteó que su regulación debe preservar la integralidad del marco jurídico vigente y evitar su fragmentación.

La Comisión comparte dicha finalidad, por lo que el ordenamiento que se propone no constituye un régimen separado, sino un desarrollo especializado dentro del mismo sistema. Para ello:

I. Se inscribe expresamente en el Sistema Estatal de Salud Mental y Adicciones;

II. Remite de manera supletoria a la Ley de Salud Mental y Prevención de Adicciones;

III. Se apoya en las autoridades, el Programa y los mecanismos ya existentes, y

IV. Se acompaña de las reformas necesarias para armonizar ambos ordenamientos.

En ningún caso se crean autoridades, órganos ni programas paralelos.

QUINTO. La conducta suicida constituye un problema de salud pública cuyas consecuencias trascienden a la persona y afectan a las familias, las redes de apoyo y las comunidades. Sus costos comprenden el sufrimiento emocional, la pérdida de vidas, la interrupción de trayectorias educativas y laborales, las necesidades de cuidado y acompañamiento, las repercusiones económicas para los hogares y la demanda de servicios de salud y asistencia social.

La Organización Mundial de la Salud estima que cada año más de 700 mil personas mueren por suicidio en el mundo y que, por cada una de ellas, se producen numerosos intentos[1]. Asimismo, la reducción de la tasa de mortalidad por suicidio es uno de los indicadores de la meta 3.4 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible[2] y una de las metas del Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013-2030[3].

En Durango, el Instituto Nacional de Estadística y Geografía reportó, con base en cifras preliminares de 2025, una tasa estandarizada de suicidios de 9.1 por cada cien mil habitantes, según la entidad de residencia habitual de las personas fallecidas, lo que ubica al Estado en el quinto lugar nacional por dicho indicador[4]. Las iniciativas en estudio coinciden en que la incidencia en la entidad ha sido persistentemente elevada.

La Comisión consideró que la situación descrita justifica una respuesta estatal sostenida, sustentada en información que permita identificar diferencias territoriales y poblacionales y focalizar las intervenciones.

---

[1] Organización Mundial de la Salud, *Suicidio. Datos y cifras*, nota descriptiva. Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide

[2] Organización de las Naciones Unidas, *Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible*, Objetivo 3, meta 3.4, indicador 3.4.2 “Tasa de mortalidad por suicidio”.

Organización Mundial de la Salud, *Plan de acción integral sobre salud mental 2013-2030*, Ginebra, OMS, 2022.

[4] Instituto Nacional de Estadística y Geografía, *Estadísticas a propósito del Día Mundial para la Prevención del Suicidio (10 de septiembre)*, Comunicado de prensa 49/26, 8 de septiembre de 2026, Mapa 1 “Tasa estandarizada de suicidios por cada 100 mil habitantes, según entidad federativa de residencia habitual, 2025”, con base en las Estadísticas de Defunciones Registradas 2025, cifras preliminares. Disponible en: https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2026/EAP_Suicidio_26.pdf

SEXTO. El presente Decreto que contiene la Ley para la Prevención, Atención y Posvención de la Conducta Suicida para el Estado de Durango, se integra por treinta y seis artículos distribuidos en ocho capítulos:

El Capítulo I, "Disposiciones Generales" (artículos 1 al 5), establece el objeto, los objetivos, las definiciones, los principios y los enfoques de la Ley, así como su vinculación con el Sistema Estatal de Salud Mental y Adicciones y la supletoriedad de los ordenamientos aplicables.

El Capítulo II, "De las Autoridades Competentes y la Coordinación" (artículos 6 al 13), distribuye las atribuciones entre la Secretaría de Salud, Servicios de Salud de Durango, la Comisión Estatal de Salud Mental y Adicciones, la Secretaría de Seguridad Pública y los ayuntamientos; define la intervención consultiva del Consejo y delimita la actuación del personal de primer contacto.

El Capítulo III, "Del Programa Estatal" (artículos 14 al 16), regula la elaboración, revisión, autorización y contenidos mínimos del Programa Estatal, así como el diagnóstico estatal anual.

El Capítulo IV, "De la Prevención y Detección Oportuna" (artículos 17 al 25), desarrolla las medidas universales, selectivas e indicadas; las campañas de información; el Mes Estatal para la Prevención del Suicidio; los servicios telefónicos y digitales de atención en crisis; las intervenciones comunitarias, educativas y laborales; la capacitación del personal de salud y la reducción del acceso a medios potencialmente letales.

El Capítulo V, "De la Atención, el Seguimiento y la Posvención" (artículos 26 al 31), reconoce los derechos de las personas y regula la atención bajo el principio de cero rechazos, los protocolos clínicos, la protección de niñas, niños y adolescentes, el seguimiento individualizado y la posvención.

El Capítulo VI, "De la Capacitación del Personal de Primer Contacto" (artículo 32), prevé programas permanentes de capacitación adecuados a las funciones del personal destinatario.

El Capítulo VII, "De la Comunicación Responsable" (artículos 33 y 34), establece la guía técnica para la comunicación sobre el suicidio y los mecanismos de adhesión voluntaria de los medios de comunicación.

El Capítulo VIII, "De la Evaluación y el Seguimiento" (artículos 35 y 36), establece los indicadores, la integración anual de resultados y su difusión pública con protección de datos personales.

SÉPTIMO. Una de las principales adecuaciones consiste en vincular el ordenamiento con el marco institucional vigente y distinguir con precisión las funciones de cada autoridad. En la reunión de trabajo con la Consejería General de Asuntos Jurídicos y la Secretaría de Salud, se observó que la versión preliminar del proyecto asignaba de manera conjunta a la Secretaría de Salud y a Servicios de Salud de Durango, la conducción de la política estatal y la aprobación del Programa Estatal, como si se tratara de una misma autoridad.

La Comisión atiende dicha observación, conforme a los artículos 7, 9 y 10 del presente proyecto; las funciones quedan distribuidas de la siguiente manera:

I. La Secretaría de Salud conserva la rectoría, la conducción de la política estatal, la emisión de los instrumentos de su competencia, la coordinación sectorial y la supervisión;

II. El Organismo Público Descentralizado Servicios de Salud de Durango organiza y presta los servicios a su cargo, implementa los protocolos en sus establecimientos, articula la referencia y contrarreferencia y administra sus recursos humanos y materiales;

III. La Comisión Estatal de Salud Mental y Adicciones, realiza la coordinación especializada y ejecuta las acciones de su competencia, y

IV. El Consejo Estatal de Salud Mental y Adicciones, mantiene su carácter consultivo y participativo.

La Comisión elaborará el Programa Estatal, el Organismo revisará las acciones y servicios de su competencia y la Secretaría lo autorizará y emitirá. Dicho Programa corresponde al instrumento previsto en el artículo 103, fracción I, de la Ley de Salud Mental y Prevención de Adicciones, y se conserva el programa anual de trabajo previsto en su artículo 104, de modo que no se genera un instrumento de planeación adicional.

Por las mismas razones, la Comisión no retoma la creación de un Consejo Estatal para la Prevención del Suicidio, planteada en la iniciativa de 5 de marzo de 2024. Las funciones de consulta, análisis, vinculación intersectorial y seguimiento que se proponían para dicho órgano, corresponden al Consejo Estatal de Salud Mental y Adicciones por lo que su duplicación implicaría estructuras paralelas, cargas administrativas y costos sin beneficio adicional. El propósito de la propuesta se atiende al asignar al Consejo existente, la emisión de opiniones y recomendaciones sobre el Programa Estatal y el seguimiento de sus resultados.

Esta articulación permite aprovechar la infraestructura, los establecimientos, los programas y los sistemas de información disponibles, delimitar responsabilidades, evitar duplicidades y facilitar la continuidad entre las acciones especializadas y los servicios de salud mental, urgencias, atención prehospitalaria y apoyo comunitario.

OCTAVO. En materia de prevención, este proyecto atiende las cuatro intervenciones clave, basadas en evidencia, que la Organización Mundial de la Salud recomienda en su iniciativa LIVE LIFE, a saber:

I. Limitar el acceso a los medios de suicidio, que se recoge en el artículo 25;

II. Interactuar con los medios de comunicación para una información responsable, que se recoge en los artículos 33 y 34;

III. Fomentar las habilidades socioemocionales de las y los adolescentes, que se recoge en el artículo 21; e

IV. Identificar, evaluar, atender y dar seguimiento oportuno a las personas afectadas por conductas suicidas, que se recoge en los artículos 26 a 30.

Asimismo, se retoman las propuestas de la iniciativa del 5 de marzo de 2024 relativas a las campañas de concientización, la línea telefónica de atención en crisis, la capacitación en los sectores educativo y de seguridad, la participación de los ayuntamientos y los grupos de ayuda mutua.

Respecto de la línea de atención, en la reunión de trabajo con la Consejería General de Asuntos Jurídicos y la Secretaría de Salud, se observó que la versión preliminar del proyecto imponía a la Secretaría, la obligación de garantizar de manera permanente estos servicios. Esa fórmula constituye una obligación de resultado que puede implicar infraestructura tecnológica, líneas telefónicas y personal especializado durante las veinticuatro horas, sin el análisis presupuestario correspondiente.

En atención a ello, el artículo 19 dispone que estos servicios se presten a través del Centro de Coordinación, Control, Comando, Comunicaciones y Cómputo del Estado, por conducto de la Secretaría de Seguridad Pública, en los términos de la Ley del Sistema Estatal de Seguridad Pública de Durango y de las disposiciones administrativas, sanitarias y técnicas aplicables. Con ello, se aprovecha la infraestructura de atención telefónica de emergencias ya existente.

Para garantizar la calidad de estos servicios, se prevé la intervención técnica de la Comisión en los protocolos, perfiles y capacitación del personal, así como la posibilidad de comisionar personal de salud mental habilitado. Las previsiones operativas y presupuestarias se integrarán al Programa Estatal.

Por otra parte, las medidas relativas a medios potencialmente letales se sujetan a las atribuciones de cada autoridad. Tratándose de disposiciones de observancia obligatoria, éstas sólo podrán emitirse por las autoridades expresamente facultadas para ello.

Finalmente, la participación comunitaria se concibe como complementaria de la atención profesional. Los grupos de ayuda mutua y las redes de apoyo recibirán capacitación básica y contarán con rutas de canalización, sin suplir las atribuciones del Estado ni la intervención del personal de salud.

NOVENO. La iniciativa de 15 de septiembre de 2026 identifica con acierto un vacío en la continuidad de la atención. Al egresar de la atención de urgencia, la persona generalmente cuenta sólo con una prescripción y una cita subsecuente; si no acude, el sistema puede perder contacto con ella hasta que se presente una nueva crisis. La Comisión comparte el diagnóstico y considera que el periodo posterior a un intento de suicidio constituye una etapa de especial vulnerabilidad.

En consecuencia, el proyecto recoge la propuesta en los artículos 28 al 30. El Plan Individual de Seguimiento Integral propuesto se incorpora como Plan de Seguridad Individualizado, definido en el artículo 3 fracción XVI. Además, se establecen la referencia y contrarreferencia, el contacto proactivo, el seguimiento posterior al egreso y la participación consentida de las redes de apoyo. Cuando la atención requerida exceda la capacidad resolutiva del establecimiento, éste deberá brindar la atención inicial y gestionar la referencia que corresponda, de modo que dicha limitación no interrumpa la continuidad del cuidado.

En la reunión de trabajo entre este Órgano Legislativo con la Consejería General de Asuntos Jurídicos y la Secretaría de Salud, se observó que la versión preliminar del proyecto establecía un seguimiento uniforme durante los primeros noventa días, mediante contacto activo, visitas domiciliarias, llamadas y plataformas digitales. Se señaló que no todos los casos requieren el mismo nivel de seguimiento, por lo que la obligación debía modularse.

La Comisión coincide con dicha observación, por ello, el artículo 30 dispone que la modalidad, frecuencia y duración del seguimiento, se determinen conforme a la valoración individual del riesgo, el criterio clínico, las necesidades de la persona y los protocolos aplicables. Las instituciones organizarán estas acciones conforme a sus capacidades y recursos y, gestionarán la referencia cuando la atención exceda su capacidad resolutiva.

Asimismo, se observó que la versión preliminar establecía un régimen propio de notificación en la atención a niñas, niños y adolescentes, que podía contradecir las disposiciones vigentes en materia de aviso, denuncia y medidas de protección. En atención a ello, el artículo 29 se armoniza con:

I. La legislación general y estatal en materia de derechos de la niñez;

II. Las obligaciones de notificación previstas en el artículo 42 de la Ley de Salud Mental y Prevención de Adicciones; y

III. Las obligaciones de denuncia establecidas en el Código Nacional de Procedimientos Penales.

Con ello, se garantiza que la atención de urgencia no se suspenda ni se retrase por la ausencia de quienes ejerzan la patria potestad, tutela o guarda y custodia. Asimismo, se asegura que el aviso a la Procuraduría de Protección de Niñas, Niños y Adolescentes, propuesto en la iniciativa de 5 de marzo de 2024, no sustituya las obligaciones ante el Ministerio Público.

Por último, se retoma de dicha iniciativa la obligación de brindar atención de emergencia en los establecimientos de salud públicos y privados, a través del principio de cero rechazo, previsto en el artículo 27.

DÉCIMO. La iniciativa de 15 de septiembre de 2026 propone también un Sistema de Seguimiento de Conducta Suicida que registre los casos atendidos en instituciones públicas y privadas. La Comisión comparte su finalidad de coordinar la continuidad del tratamiento, sin embargo, considera que un registro nominal de personas implicaría el tratamiento de datos personales sensibles relativos a la salud, cuyo uso debe sujetarse estrictamente a los principios de finalidad, proporcionalidad y confidencialidad previstos en la legislación de protección de datos personales.

Por ello, el proyecto atiende la finalidad de la propuesta por dos vías:

I. La continuidad del cuidado de cada persona se garantiza mediante el seguimiento clínico, a cargo de los establecimientos que la atienden y los mecanismos de referencia y contrarreferencia; y

II. La información agregada necesaria para la planeación, se integra a través del diagnóstico estatal anual previsto en los artículos 15 y 16, a partir de los registros institucionales y de las fuentes oficiales disponibles, incluida la información de la Secretaría de Seguridad Pública y de la Fiscalía General del Estado.

El diagnóstico no supone por sí mismo la creación de una nueva encuesta o plataforma tecnológica. La Comisión podrá emitir criterios técnicos y variables estandarizadas para la integración de la información y, su tratamiento se sujetará a la normativa aplicable en materia de protección de datos personales.

DÉCIMO PRIMERO. La iniciativa del 26 de mayo de 2026 pone de relieve la situación de las personas sobrevivientes de una pérdida por suicidio, quienes enfrentan un duelo complejo, marcado por el trauma, la culpa y el estigma y presentan a su vez, un riesgo elevado de conducta suicida. La Comisión coincide en que la posvención es parte integral de la prevención y, en que debe garantizarse un trato libre de revictimización.

En consecuencia, el artículo 31 del proyecto establece acciones de contención emocional, acompañamiento psicosocial, evaluación del riesgo y canalización terapéutica, dirigidas a familiares, personas allegadas, centros de trabajo, planteles escolares y comunidades afectadas. Dichas acciones abarcan también al personal de salud, de seguridad pública, protección civil y atención prehospitalaria que haya intervenido en el suceso.

Asimismo, se prevén protocolos de posvención con estrategias diferenciadas según el entorno, la vinculación con grupos de apoyo mutuo y medidas para prevenir el contagio o la imitación. Para el entorno escolar, el artículo 21 dispone la activación inmediata de dichos protocolos.

DÉCIMO SEGUNDO. La capacitación constituye una condición necesaria para que las disposiciones de la Ley, se traduzcan en actuaciones oportunas. Por ello, el proyecto distingue dos niveles:

I. El personal de los establecimientos de salud recibirá formación obligatoria en valoración del riesgo, atención en crisis y continuidad del cuidado, conforme al artículo 24; y

II. El personal de primer contacto, esto es, el de seguridad pública, protección civil, asistencia social, procuración de justicia y centros penitenciarios y de internamiento, recibirá herramientas para identificar señales de alerta, brindar contención inicial y activar las rutas de atención, conforme al artículo 32.

Esta diferenciación, que retoma la propuesta de capacitación sistemática y permanente de la iniciativa del 5 de marzo de 2024, adecua la formación a las responsabilidades de cada sector. Asimismo, evita atribuir funciones clínicas a personas que no cuentan con la competencia profesional correspondiente, conforme al artículo 13.

DÉCIMO TERCERO. Las iniciativas del 5 de marzo de 2024 y del 26 de mayo de 2026, coinciden en la importancia de la comunicación responsable. La evidencia científica ha documentado que la cobertura sensacionalista, detallada o romantizada de un suicidio, puede incrementar las conductas de imitación en personas vulnerables, fenómeno conocido como “efecto Werther”. Por el contrario, la información que muestra la superación de crisis y la búsqueda de ayuda, tiene un efecto protector conocido como “efecto Papageno”. Como señala la iniciativa del 26 de mayo de 2026, comunicar responsablemente no significa silenciar el tema, sino abordarlo de forma informada y orientada a la prevención.

El proyecto incorpora estos contenidos en los artículos 33 y 34, que comprenden:

I. El respeto a la dignidad y privacidad de las personas;

II. La prevención del sensacionalismo;

III. La omisión de detalles sobre el método y el lugar;

IV. La difusión de factores protectores y servicios de ayuda; y

V. El respeto a las familias.

La guía técnica será de aplicación obligatoria para las áreas de comunicación social de la Administración Pública Estatal y podrá ser adoptada por los demás poderes, órganos autónomos y ayuntamientos.

Respecto de los medios de comunicación, la Comisión distingue la comunicación institucional de las recomendaciones dirigidas al periodismo. Los artículos 6º y 7º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, protegen la libertad de expresión y de imprenta y prohíben la censura previa. Además, el artículo 73 fracción XVII, reserva a la Federación la regulación de la radiodifusión y las telecomunicaciones.

Por ello, no se retoman las obligaciones vinculantes ni las consecuencias por incumplimiento previstas para los medios en la iniciativa del 26 de mayo de 2026, en su lugar, se prevén la adhesión voluntaria a la guía técnica, la capacitación, el intercambio de buenas prácticas y el reconocimiento público de la participación de los medios, sin que ello implique autorización previa, certificación o control de contenidos.

Cabe señalar, además, que dicha iniciativa proponía reformar la Ley de Salud Mental para el Estado de Durango, ordenamiento que fue abrogado. La Comisión atiende el contenido material de la propuesta en el ordenamiento especializado, sin reproducir las modificaciones planteadas a una ley que ya no se encuentra vigente.

DÉCIMO CUARTO. Para evitar que coexistan definiciones distintas entre el ordenamiento especializado y la Ley de Salud Mental y Prevención de Adicciones del Estado de Durango, la Comisión estima necesario reformar las fracciones X, XXIX y XLII del artículo 4 de dicha Ley, relativas a conducta suicida, posvención y suicidio, a fin de armonizarlas con las del presente ordenamiento. Asimismo, la Comisión considera que es importante adicionar en su artículo 103, una remisión expresa a la ley especializada, para articular el programa y las acciones en la materia.

DÉCIMO QUINTO. Por lo que hace al impacto presupuestal, el artículo 21, párrafo segundo de la Ley de Disciplina Financiera y de Responsabilidad Hacendaria del Estado de Durango y sus Municipios, dispone que todo proyecto de ley o decreto que se someta a votación, deberá incluir una estimación de impacto presupuestario. En el mismo sentido, los artículos 8 y 16 de la Ley de Disciplina Financiera de las Entidades Federativas y los Municipios, exigen que toda propuesta de aumento o creación de gasto, se acompañe de la correspondiente fuente de ingresos y de la estimación de su impacto.

En la reunión de trabajo con la Consejería General de Asuntos Jurídicos y la Secretaría de Salud, se señaló la necesidad de valorar la viabilidad presupuestaria de las obligaciones relativas a los servicios de atención en crisis y a la capacitación permanente de diversas autoridades.

Para la iniciativa del 5 de marzo de 2024, se solicitó la estimación correspondiente mediante oficio HCE/CIEL/UEEFP/147/2025. La Secretaría de Finanzas y de Administración remitió su respuesta mediante oficio SFA/PF/SPF/9410/2025, recibido el 2 de septiembre de 2025 y comunicado mediante oficio HCE/CIEL/UEEFP/207/2025, en el que la iniciativa se clasifica como de contenido con impacto presupuestal, sin precisar su monto ni su suficiencia. No obstante, cabe señalar que el actual proyecto difiere sustancialmente de la iniciativa analizada en dicha respuesta, toda vez que sus disposiciones se implementarán a través del Sistema Estatal de Salud Mental y Adicciones previsto en la Ley de Salud Mental y Prevención de Adicciones del Estado de Durango, mediante las autoridades, la infraestructura, los programas, los establecimientos y los recursos humanos y materiales con que actualmente cuenta, sin que se prevea la creación de órganos, unidades administrativas, estructuras ni plazas nuevas. En particular, el Consejo Estatal para la Prevención del Suicidio que proponía dicha iniciativa, se sustituye por el Consejo Estatal de Salud Mental y Adicciones; los servicios de atención en crisis se prestarán a través de la infraestructura del Centro de Coordinación, Control, Comando, Comunicaciones y Cómputo del Estado y, el diagnóstico estatal se integrará a partir de los registros institucionales existentes, sin requerir nuevas plataformas tecnológicas.

Aunado a lo anterior, la Comisión advierte que buena parte de las obligaciones que el proyecto desarrolla, se encuentran ya previstas en la Ley de Salud Mental y Prevención de Adicciones del Estado de Durango. Entre ellas se encuentran: la elaboración del programa estatal de prevención, detección y atención de la conducta suicida y posvención, el diseño de protocolos de posvención y de intervención en emergencias y la implementación de un sistema de información estadística (artículo 103); la promoción de medios telefónicos y electrónicos de orientación y canalización y la difusión de campañas (artículo 9, fracciones X y XV); la capacitación del personal de salud (artículo 30, fracción VI) y del personal docente (artículos 17 y 43); la obligación de admitir, estabilizar y canalizar a las personas en crisis (artículo 88), y el seguimiento posterior a la atención (artículos 79 y 98). En consecuencia, el proyecto no crea nuevas obligaciones de gasto de manera sustantiva, sino que precisa responsables, contenidos y mecanismos de coordinación para cumplir con las ya existentes. Asimismo, su financiamiento se sujeta a lo dispuesto en el Título Quinto de dicha Ley, que reconoce como prioritarios los recursos destinados a la salud mental, prevé que no podrán ser inferiores a los del ejercicio fiscal anterior y ordena su previsión en una partida especial dentro del presupuesto asignado a la Secretaría de Salud (artículos 105 a 107).

Asimismo, la capacitación obligatoria prevista en el proyecto, se circunscribe al personal de los establecimientos de salud de la Secretaría y del Organismo y, en el ámbito educativo, se implementará de manera progresiva por la Secretaría de Educación del Estado en el marco de sus programas; respecto de las demás autoridades y de los sectores social y privado, el proyecto prevé su promoción y coordinación. En consecuencia, la opinión sobre su impacto presupuestal se integra conforme al artículo 184 de la Ley Orgánica del Congreso del Estado de Durango, incluido el supuesto de opinión de la Unidad de Estudios y de Finanzas Públicas cuando la Secretaría no remita el análisis dentro del plazo legal.

Finalmente, el Transitorio Cuarto dispone que las acciones se implementarán de manera progresiva, con cargo a los presupuestos aprobados de las dependencias y entidades competentes y con sujeción al balance presupuestario sostenible, privilegiando el aprovechamiento de las estructuras, capacidades y recursos disponibles. Esta progresividad, no podrá interpretarse en perjuicio de las obligaciones de atención inmediata previstas en la legislación sanitaria.

DÉCIMO SEXTO. En la reunión de trabajo con la Consejería General de Asuntos Jurídicos y la Secretaría de Salud, se formularon, además, dos observaciones de técnica normativa que la Comisión atiende.

La primera, se refiere a la conveniencia de distinguir los principios de los enfoques, para no restar claridad normativa ni diluir el alcance de cada categoría. En atención a ello, el artículo 4 se estructura en tres párrafos:

I. El primero, enuncia los principios que rigen la aplicación de la Ley: dignidad humana, igualdad y no discriminación, interés superior de la niñez, autonomía progresiva, atención integral, continuidad de la atención, participación y coordinación interinstitucional;

II. El segundo, establece las garantías de consentimiento informado, confidencialidad, privacidad y accesibilidad; y

III. El tercero, de manera separada, establece los enfoques de derechos humanos, perspectiva de género, pertinencia intercultural y sustento en la evidencia.

La segunda se refiere a que los protocolos clínicos no deben sustituir ni contradecir las normas oficiales mexicanas, las guías de práctica clínica, las disposiciones federales ni las competencias profesionales. Asimismo, se señaló que la atribución para emitirlos debe armonizarse con la que la Ley de Salud Mental y Prevención de Adicciones ya confiere a la Comisión en materia de protocolos y estrategias sobre conducta suicida.

En consecuencia, el artículo 28 dispone que la Comisión elabore las propuestas técnicas de los protocolos, en ejercicio de las atribuciones que le confiere dicha Ley con la participación del Organismo y, que la Secretaría los emita en su carácter de autoridad rectora. Asimismo, establece que los protocolos:

I. Deberán guardar congruencia con la Ley General de Salud, la legislación estatal, las normas oficiales mexicanas y las demás disposiciones sanitarias;

II. Tomarán como referencia las guías de práctica clínica y la evidencia disponible; y

III. En ningún caso, podrán contravenir dichas disposiciones ni atribuir al personal funciones ajenas a su competencia o habilitación profesional.

DÉCIMO SÉPTIMO. La efectividad del ordenamiento dependerá de su implementación sostenida, de la disponibilidad de personal capacitado y de la coordinación efectiva entre las instituciones, por ello, el proyecto vincula las atribuciones con instrumentos de planeación, protocolos, rutas de atención, capacitación e indicadores. Estos indicadores permitirán valorar la cobertura, la oportunidad de la atención, la continuidad del cuidado, la posvención y el acceso de las poblaciones prioritarias, así como corregir las brechas que persistan.

En consecuencia, la Comisión Dictaminadora estimó procedente la resolución conjunta de las iniciativas analizadas y la expedición del ordenamiento con las modificaciones expuestas en los considerandos precedentes, por lo que en cumplimiento al artículo 189, último párrafo, de la Ley Orgánica del Congreso del Estado de Durango.

Con base en los anteriores Considerandos, esta LXX Legislatura del Estado, expide el siguiente:

DECRETO No. 518

LA SEPTUAGÉSIMA LEGISLATURA DEL HONORABLE CONGRESO DEL ESTADO LIBRE Y SOBERANO DE DURANGO, EN EJERCICIO DE LAS FACULTADES QUE LE CONFIERE EL ARTÍCULO 82 DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA LOCAL, A NOMBRE DEL PUEBLO, DECRETA:

ARTÍCULO ÚNICO. Se expide la Ley para la Prevención, Atención y Posvención de la Conducta Suicida para el Estado de Durango, para quedar como sigue:

Ley para la Prevención, Atención y Posvención de la Conducta Suicida para

el Estado de Durango

Capítulo I

Disposiciones Generales

Artículo 1. La presente Ley es de orden público, interés social y observancia general en el Estado de Durango y tiene por objeto establecer las bases para la prevención, detección oportuna, atención integral, seguimiento y posvención de la conducta suicida, mediante acciones coordinadas, interdisciplinarias, interinstitucionales, multisectoriales y basadas en evidencia, con respeto irrestricto a los derechos humanos.

Las acciones previstas en esta Ley se desarrollarán en el marco del Sistema Estatal de Salud Mental y Adicciones y, en congruencia, con la Ley de Salud Mental y Prevención de Adicciones del Estado de Durango.

Artículo 2. Son objetivos de la presente Ley:

I. Contribuir a disminuir la incidencia de la conducta suicida y las muertes por suicidio en el Estado;

II. Fortalecer la coordinación interinstitucional e intersectorial entre las autoridades estatales y municipales competentes para la implementación de las acciones previstas en la presente Ley;

III. Fortalecer la generación, sistematización, análisis y utilización de información estadística, epidemiológica y administrativa para la planeación, focalización territorial, seguimiento y evaluación de las políticas públicas, con respeto a la protección de datos personales y la confidencialidad;

IV. Fortalecer las acciones de prevención de la conducta suicida basadas en evidencia, mediante la promoción de factores protectores, la disminución de factores de riesgo y la detección oportuna de señales de alerta;

V. Promover el acceso a una atención oportuna, integral, digna, confidencial y libre de discriminación y revictimización, que comprenda la atención en crisis, la canalización, la referencia y contrarreferencia, la continuidad de la atención y el seguimiento clínico y psicosocial;

VI. Establecer acciones de posvención dirigidas a las personas sobrevivientes de un intento de suicidio, las personas sobrevivientes de una pérdida por suicidio, familiares, personas allegadas, instituciones y comunidades afectadas por un intento de suicidio o una muerte por suicidio;

VII. Promover la capacitación y actualización permanente del personal de salud y de quienes, por sus funciones, puedan intervenir como primer contacto ante personas con conducta suicida;

VIII. Impulsar la participación social y comunitaria, así como la creación y el fortalecimiento de redes de apoyo, con la participación de los sectores público, social y privado;

IX. Promover la comunicación responsable sobre el suicidio y la conducta suicida, con respeto a la dignidad, la privacidad, la libertad de expresión y el derecho a la información;

X. Establecer mecanismos de seguimiento, evaluación y rendición de cuentas que permitan conocer los resultados de las acciones implementadas e identificar brechas territoriales o poblacionales; y

XI. Favorecer el acceso efectivo de las poblaciones, comunidades y regiones prioritarias a los servicios y mecanismos previstos en esta Ley.

Artículo 3. Para efectos de esta Ley se entenderá por:

I. Atención: conjunto de acciones y servicios de valoración, intervención, estabilización, canalización y apoyo clínico y psicosocial, brindados de manera oportuna, integral, digna, confidencial y adecuada a las necesidades de la persona que presente conducta suicida;

II. Centro de Comando: el Centro de Coordinación, Control, Comando, Comunicaciones y Cómputo del Estado de Durango, previsto en la Ley del Sistema Estatal de Seguridad Pública de Durango;

III. Comisión: la Comisión Estatal de Salud Mental y Adicciones de Durango;

IV. COMSA: Consejo Municipal de Salud Mental y Adicciones;

V. Conducta suicida: conjunto de pensamientos, planes y comportamientos relacionados con terminar con la propia vida; que comprende la ideación suicida, la planeación, el intento de suicidio y el suicidio;

VI. Consejo: el Consejo Estatal de Salud Mental y Adicciones;

VII. Contención inicial: conjunto de acciones inmediatas de escucha, acompañamiento y protección, así como de activación, cuando corresponda, de los mecanismos institucionales de emergencia y canalización, sin sustituir la valoración, el diagnóstico, el tratamiento o las intervenciones del personal profesional competente;

VIII. Detección oportuna: proceso de identificación de señales de alerta y factores de riesgo relacionados con la conducta suicida, que permita brindar una intervención inicial y, en su caso, canalizar a la persona hacia los servicios competentes;

IX. Factores de Riesgo: circunstancias, condiciones o características individuales, familiares, sociales, económicas, laborales, comunitarias, ambientales o de salud, que incrementan la probabilidad de que una persona presente conducta suicida;

X. Factores Protectores: circunstancias, condiciones o características individuales, familiares, sociales, comunitarias o institucionales que disminuyen la probabilidad de que una persona presente conducta suicida o fortalecen su capacidad de afrontamiento;

XI. Intento de suicidio: conducta autoinfligida, no fatal y potencialmente lesiva, respecto de la cual exista evidencia explícita o implícita de alguna intención de morir, aun cuando no produzca una lesión;

XII. Ley: la Ley para la Prevención, Atención y Posvención de la Conducta Suicida para el Estado de Durango;

XIII. Ley de Salud Mental y Prevención de Adicciones: la Ley de Salud Mental y Prevención de Adicciones del Estado de Durango;

XIV. Organismo: el Organismo Público Descentralizado Servicios de Salud de Durango;

XV. Personal de primer contacto: las personas servidoras públicas o integrantes de instituciones que, por la naturaleza de sus funciones, puedan tener contacto inicial con una persona que presente señales de alerta o conducta suicida, sin que ello implique el ejercicio de funciones clínicas o profesionales que no les correspondan;

XVI. Plan de Seguridad Individualizado: instrumento elaborado de manera colaborativa entre la persona usuaria y el personal de salud, que identifica sus detonantes y señales de alerta personales, estrategias de afrontamiento, personas y espacios de apoyo, contactos de atención en crisis y medidas para limitar el acceso a medios potencialmente letales;

XVII. Posvención: conjunto de acciones de apoyo, atención y acompañamiento posteriores a un intento de suicidio o a una muerte por suicidio, dirigidas, según corresponda, a la persona sobreviviente del intento y a las personas, instituciones y comunidades afectadas, para favorecer su recuperación y prevenir consecuencias adversas;

XVIII. Prevención: conjunto de políticas, estrategias y acciones basadas en evidencia, orientadas a fortalecer los factores protectores, disminuir los factores de riesgo y reducir la ocurrencia de la conducta suicida;

XIX. Programa Estatal: el Programa Estatal para la Prevención, Detección y Atención de la Conducta Suicida y Posvención;

XX. Secretaría: la Secretaría de Salud del Estado de Durango;

XXI. Seguimiento: conjunto coordinado de acciones clínicas, psicosociales y de vinculación institucional posteriores a la atención inicial, destinadas a favorecer la continuidad de la atención y disminuir riesgos subsecuentes;

XXII. Sistema: el Sistema Estatal de Salud Mental y Adicciones; y

XXIII. Suicidio: muerte causada por una conducta autoinfligida respecto de la cual exista evidencia de la intención de morir.

Artículo 4. La aplicación de esta Ley observará los principios de dignidad humana, igualdad y no discriminación, interés superior de la niñez, autonomía progresiva de niñas, niños y adolescentes, atención integral, continuidad de la atención, participación y coordinación interinstitucional.

Asimismo, garantizará el respeto a los derechos humanos, el consentimiento informado, la confidencialidad, la privacidad y la accesibilidad, mediante ajustes razonables y formas de comunicación accesibles.

Las acciones previstas en esta Ley se desarrollarán con enfoque de derechos humanos, perspectiva de género, pertinencia intercultural y sustento en la evidencia, e incorporarán la participación voluntaria e informada de personas con experiencia vivida relacionada con la conducta suicida.

Artículo 5. La interpretación y aplicación de esta Ley se realizará de conformidad con la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, los tratados internacionales de los que el Estado Mexicano sea parte, la Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Durango y los principios previstos en esta Ley.

En lo no previsto por este ordenamiento, serán aplicables de manera supletoria, en lo conducente, la Ley General de Salud, la Ley de Salud del Estado de Durango, la Ley de Salud Mental y Prevención de Adicciones y demás disposiciones jurídicas aplicables.

Capítulo II
De las Autoridades Competentes y la Coordinación

Artículo 6. Son autoridades competentes para la aplicación de esta Ley, en el ámbito de sus respectivas competencias:

I. La persona Titular del Poder Ejecutivo del Estado;

II. La Secretaría;

III. El Organismo;

IV. La Comisión;

V. La Secretaría de Seguridad Pública, en lo relativo a la operación de las líneas de atención en crisis a través del Centro de Comando y a la capacitación y actuación de su personal de primer contacto;

VI. Los ayuntamientos del Estado; y

VII. Las demás dependencias y entidades de la Administración Pública Estatal a las que esta Ley y la Ley de Salud Mental y Prevención de Adicciones, confieran atribuciones en la materia.

Artículo 7. La Secretaría conducirá la política estatal y ejercerá la coordinación general de las acciones en materia de prevención, detección oportuna, atención, seguimiento y posvención de la conducta suicida, en el ámbito de sus atribuciones y conforme a la Ley de Salud Mental y Prevención de Adicciones.

El Organismo organizará y prestará los servicios de salud a su cargo e implementará las acciones que le correspondan. La Comisión coordinará las acciones especializadas y ejecutará las de su competencia, conforme a las políticas establecidas por la Secretaría.

Estas acciones se desarrollarán en el marco del Sistema, mediante el aprovechamiento de las estructuras, programas, recursos y mecanismos institucionales existentes, conforme a las disposiciones aplicables.

Artículo 8. La Secretaría, en el ámbito de sus atribuciones, promoverá la participación de las dependencias y entidades federales, estatales y municipales con competencia en las materias de educación, trabajo, bienestar social, seguridad pública, asistencia social, protección civil, protección de niñas, niños y adolescentes, procuración de justicia, sistema penitenciario, reinserción social, justicia para adolescentes, deporte y cultura, así como en otras relacionadas con el objeto de esta Ley.

De común acuerdo con las instituciones participantes y, a propuesta de la Comisión, la Secretaría establecerá los mecanismos de coordinación y los acuerdos de colaboración necesarios para implementar la política estatal y el Programa Estatal, con la participación del Organismo en el ámbito de sus atribuciones.

La Comisión se coordinará con el Organismo y las demás instituciones participantes para la implementación de las acciones especializadas, los protocolos y las rutas de intervención previstos en el Programa Estatal; dará seguimiento al cumplimiento de los compromisos establecidos en dichos acuerdos y realizará el seguimiento y la evaluación del Programa.

El Consejo contribuirá, mediante opiniones y recomendaciones, a la coordinación interinstitucional y a la participación de los sectores público, social y privado, en su carácter de órgano consultivo y participativo y conforme a las atribuciones previstas en la Ley de Salud Mental y Prevención de Adicciones.

Artículo 9. Corresponde a la Secretaría, en el ámbito de sus atribuciones y para efectos de esta Ley:

I. Conducir y coordinar la política estatal en materia de prevención, detección oportuna, atención, seguimiento y posvención de la conducta suicida;

II. Autorizar y emitir el Programa Estatal y sus modificaciones, a propuesta de la Comisión, previa revisión del Organismo respecto de las acciones y servicios de su competencia;

III. Emitir, a propuesta técnica de la Comisión y con la participación del Organismo, los protocolos clínicos, lineamientos y demás instrumentos de su competencia necesarios para la aplicación de esta Ley y, promover la elaboración y adopción coordinada de los instrumentos de actuación que correspondan a otras autoridades participantes del Sistema;

IV. Promover la participación de las dependencias, entidades e instituciones competentes y establecer, de común acuerdo con las mismas, los mecanismos de coordinación y los acuerdos de colaboración necesarios para implementar la política estatal y el Programa Estatal;

V. Supervisar, en el ámbito de sus atribuciones, la implementación de la política estatal y del Programa Estatal, así como el cumplimiento de los instrumentos que emita, con apoyo del seguimiento y la evaluación que realice la Comisión;

VI. Adoptar, en coordinación con el Organismo y las demás autoridades competentes, las medidas que le correspondan para garantizar la disponibilidad, accesibilidad y continuidad de los servicios previstos en esta Ley;

VII. Formular y gestionar las previsiones operativas y presupuestarias correspondientes a las acciones de su competencia, de conformidad con las disposiciones aplicables y la disponibilidad presupuestaria;

VIII. Proporcionar a la Comisión la información institucional de su competencia necesaria para el seguimiento y la evaluación del Programa Estatal, con observancia de las disposiciones aplicables en materia de protección de datos personales y confidencialidad;

IX. Celebrar convenios y demás instrumentos de coordinación y colaboración con autoridades federales, estatales y municipales, así como con instituciones de los sectores social y privado, para el cumplimiento de esta Ley; y

X. Las demás que establezcan esta Ley y otras disposiciones aplicables.

Artículo 10. Corresponde al Organismo, en el ámbito de sus atribuciones y para efectos de esta Ley:

I. Revisar el Programa Estatal y sus modificaciones respecto de las acciones y servicios de su competencia y, formular las observaciones técnicas, operativas y presupuestarias correspondientes, previo a su autorización por la Secretaría;

II. Organizar y prestar, mediante los establecimientos y servicios de salud a su cargo, los servicios de prevención, detección oportuna, atención, tratamiento, seguimiento y posvención de la conducta suicida, incluidos la valoración integral, la atención en crisis, la estabilización y el seguimiento clínico y psicosocial;

III. Implementar, en los establecimientos y servicios a su cargo, los protocolos, lineamientos y rutas de intervención aplicables, y supervisar su cumplimiento;

IV. Adoptar las medidas necesarias para garantizar la disponibilidad, accesibilidad y continuidad de los servicios a su cargo previstos en esta Ley;

V. Articular los establecimientos, servicios y niveles de atención a su cargo y, coordinarse con las demás instituciones competentes para asegurar la canalización, referencia, contrarreferencia, traslado oportuno y continuidad de la atención, conforme a las necesidades de cada persona y a la capacidad resolutiva de las unidades, sin que las limitaciones de esta última impidan brindar la atención inicial y gestionar la referencia y el traslado que correspondan;

VI. Coordinarse con la Comisión para la implementación de las acciones especializadas previstas en el Programa Estatal y ejecutar las que le correspondan;

VII. Adoptar las medidas necesarias para que la atención sea brindada por personal capacitado, con respeto a la dignidad, los derechos humanos, la confidencialidad y la protección de datos personales, y libre de discriminación, estigmatización y revictimización;

VIII. Garantizar la participación del personal a su cargo en los programas de formación, capacitación y actualización coordinados por la Comisión, de acuerdo con sus funciones y sin afectar la continuidad de los servicios;

IX. Formular y gestionar las previsiones operativas y presupuestarias necesarias para las acciones y servicios a su cargo, de conformidad con las disposiciones aplicables y la disponibilidad presupuestaria;

X. Generar, integrar y proporcionar a la Comisión, a partir de los sistemas y mecanismos institucionales existentes, la información estadística, epidemiológica y administrativa correspondiente a los servicios a su cargo, necesaria para el seguimiento y la evaluación del Programa Estatal, con observancia de las disposiciones aplicables en materia de información sanitaria, protección de datos personales, confidencialidad y secreto profesional; y

XI. Las demás que establezcan esta Ley y otras disposiciones aplicables.

Artículo 11. Sin perjuicio de las atribuciones previstas en la Ley de Salud Mental y Prevención de Adicciones y demás disposiciones aplicables, corresponde a la Comisión, en el ámbito de sus atribuciones y para efectos de esta Ley:

I. Coordinar las acciones especializadas de prevención, detección oportuna, atención, seguimiento y posvención previstas en el Programa Estatal, en colaboración con el Organismo y las demás instituciones participantes, conforme a sus respectivas atribuciones y a las políticas establecidas por la Secretaría;

II. Elaborar el Programa Estatal y sus modificaciones, con la participación de las autoridades competentes, recabar la revisión del Organismo respecto de las acciones y servicios de su competencia y someterlos a la autorización de la Secretaría, así como elaborar el programa anual de trabajo de la Comisión en la materia;

III. Realizar el seguimiento y la evaluación del Programa Estatal, dar seguimiento al cumplimiento de los compromisos establecidos en los acuerdos de colaboración y ejecutar las acciones de prevención, capacitación, intervención comunitaria, posvención y demás que le corresponda conforme a sus atribuciones;

IV. Elaborar y proponer a la Secretaría los protocolos clínicos, lineamientos y rutas de intervención de su competencia, con la participación del Organismo; colaborar con las demás autoridades competentes en la elaboración de los instrumentos de actuación que les correspondan, y coordinar su aplicación en las acciones especializadas previstas en el Programa Estatal;

V. Elaborar y proponer, en coordinación con las instituciones competentes, los protocolos de posvención para su emisión o adopción por las autoridades que correspondan, coordinar las acciones de acompañamiento a las personas, familias y comunidades afectadas por una muerte por suicidio y ejecutar las de su competencia;

VI. Coordinar y realizar acciones de formación, capacitación, actualización, información, sensibilización y apoyo técnico dirigidas al personal de salud, a las personas servidoras públicas y a los sectores sociales relacionados con la materia;

VII. Promover la implementación y difusión de mecanismos de orientación, atención en crisis y canalización oportuna, incluidos los medios telefónicos y digitales disponibles;

VIII. Elaborar y proponer a las autoridades competentes, los protocolos de atención aplicables a las líneas de atención en crisis, así como los perfiles y contenidos de capacitación del personal que las opere; brindar asesoría y supervisión técnica en materia de salud mental y promover su difusión, en coordinación con la Secretaría de Seguridad Pública y los ayuntamientos, conforme al artículo 19 de esta Ley;

IX. Integrar y analizar la información estadística, epidemiológica y administrativa relacionada con la conducta suicida; establecer los indicadores correspondientes e integrar los resultados del seguimiento y la evaluación del Programa Estatal y de las acciones implementadas, con observancia de las disposiciones aplicables en materia de información sanitaria, protección de datos personales, confidencialidad y secreto profesional;

X. Diseñar e implementar, en coordinación con las autoridades competentes y con participación comunitaria, estrategias de prevención y detección oportuna de la conducta suicida orientadas al fortalecimiento de factores protectores, la identificación de señales de alerta y la canalización oportuna, con especial atención a los grupos, comunidades y regiones prioritarios identificados en el Programa Estatal;

XI. Promover la creación y el fortalecimiento de redes de apoyo comunitario, brigadas ciudadanas y grupos de ayuda mutua para el desarrollo de las estrategias previstas en la fracción anterior, en coordinación con los ayuntamientos y los COMSA, y con la participación de colegios de profesionistas, organizaciones de la sociedad civil y demás sectores sociales;

XII. Brindar apoyo y asesoría técnica a las instituciones, organizaciones y profesionales de los sectores público, social y privado que participen en las acciones previstas en esta Ley y, ejercer las atribuciones de registro y supervisión que le correspondan conforme a la Ley de Salud Mental y Prevención de Adicciones y demás disposiciones aplicables;

XIII. Promover la identificación, intercambio y difusión de buenas prácticas, conocimientos e intervenciones basadas en evidencia en materia de prevención, detección oportuna, atención, seguimiento y posvención de la conducta suicida;

XIV. Participar en los mecanismos de coordinación y colaboración con las autoridades federales, estatales y municipales competentes, promovidos por la Secretaría, para el cumplimiento de las acciones a su cargo;

XV. Promover, en coordinación con las autoridades competentes, mecanismos de colaboración con instituciones de educación superior para desarrollar acciones de prevención y orientación en sus comunidades, así como actividades de investigación y generación de conocimiento en materia de conducta suicida, con respeto a la autonomía universitaria, cuando corresponda;

XVI. Fungir como enlace técnico con la Comisión Nacional de Salud Mental y Adicciones y con otras instancias federales competentes en la materia; y

XVII. Las demás que establezcan esta Ley y otras disposiciones aplicables.

Artículo 12. Los ayuntamientos, en el ámbito de sus atribuciones y de conformidad con las disposiciones aplicables, participarán en la implementación de esta Ley mediante las acciones siguientes:

I. Coadyuvar en la implementación territorial del Programa Estatal y de las acciones de prevención, detección oportuna y canalización de personas con conducta suicida;

II. Promover acciones de información y sensibilización dirigidas a la población, orientadas al fortalecimiento de factores protectores, la disminución de factores de riesgo, la identificación de señales de alerta y la búsqueda oportuna de ayuda;

III. Difundir los servicios disponibles y los mecanismos de orientación, atención en crisis y canalización oportuna, incluidos los medios telefónicos y digitales;

IV. Facilitar, por conducto de su personal de primer contacto y conforme a los protocolos aplicables, la detección inicial y canalización de personas que requieran atención;

V. Promover la capacitación del personal municipal que, por sus funciones, pueda tener contacto con personas en situación de riesgo;

VI. Proporcionar a la Comisión, la información disponible sobre las acciones municipales implementadas y sus resultados, con observancia de las disposiciones aplicables en materia de protección de datos personales;

VII. Participar, a través de los COMSA constituidos conforme a la Ley de Salud Mental y Prevención de Adicciones, en la creación y fortalecimiento de redes comunitarias de prevención, orientación y apoyo;

VIII. Celebrar convenios y demás instrumentos de coordinación con las autoridades estatales competentes para el cumplimiento de esta Ley; y

IX. Las demás que establezcan esta Ley y otras disposiciones aplicables.

Artículo 13. El personal de primer contacto realizará acciones de identificación de señales de alerta, contención inicial, activación de servicios de emergencia y canalización oportuna, conforme a su formación, competencia profesional y funciones, así como a los protocolos y a la legislación aplicables.

La actuación del personal de primer contacto que no cuente con formación clínica en salud mental, se limitará a la identificación de señales de alerta, la contención inicial y la canalización oportuna hacia los servicios competentes, conforme a los protocolos y a la legislación aplicables.

En ningún caso dichas actuaciones sustituirán la valoración, el diagnóstico, el tratamiento ni las intervenciones que correspondan al personal profesional competente.

Capítulo III
Del Programa Estatal

Artículo 14. El Programa Estatal será el instrumento especializado previsto en el artículo 103 fracción I de la Ley de Salud Mental y Prevención de Adicciones, para la planeación, coordinación, implementación y evaluación de las acciones en materia de prevención, detección oportuna, atención, seguimiento y posvención de la conducta suicida. El programa anual de trabajo previsto en el artículo 104 de dicha Ley, instrumentará sus acciones, metas y responsables para cada ejercicio, sin constituir un programa paralelo.

La Comisión elaborará el Programa Estatal y sus modificaciones, con la participación de las autoridades competentes. El Organismo revisará las acciones y servicios de su competencia y formulará las observaciones técnicas, operativas y presupuestarias correspondientes. La Comisión someterá el proyecto a la autorización de la Secretaría, a quien corresponderá emitirlo.

La Secretaría establecerá, de común acuerdo con las instituciones participantes, los mecanismos de coordinación y los acuerdos de colaboración necesarios para su implementación. El Organismo participará en los mecanismos correspondientes a los servicios y acciones de su competencia. La Comisión coordinará la aplicación de las acciones especializadas, los protocolos y las rutas de intervención, y realizará el seguimiento y la evaluación del Programa.

El Programa identificará a las instancias responsables de ejecutar y, en su caso, coordinar cada línea de acción, sin ampliar sus atribuciones legales. El Organismo organizará y prestará los servicios de salud a su cargo; la Comisión ejecutará las acciones de prevención, capacitación, intervención comunitaria y posvención de su competencia; y, las demás autoridades e instituciones, las correspondientes a su sector.

En su elaboración, seguimiento, evaluación y actualización podrán considerarse las opiniones y recomendaciones que emita el Consejo en el ámbito de sus atribuciones, así como las opiniones y propuestas que la Comisión recabe de personas con experiencia vivida relacionada con la conducta suicida, familiares, personas en duelo y organizaciones especializadas.

La participación de las personas con experiencia vivida, familiares y personas en duelo, será voluntaria e informada y se desarrollará mediante mecanismos seguros que protejan su privacidad y confidencialidad y eviten su estigmatización o revictimización.

El Programa Estatal se articulará y guardará congruencia con el Programa Estatal de Salud Mental y Adicciones, la política estatal de salud y las políticas y estrategias nacionales aplicables.

Artículo 15. El Programa Estatal deberá contener, cuando menos:

I. El diagnóstico de la situación estatal, sustentado en la información estadística y epidemiológica disponible y en el análisis de los factores personales, familiares, sociales, económicos, laborales, comunitarios y de salud relacionados con la conducta suicida;

II. Los objetivos, estrategias, metas, líneas de acción e indicadores de resultado;

III. La identificación de poblaciones, comunidades y regiones prioritarias, atendiendo, entre otros elementos, a la edad, sexo, género, discapacidad, pertenencia cultural, condiciones socioeconómicas y características territoriales, con la finalidad de orientar el diseño y la implementación de acciones diferenciadas acordes a sus necesidades y contextos específicos;

IV. Las acciones de prevención dirigidas al fortalecimiento de los factores protectores, la disminución de los factores de riesgo, el desarrollo de habilidades socioemocionales y la promoción de la búsqueda oportuna de ayuda;

V. Las medidas para promover la reducción del acceso a medios potencialmente letales, dentro del ámbito de las competencias estatales;

VI. Las acciones intersectoriales orientadas a atender los factores sociales, económicos, laborales, comunitarios y ambientales relacionados con la conducta suicida que sean identificados en el diagnóstico estatal, dentro del ámbito de competencia de las autoridades participantes;

VII. Los mecanismos de detección oportuna, intervención inicial, canalización, referencia y contrarreferencia;

VIII. Las estrategias de atención en crisis, continuidad de la atención y seguimiento;

IX. Las acciones de posvención dirigidas a las personas sobrevivientes de un intento de suicidio, las personas sobrevivientes de una pérdida por suicidio, familiares, personas allegadas, instituciones y comunidades afectadas;

X. Las estrategias de capacitación del personal de salud y de quienes puedan intervenir como primer contacto;

XI. Las acciones de información, sensibilización y comunicación responsable;

XII. Los mecanismos de coordinación interinstitucional y de participación social y comunitaria;

XIII. Las fuentes de información y los mecanismos de vigilancia epidemiológica que se utilizarán;

XIV. Las metas e indicadores para su seguimiento y evaluación;

XV. Los mecanismos y la periodicidad para su revisión y actualización;

XVI. La identificación de las autoridades responsables de cada línea de acción, así como las etapas y plazos para su implementación; y

XVII. Las previsiones operativas y presupuestarias necesarias para su ejecución, con sujeción a la disponibilidad de recursos y a las disposiciones aplicables.

La información utilizada para la elaboración, seguimiento y evaluación del Programa Estatal deberá presentarse desagregada, cuando resulte posible, por edad, sexo, municipio, región y demás variables relevantes, con observancia de las disposiciones aplicables en materia de protección de datos personales y confidencialidad.

La Secretaría de Seguridad Pública y la Fiscalía General del Estado proporcionarán a la Comisión, la información a que se refiere la Ley de Salud Mental y Prevención de Adicciones, para la integración del diagnóstico estatal, con observancia de la legislación en materia de protección de datos personales, transparencia y acceso a la información pública.

Artículo 16. La Comisión, en coordinación con la Secretaría, el Organismo y demás autoridades competentes, elaborará y actualizará anualmente un diagnóstico estatal sobre la conducta suicida, el cual servirá de base para el diseño, ejecución, seguimiento y evaluación del Programa Estatal.

Dicho diagnóstico se sustentará en información estadística, epidemiológica y administrativa proveniente de fuentes oficiales, con el propósito de identificar variaciones significativas, concentraciones territoriales o temporales y patrones emergentes que permitan focalizar las acciones preventivas y la intervención interinstitucional.

La Comisión remitirá oportunamente, los hallazgos relevantes a las instancias competentes para la adopción de medidas coordinadas, con observancia de las disposiciones aplicables en materia de protección de datos personales.

El diagnóstico se integrará a partir de los registros institucionales disponibles. Su actualización anual no implicará, por sí misma, crear encuestas, plataformas o registros paralelos. Para la integración y transferencia de la información, la Comisión podrá emitir criterios técnicos y variables estandarizadas dentro de sus atribuciones, sin imponer obligaciones de suministro de datos distintas de las previstas en la legislación aplicable. El tratamiento de los datos se sujetará a la normativa aplicable en materia de protección de datos personales.

Capítulo IV
De la Prevención y Detección Oportuna

Artículo 17. Las acciones de prevención se fundamentarán en el reconocimiento de la conducta suicida como un fenómeno complejo y multifactorial, condicionado por determinantes personales, familiares, sociales, económicos, laborales, comunitarios, ambientales y de salud.

Dichas acciones se basarán en la mejor evidencia científica disponible y estarán dirigidas de manera enunciativa más no limitativa a:

I. Fortalecer los factores protectores;

II. Mitigar los factores de riesgo;

III. Fomentar la detección temprana de señales de alerta;

IV. Contribuir a la eliminación del estigma asociado a los problemas de salud mental y a la conducta suicida; y

V. Promover la búsqueda oportuna de ayuda profesional.

Las estrategias preventivas articularán de forma gradual y coordinada:

a) Medidas universales: dirigidas a la población en general;

b) Medidas selectivas: destinadas a grupos en situación de vulnerabilidad o con mayor exposición a factores de riesgo; y

c) Medidas indicadas: orientadas a personas que manifiestan señales de alerta o riesgo inminente.

La identificación de señales de alerta o de una situación de riesgo, dará lugar a la canalización oportuna hacia los servicios competentes, conforme a los protocolos aplicables. Cuando exista riesgo inminente para la vida o integridad de la persona, se activarán de inmediato los servicios de emergencia y las rutas de atención correspondientes.

Artículo 18. La Secretaría, por conducto de la Comisión, impulsará campañas y estrategias permanentes de información y sensibilización dirigidas a la población, orientadas a difundir factores protectores, señales de alerta, servicios disponibles, mecanismos de atención en crisis y rutas de canalización.

Se establece septiembre como el "Mes Estatal para la Prevención del Suicidio", periodo en el cual las autoridades competentes coordinarán e intensificarán jornadas informativas, académicas, culturales y de participación comunitaria en la materia.

Los contenidos y materiales que se difundan, deberán emplear un lenguaje accesible, incluyente, libre de estigmas y con estricto apego a la dignidad humana, observando la guía técnica para la comunicación responsable sobre la conducta suicida, prevista en el artículo 34 de la presente Ley.

Artículo 19. Los servicios gratuitos y confidenciales de escucha, orientación, contención emocional, intervención en crisis y canalización inmediata, por vía telefónica y medios digitales, se prestarán a través del Centro de Comando, por conducto de la Secretaría de Seguridad Pública, en los términos de la Ley del Sistema Estatal de Seguridad Pública de Durango y de las disposiciones administrativas, sanitarias y técnicas aplicables, sin perjuicio de los servicios que presten los ayuntamientos y la Federación en el ámbito de sus competencias.

La Secretaría de Seguridad Pública, el Organismo y la Comisión establecerán, mediante los instrumentos de coordinación correspondientes, las responsabilidades operativas y técnicas, los mecanismos de capacitación y supervisión, así como las rutas de canalización y vinculación con los servicios de salud y de emergencia.

El Organismo y la Comisión podrán comisionar personal de salud mental que cuente con la habilitación profesional correspondiente, conforme a sus atribuciones, las disposiciones aplicables y los instrumentos de coordinación que se celebren.

Las previsiones operativas y presupuestarias para estos servicios se integrarán al Programa Estatal, privilegiando el aprovechamiento de la infraestructura y los mecanismos institucionales existentes.

Artículo 20. La Secretaría, por conducto de la Comisión y en coordinación con los ayuntamientos y los sectores social y privado, promoverá intervenciones comunitarias orientadas a reconstruir el tejido social, fortalecer los vínculos familiares, consolidar redes de apoyo y fomentar el sentido de pertenencia.

Estas intervenciones podrán articularse con actividades deportivas, formativas, recreativas, artísticas y culturales, con la colaboración del Instituto Estatal del Deporte, el Instituto de Cultura del Estado de Durango, de instituciones educativas, colegios de profesionistas, organizaciones de la sociedad civil y comités vecinales.

Los grupos de ayuda mutua y las redes comunitarias tendrán un papel coadyuvante y complementario. La Comisión promoverá que reciban capacitación básica y cuenten con mecanismos expeditos de canalización hacia las instancias de salud. Su labor en ningún caso suplirá las atribuciones del Estado ni la intervención del personal de salud.

Artículo 21. La Secretaría de Educación del Estado, sin perjuicio de lo previsto en la Ley de Salud Mental y Prevención de Adicciones y en el ámbito de sus atribuciones y, en coordinación con la Secretaría, con la participación técnica de la Comisión, implementará de manera progresiva acciones de prevención y detección oportuna de señales de alerta en los centros educativos, las cuales comprenderán:

I. La capacitación continua del personal docente, directivo, de orientación educativa y trabajo social; así como del personal de psicología y demás personal de salud mental que brinde servicios en los planteles educativos;

II. La emisión y aplicación, en el ámbito educativo, de protocolos de actuación ante situaciones de riesgo, con la participación técnica de la Comisión y en congruencia con los protocolos sanitarios y las rutas de canalización aplicables;

III. El fortalecimiento de habilidades socioemocionales y de resiliencia en la comunidad estudiantil;

IV. La orientación y sensibilización a madres, padres de familia, tutores o quienes ejerzan la patria potestad de niñas, niños y adolescentes de las comunidades escolares; y

V. El establecimiento de rutas directas de canalización y vinculación con los servicios de salud mental.

La intervención del personal escolar se circunscribirá a labores de prevención, identificación primaria, contención inicial y canalización oportuna, sin que constituya en ningún supuesto una práctica de diagnóstico o tratamiento clínico.

Todas las acciones en el ámbito escolar, observarán prioritariamente el interés superior de la niñez, la autonomía progresiva, el derecho a la intimidad y la confidencialidad de niñas, niños y adolescentes.

Cuando ocurra un intento de suicidio o una muerte por suicidio que impacte a una comunidad educativa, la dirección del plantel activará inmediatamente los protocolos de posvención aplicables y dará aviso a la Secretaría de Educación del Estado y a la Comisión.

Ambas instancias coordinarán, en sus respectivos ámbitos de competencia y en coordinación con el Organismo y las demás instituciones de salud competentes, las acciones de acompañamiento psicosocial y vinculación con los servicios de salud, para prevenir conductas de imitación y evitar la estigmatización o revictimización de las personas involucradas.

Artículo 22. La Secretaría y la Comisión, promoverán la suscripción de convenios de colaboración con las instituciones de educación superior, con pleno respeto a su autonomía, para implementar programas de prevención, detección oportuna, contención inicial y posvención de la conducta suicida.

Dichos programas impulsarán el fortalecimiento de las tutorías y áreas de apoyo psicopedagógico, la capacitación a la comunidad universitaria, el fomento de redes de apoyo entre pares y la vinculación efectiva con los servicios especializados de salud mental.

Las instituciones podrán involucrar a sus áreas de salud y ciencias de la conducta, así como al personal de psicología que brinde servicios en sus planteles para coadyuvar en estas acciones. Asimismo, podrán promover la participación de prestadores de servicio social en psicología y trabajo social, mediante los convenios previstos en la Ley de Educación del Estado de Durango y bajo supervisión profesional.

Artículo 23. La Secretaría del Trabajo y Previsión Social del Estado, sin perjuicio de lo establecido en la Ley de Salud Mental y Prevención de Adicciones, en el ámbito de sus atribuciones y conforme a la normatividad aplicable, en coordinación con la Secretaría y por conducto de la Comisión, promoverá en los centros de trabajo la consolidación de entornos organizacionales favorables y la prevención de la conducta suicida, a través de:

I. La difusión y sensibilización sobre señales de alerta y factores protectores;

II. El abordaje y mitigación de factores de riesgo psicosocial en el trabajo;

III. La prevención y erradicación del acoso laboral, el hostigamiento y la discriminación;

IV. La canalización oportuna y difusión continua de los servicios de apoyo en crisis y salud mental; y

V. Las demás acciones que contribuyan al cumplimiento de los objetivos de la presente Ley y demás disposiciones aplicables.

Para el cumplimiento de este precepto, se podrán celebrar convenios de colaboración con los sectores productivo, sindical, académico y colegiado.

Artículo 24. La Comisión, en coordinación con la Secretaría y el Organismo, diseñará e implementará programas sistemáticos y permanentes de capacitación y actualización sobre la prevención, detección y abordaje de la conducta suicida, dirigidos al personal de los establecimientos de salud del Sistema.

Estos programas serán obligatorios para el personal de los establecimientos a cargo de la Secretaría y del Organismo. Se promoverá la participación del personal de los demás establecimientos públicos, sociales y privados mediante mecanismos de coordinación y colaboración.

Dicha capacitación comprenderá, como mínimo:

I. La identificación de señales de alerta y valoración integral del riesgo suicida;

II. El manejo inicial de la crisis y las intervenciones breves basadas en evidencia;

III. La aplicación de las guías clínicas y rutas de referencia y contrarreferencia;

IV. El seguimiento y la continuidad de cuidados posteriores a una crisis o intento de suicidio;

V. El trato digno, ético, confidencial, con perspectiva de derechos humanos y libre de estigmatización o revictimización; y

VI. Las pautas de orientación, psicoeducación y contención para familiares y redes de apoyo.

Los programas formativos se dirigirán prioritariamente al personal de los primeros niveles de atención, áreas de urgencias, servicios ambulatorios y de atención prehospitalaria.

Tratándose de los establecimientos de salud de los sectores social y privado, la Comisión promoverá, mediante convenios de colaboración, que su personal participe en los programas de capacitación y actualización previstos en este artículo, en los términos de la Ley de Salud Mental y Prevención de Adicciones.

Artículo 25. Las dependencias y entidades de la administración pública estatal competentes en materia de salud, infraestructura y obra pública, seguridad pública, protección civil y desarrollo rural, en coordinación con los ayuntamientos y las instancias federales correspondientes, en el ámbito de sus respectivas atribuciones, implementarán medidas orientadas a reducir el acceso a medios potencialmente letales, mediante:

I. La elaboración y difusión de recomendaciones preventivas para el almacenamiento seguro, resguardo y desecho adecuado de medicamentos, plaguicidas, agroquímicos y sustancias tóxicas de uso doméstico, industrial o agrícola, así como, cuando proceda, la emisión de disposiciones de observancia obligatoria por las autoridades expresamente facultadas para ello, conforme a la legislación aplicable;

II. La identificación y el monitoreo de puntos críticos o de alta recurrencia de conductas suicidas en espacios públicos e infraestructura urbana, así como la adopción de medidas de protección determinadas mediante evaluación técnica y en coordinación con las autoridades o personas responsables de su administración.
Estas medidas podrán comprender la instalación o adecuación de barreras físicas, la colocación visible de señalización con las líneas de auxilio y atención en crisis y, cuando resulte procedente, sistemas de videovigilancia, conforme a la normativa aplicable y con observancia de las disposiciones en materia de protección de datos personales; y

III. Las demás acciones que resulten procedentes conforme a los fines de esta Ley y la normativa aplicable en la materia.

Capítulo V
De la Atención, el Seguimiento y la Posvención

Artículo 26. Toda persona en situación de riesgo o con conducta suicida tiene derecho a recibir atención médica y psicológica integral, oportuna, continua, confidencial y libre de discriminación o revictimización, en estricto apego a los derechos humanos, su dignidad, autonomía, voluntad y preferencias.

El consentimiento informado regirá en todo momento la atención en salud mental, conforme a las disposiciones aplicables.

Los familiares y las personas que conformen la red de apoyo tendrán derecho a recibir orientación, psicoeducación y acompañamiento profesional durante el proceso de atención.

Artículo 27. La atención a personas en situación de crisis o emergencia por conducta suicida, se brindará bajo el principio de cero rechazo, de conformidad con la Ley General de Salud, las normas oficiales mexicanas y la legislación estatal en la materia.

Los establecimientos de salud brindarán la atención inicial de urgencia, la estabilización y, cuando corresponda, la referencia a los servicios especializados, de acuerdo con la Ley General de Salud, las disposiciones sanitarias aplicables y su capacidad resolutiva. Las limitaciones de esta última no justificarán negar la atención inicial ni omitir la gestión de la referencia y el traslado. La coordinación con las instituciones federales, se sujetará a su régimen jurídico y a los instrumentos aplicables.

La Secretaría, por conducto de la Comisión y en coordinación con el Organismo, articulará los mecanismos de referencia y contrarreferencia para favorecer la continuidad de la atención. Los establecimientos y servicios que atiendan a la persona, gestionarán cuando corresponda, su canalización y traslado seguro en coordinación con las instituciones receptoras y los servicios de atención prehospitalaria, conforme a los protocolos aplicables.

En ningún caso se condicionará ni negará la atención de urgencia por motivos socioeconómicos de la persona que requiere atención, por la condición de salud mental o por cualquier otro criterio discriminatorio.

Artículo 28. La Secretaría, a propuesta técnica de la Comisión, emitirá los protocolos clínicos y de actuación para la atención integral de la conducta suicida, los cuales serán de observancia obligatoria para los establecimientos de salud públicos, sociales y privados del Sistema Estatal que presten servicios de atención a la conducta suicida en el Estado, en los términos de la legislación aplicable y conforme al ámbito de aplicación definido en cada protocolo.

Los protocolos no sustituirán las normas oficiales mexicanas ni establecerán requisitos sanitarios reservados a la Federación. Deberán guardar congruencia con la Ley General de Salud, la Ley de Salud del Estado de Durango, la Ley de Salud Mental y Prevención de Adicciones, las normas oficiales mexicanas y las demás disposiciones sanitarias aplicables; tomarán como referencia las guías de práctica clínica pertinentes y la evidencia científica disponible. En ningún caso podrán contravenir dichas disposiciones ni atribuir al personal funciones ajenas a su competencia o habilitación profesional.

La Comisión elaborará las propuestas técnicas con la participación del Organismo y de las instituciones competentes, en ejercicio de las atribuciones previstas en la Ley de Salud Mental y Prevención de Adicciones. Los instrumentos de actuación que correspondan a otras autoridades, serán emitidos o adoptados por éstas, conforme a sus respectivas atribuciones.

Los protocolos deberán cubrir, en su conjunto, los siguientes componentes mínimos. Para cada componente se identificarán los establecimientos y servicios responsables, las acciones que deberán realizar y los mecanismos de coordinación y referencia necesarios para asegurar su cumplimiento:

I. Criterios clínicos y de tamizaje para la identificación de señales de alerta y estratificación del nivel de riesgo;

II. Lineamientos para la evaluación inicial, integral e interdisciplinaria;

III. Pautas de intervención breve, contención emocional y estabilización médica y psiquiátrica en crisis;

IV. Criterios de ingreso hospitalario como medida de último recurso y por el menor tiempo posible, con consentimiento informado y conforme a la Ley de Salud Mental y Prevención de Adicciones, incluidos los supuestos de urgencia y los aplicables a niñas, niños y adolescentes;

V. Las rutas expeditas de referencia, contrarreferencia y derivación;

VI. El diseño e instrumentación colaborativa de un Plan de Seguridad Individualizado;

VII. El seguimiento clínico, ambulatorio y psicosocial posterior al egreso hospitalario o del área de urgencias;

VIII. Los mecanismos y periodicidad de contacto proactivo para la continuidad del cuidado;

IX. Esquemas de orientación y soporte a la red de apoyo; y

X. Mecanismos que garanticen la participación activa de la persona usuaria y el pleno respeto a su autonomía.

Cada protocolo precisará su objeto, los establecimientos y servicios a los que resulte aplicable y las responsabilidades de cada uno, conforme a su nivel de atención y capacidad resolutiva. Cuando una intervención exceda dicha capacidad, establecerá las acciones de atención inicial y el procedimiento de referencia que deberán realizarse, así como los mecanismos para asegurar la continuidad de la atención.

En todos los protocolos se observarán el respeto a los derechos humanos, la confidencialidad, la protección de datos personales y la atención libre de discriminación, estigmatización y revictimización.

Lo anterior, sin perjuicio de las atribuciones de las instituciones federales de salud, con las que se promoverá la coordinación necesaria para la articulación de los protocolos mediante los convenios que al efecto se celebren.

Artículo 29. En la atención a niñas, niños y adolescentes con conducta suicida, se observarán el interés superior de la niñez, su autonomía progresiva, su desarrollo evolutivo y sus derechos a la intimidad y confidencialidad. La atención médica y psicológica será inmediata y prioritaria.

La atención de urgencia y estabilización no podrá suspenderse ni retrasarse por la ausencia o falta de localización de quienes ejerzan la patria potestad, tutela o guarda y custodia y, se realizará conforme a los procedimientos de autorización y documentación previstos en las disposiciones sanitarias aplicables. Ante la negativa de dichas personas, se procederá conforme al artículo 40 de la Ley de Salud Mental y Prevención de Adicciones.

Se garantizará su derecho a expresar su opinión y a que ésta sea considerada conforme a su edad y madurez. En situaciones de urgencia, su participación se facilitará según sus condiciones clínicas, sin retrasar la atención. El consentimiento informado, el acompañamiento y la representación se sujetarán a la Ley de Salud Mental y Prevención de Adicciones y demás disposiciones aplicables.

El personal de salud comunicará de inmediato las vulneraciones de derechos de las que tenga conocimiento a las autoridades competentes, conforme a la legislación general y estatal en materia de derechos de niñas, niños y adolescentes. Se cumplirán, además, las obligaciones de notificación previstas en el artículo 42 de la Ley de Salud Mental y Prevención de Adicciones y de denuncia establecidas en el Código Nacional de Procedimientos Penales. El aviso a la Procuraduría de Protección de Niñas, Niños y Adolescentes del Estado de Durango, no sustituirá ni condicionará las obligaciones ante el Ministerio Público.

Cuando la comunicación de información o la intervención de quienes ejerzan la patria potestad, tutela o guarda y custodia pueda incrementar el riesgo para la integridad de la niña, niño o adolescente, el personal de salud solicitará de inmediato la intervención de las autoridades competentes, sin interrumpir la atención. Las medidas de protección, las decisiones sobre representación y las restricciones de información o intervención familiar se sujetarán a los supuestos, procedimientos y competencias previstos en la legislación aplicable. El personal de salud colaborará en su cumplimiento dentro del ámbito de sus funciones.

Artículo 30. Las instituciones del sector salud, en el ámbito de sus respectivas competencias, garantizarán la continuidad de la atención de las personas atendidas por crisis o intento de suicidio, mediante el seguimiento que corresponda a sus necesidades.

La modalidad, frecuencia y duración del seguimiento se determinarán conforme a la valoración individual del riesgo, el criterio clínico, las necesidades clínicas y psicosociales, la evolución de la persona y los protocolos aplicables.
El seguimiento podrá realizarse mediante consultas programadas, contacto telefónico o digital, visitas domiciliarias u otras intervenciones pertinentes. Las instituciones organizarán estas acciones conforme a sus capacidades y recursos disponibles y, cuando la atención requerida exceda su capacidad resolutiva, gestionarán la referencia y coordinación necesarias para asegurar su continuidad.

La red de apoyo podrá participar con la conformidad de la persona y cuando resulte benéfico para su atención, con observancia de las disposiciones aplicables en materia de confidencialidad, protección de datos personales y derechos de niñas, niños y adolescentes.

Artículo 31. Las acciones de posvención estarán orientadas a brindar contención emocional, acompañamiento psicosocial, evaluación de riesgo y, en su caso, canalización terapéutica a familiares, personas allegadas, centros de trabajo, planteles escolares y comunidades impactadas por una muerte por suicidio o un intento de suicidio.

Dichas acciones incluirán al personal de salud, de los cuerpos de seguridad pública, protección civil y servicios de emergencia prehospitalaria que hayan intervenido en la atención del suceso.

La Secretaría, por conducto de la Comisión y en coordinación con el Organismo y las demás instituciones competentes, coordinará la implementación de las acciones de posvención. La Comisión y las demás instituciones participantes, ejecutarán las intervenciones que les correspondan conforme a sus respectivas atribuciones y a los protocolos aplicables.

La Secretaría, a propuesta de la Comisión, expedirá los protocolos de posvención, los cuales contemplarán:

I. Estrategias diferenciadas de intervención comunitaria e institucional según el entorno del suceso;

II. El fomento y vinculación con grupos de apoyo mutuo de personas sobrevivientes de pérdida por suicidio; y

III. Medidas específicas para prevenir conductas de contagio o imitación, garantizando un tratamiento digno y no revictimizante.

Capítulo VI
De la Capacitación del Personal de Primer Contacto

Artículo 32. La Comisión, en coordinación con la Secretaría y las autoridades competentes, promoverá y coordinará programas permanentes de capacitación y actualización dirigidos al personal de seguridad pública, protección civil, asistencia social, procuración de justicia, de los centros penitenciarios y de los centros especializados de internamiento para adolescentes, así como a las demás personas servidoras públicas que, por sus funciones, puedan intervenir como primer contacto ante una persona con conducta suicida.

La capacitación deberá adecuarse a las atribuciones del personal destinatario y a las características del contexto en el que desempeñe sus funciones y, proporcionar herramientas para identificar señales de alerta, brindar contención inicial, activar los servicios de emergencia, realizar la canalización oportuna, conocer las rutas institucionales y evitar prácticas de discriminación, estigmatización o revictimización.

Las actuaciones del personal no especializado se sujetarán a lo establecido en el artículo 13 de la presente Ley.

Capítulo VII
De la Comunicación Responsable

Artículo 33. La Comisión promoverá recomendaciones y coordinará acciones de capacitación y sensibilización para la comunicación responsable sobre el suicidio y la conducta suicida, tomando como referencia las recomendaciones nacionales e internacionales basadas en evidencia y respetando en todo momento la libertad de expresión y el derecho a la información.

Artículo 34. Las acciones previstas en el artículo anterior se orientarán a:

I. El respeto a la dignidad y privacidad de las personas;

II. La prevención de contenidos sensacionalistas, estigmatizantes o revictimizantes;

III. La omisión de detalles sobre el método y lugar, así como de otros que puedan incrementar riesgos de imitación;

IV. La difusión de factores protectores y alternativas de atención;

V. La incorporación de información sobre servicios y mecanismos de ayuda;

VI. El respeto a familiares y personas afectadas; y

VII. La difusión de mensajes que favorezcan la búsqueda de ayuda y la prevención.

La Comisión elaborará y propondrá a la Secretaría, la guía técnica para la comunicación responsable sobre el suicidio y la conducta suicida, así como sus actualizaciones. La Secretaría emitirá dicha guía para su aplicación por las áreas de comunicación social de las dependencias y entidades de la Administración Pública Estatal, conforme a las disposiciones aplicables. Los demás poderes, los órganos constitucionales autónomos y los ayuntamientos, podrán adoptarla en el ámbito de sus respectivas competencias.

Para la elaboración y actualización de la guía, la Comisión podrá promover la participación de organizaciones de periodistas, medios de comunicación, instituciones académicas y especialistas en la materia, con respeto a la libertad de expresión y al derecho a la información.

La Comisión promoverá la adhesión voluntaria de los medios de comunicación a las recomendaciones de la guía técnica, mediante cartas de adhesión u otros instrumentos de colaboración, sin que ello implique mecanismos de autorización previa, censura o control de contenidos por parte de las autoridades.

Durante el mes de septiembre, la Comisión podrá reconocer públicamente la participación voluntaria de los medios de comunicación en acciones de prevención de la conducta suicida basadas en evidencia, así como en la capacitación y el intercambio de buenas prácticas de comunicación responsable entre medios y profesionales del periodismo.

El reconocimiento se otorgará conforme a criterios públicos y objetivos, tomando como referencia las recomendaciones de la guía prevista en este artículo, con respeto a la independencia editorial y sin que implique la certificación o aprobación de contenidos.

Capítulo VIII
De la Evaluación y el Seguimiento

Artículo 35. El Programa Estatal contará con indicadores que permitan evaluar, cuando menos:

I. La cobertura de las acciones preventivas;

II. La oportunidad de la atención;

III. La capacitación del personal;

IV. El seguimiento posterior a las crisis;

V. Las acciones de posvención;

VI. La evolución de los principales indicadores epidemiológicos relacionados con la conducta suicida; y

VII. El acceso efectivo de las poblaciones, comunidades y regiones prioritarias a las acciones y servicios previstos en esta Ley, así como la identificación de brechas territoriales o poblacionales.

Artículo 36. La Secretaría y el Organismo incorporarán a sus mecanismos ordinarios de evaluación y rendición de cuentas, información sobre los avances en la implementación del Programa Estatal, dentro de sus respectivos ámbitos de competencia.

La Comisión integrará anualmente los resultados del seguimiento y evaluación del Programa Estatal y los presentará a la Secretaría y al Consejo.

El Consejo, en el ámbito de sus atribuciones, dará seguimiento y evaluará dichos resultados y podrá formular las opiniones y recomendaciones que estime pertinentes.

La información de carácter público sobre los principales avances, indicadores y resultados del Programa Estatal, deberá difundirse por medios oficiales, de manera agregada o disociada y con observancia de las disposiciones aplicables en materia de protección de datos personales y confidencialidad.

ARTÍCULOS TRANSITORIOS

PRIMERO. El presente Decreto entrará en vigor al día siguiente de su publicación en el Periódico Oficial del Gobierno del Estado de Durango.

SEGUNDO. Dentro de los ciento ochenta días naturales siguientes a su entrada en vigor, la Secretaría de Salud emitirá, a propuesta técnica de la Comisión Estatal de Salud Mental y Adicciones y con la participación de Servicios de Salud de Durango, los protocolos y lineamientos de su competencia necesarios para la implementación de la ley especializada. Las demás autoridades adecuarán los instrumentos de su competencia en el mismo plazo. Los instrumentos vigentes continuarán aplicándose en cuanto sean compatibles con este Decreto, sin interrupción de los servicios.

TERCERO. Dentro del mismo plazo, la Comisión elaborará o actualizará el Programa Estatal previsto en el artículo 103, fracción I, de la Ley de Salud Mental y Prevención de Adicciones y lo someterá a la autorización y emisión de la Secretaría, previa revisión de Servicios de Salud de Durango respecto de las acciones de su competencia. Su implementación se articulará con el programa anual de trabajo previsto en el artículo 104 de dicha Ley.

CUARTO. Las autoridades competentes implementarán las acciones mediante los programas, mecanismos y recursos existentes y preverán las necesidades adicionales acreditadas en sus instrumentos de planeación y presupuestación, con cargo a los presupuestos aprobados y conforme a las disposiciones aplicables. La implementación progresiva no podrá interpretarse en perjuicio de las obligaciones de atención inmediata ni de la continuidad del cuidado reconocidas por la legislación sanitaria.

QUINTO. El Congreso del Estado realizará las acciones conducentes, dentro de un plazo de ciento ochenta días naturales a partir de la expedición del presente Decreto, a efecto de armonizar las definiciones previstas en el artículo 3 del presente Decreto y, en la Ley de Salud Mental y Prevención de Adicciones en su artículo 4 fracciones X, XXIX y XLII.

El Ciudadano Gobernador del Estado sancionará, promulgará y dispondrá se publique, circule y observe.

Dado en el Salón de Sesiones del Honorable Congreso del Estado, en Victoria de Durango, Dgo., a los (28) veintiocho días del mes de octubre del año (2026) dos mil veintiséis.

DIP. OTNIEL GARCÍA NAVARRO
PRESIDENTE.

DIP. JULIÁN CESAR RIVAS B NEVÁREZ
SECRETARIO.

DIP. IVAN SOTO MENDÍA
SECRETARIO.