

Sobre la Notificación Obligatoria de conducta suicida al Sistema Nacional de Vigilancia de salud en Argentina

On the Mandatory Notification of Suicidal Behavior to the National Health Surveillance System in Argentina

Lucía Valdez D'Stefano¹, Sebastián Malleza², Guilherme Santos Marques da Silva³, Felicitas Cayol⁴, Julieta Pinto⁵, Bernardo Julio Martínez⁶, León Daniel Matusevich⁷, María Florencia Grande Ratti⁸

Resumen

La integración de la salud mental en los sistemas de información ha ganado relevancia en los últimos años, impulsada por la Agenda 2030 de OMS/OPS, que no sólo reconoce esta problemática como un derecho humano, sino que promueve su vigilancia epidemiológica. En Argentina, tras años de vacío en este ámbito, se han logrado recientes y significativos cambios, como la inclusión del suicidio e intentos en la nómina de Eventos de Notificación Obligatoria (mediante la Resolución Ministerial 2827/2022). Aunque estos avances son fundamentales, el éxito depende de un cambio cultural y organizacional profundo, que trasciende las modificaciones técnicas o normativas. Este artículo aborda las controversias y barreras legales, éticas y operativas que dificultan la implementación efectiva, y favorecen al subreporte. Será necesario lograr una transformación social que permita una recopilación más eficiente y precisa de datos, garantizando la calidad de los registros y su impacto en las políticas públicas.

Palabras clave: suicidio, conducta suicida, salud mental, epidemiología, Argentina

Abstract

The integration of Mental Health in information systems has gained relevance in recent years, driven by the WHO/PAHO 2030 Agenda, which recognizes this problem as a human right and promotes its epidemiological surveillance. In Argentina, after years of a vacuum in this area, recent and significant progress has been made, such as the inclusion of suicide and suicide attempts in the list of Mandatory Notification Events (through Ministerial Resolution 2827/2022). Although these advances are crucial, global success relies on a profound cultural and organizational shift beyond technical or regulatory changes. This article addresses the controversy surrounding the legal, ethical, and operational barriers

RECIBIDO 27/2/2025 - ACEPTADO 9/4/2025

¹Médica, especialista en Psiquiatría.

Sección de Investigación, Servicio de Psiquiatría, Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina <https://orcid.org/0009-0007-0510-780X>

²Médico, especialista en Psiquiatría. Sección de Investigación, Servicio de Psiquiatría, Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina.

<https://orcid.org/0000-0002-1480-8743>

³Estudiante de Medicina. Universidad Hospital italiano, de Buenos Aires, Argentina <https://orcid.org/0009-0008-6076-5749>

⁴Estudiante de Medicina. Universidad Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina <https://orcid.org/0009-0007-5870-603X>

⁵Estudiante de Medicina. Universidad Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina <https://orcid.org/0009-0004-6712-8719>

⁶Médico, especialista en Medicina Interna. Subjefe Operativo del Servicio de Clínica Médica, Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina.

<https://orcid.org/0000-0002-0270-6520>

⁷Médico, especialista en Psiquiatría. Editor Jefe, Revista del Hospital Italiano de Buenos Aires. <https://orcid.org/0000-0002-3354-6611>

⁸Médica, especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Investigadora Asistente CONICET. Jefa del Área de Investigación en Medicina Interna, Servicio de Clínica Médica, Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina. <https://orcid.org/0000-0001-8622-8230>

Autora correspondiente

Lucía Valdéz D'Stefano

lucia.valdez@hospitalitaliano.org.ar

Institución en la que se realizó la investigación: Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina.



hindering effective implementation and favoring underreporting. It will be necessary to achieve a social transformation that allows a more efficient and accurate collection of data, guaranteeing the quality of the records and their impact on public policies.

Keywords: suicide, suicide attempted, mental health, epidemiology, Argentina

Introducción

El suicidio constituye un problema de salud pública (Grande Ratti et al., 2024), es la segunda causa de defunción entre jóvenes (OMS, 2021), y más de 700.000 personas se quitan la vida cada año (OMS, 2024). Pese a la implementación de sistemas de notificación obligatoria, no está claro si estas medidas realmente previenen el suicidio cuando no se acompañan de otras intervenciones efectivas (ej., seguimiento profesional, terapia, apoyo psicosocial). Adicionalmente, la subnotificación es un fenómeno mundial, multisignificado y complejo, que conlleva implicancias, sobre las que vale la pena reflexionar, siendo un tema controversial. El objetivo de este artículo es profundizar sobre los debates en las áreas legal, ética y prácticas/operativas.

Mortalidad por suicidio en las Américas

La Organización Panamericana de la Salud (OPS), produce un informe regional sobre la mortalidad por suicidio en las Américas cada cinco años (OPS, s.f.). En su edición 2015-2019, reportaron 93.737 muertes anuales (OMS, 2022); la mayoría en América del Norte (54.766 muertes), seguida del Cono Sur (20.046 muertes).

A su vez, señalaron que estos hallazgos deben interpretarse con cautela, ya que la calidad de los datos disponibles varían significativamente de un país a otro por múltiples factores (ej., culturales, religiosos, lega-

les), sugiriendo que la “carga real” del suicidio probablemente está siendo subestimada (OMS, 2022).

Una breve, pero intensa historia

Desde el 2013, el Plan de Acción Integral sobre Salud Mental subrayaba el compromiso global para alcanzar la “Meta 3.4”, que enfatiza la promoción y mejora de la salud mental, y la reducción de mortalidad prematura (OMS, 2021).

Su actualización del 2021 (OMS, 2021) ha resalta-do que las tasas de suicidio están subestimadas, probablemente por carencias de los sistemas de vigilancia, y por la atribución errónea a causas accidentales.

La “Meta 3.2” marca el trabajo sustancial requerido para reducir los suicidios en un tercio para el año 2030 (ver Tabla 1). Sin embargo, se necesitan datos e indicadores de salud mental (OMS, 2021), relacionados a medir la magnitud del problema, y los resultados (ej., tasas de suicidio). Para reunirlos, será necesario obtenerlos aprovechando datos existentes (ej., registros hospitalarios, registros civiles).

Observatorios de salud y vigilancia de conductas suicidas

Un observatorio es un sistema organizado que recopila, analiza, y difunde información sobre la salud de una población con el fin de monitorear y entender aspectos

Tabla 1. Meta mundial 3.2 del Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013-2030 (OPS). (21/09/2021. <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240031029>)

Meta mundial 3.2	La tasa de suicidios se habrá reducido en un tercio para el año 2030.
Indicador	Tasa de mortalidad por suicidio por cada 100.000 habitantes.
Medios de verificación	Registro anual sistemático de las muertes por suicidio.
Comentarios, supuestos y/o verificaciones	Las medidas eficaces para alcanzar esta meta requieren una acción conjunta de múltiples sectores ajenos al sector de la salud y la salud mental. Es difícil obtener datos de vigilancia precisos, y el aumento de la precisión de la información relativa a los suicidios, puede hacer que la cifra total de suicidios registrados no disminuya en algunos países, al igual que el envejecimiento de la población y otros posibles factores; la tasa de suicidios (en oposición al total de suicidios) es la mejor opción para reflejar las mejoras logradas con los esfuerzos de prevención. La meta (y el indicador) están en consonancia con los Objetivos De Desarrollo Sostenible 3 (meta 3.4 e indicador 3.4.2).

relevantes. Surgió de una analogía con la astronomía (donde observan y estudian estrellas, planetas, etc.), y se extrapola la observación como paso esencial para lograr comprender (Guidotti, 2022). Existen diferentes tipos: salud ambiental, eventos de salud, o enfermedades específicas (Posadas-Martínez et al., 2024).

Hoy en día, la muerte por suicidio se define en los códigos X60 a X84 y Y87.0 de la Clasificación Internacional de Enfermedades (Snowdon & Choi, 2020). Sin embargo, para la prevención eficaz del suicidio se precisa intensificar la vigilancia epidemiológica y el seguimiento, tanto de los casos de suicidio, como aquellos actos autolesivos. En este sentido, un boletín de OPS/OMS del 2015 ya definía el concepto de “conducta suicida” de manera inclusiva, contemplando ideas suicidas, tentativas, y suicidio consumado (OMS, 2015). Sin embargo, la heterogeneidad en las definiciones operativas representa un enorme desafío y entorpecen la vigilancia. Una revisión sistemática incluyó definiciones contemporáneas e identificó cuatro elementos que constituyen la base conceptual (Goodfellow et al., 2019). La intencionalidad y el suicidio emergieron como los aspectos más consensuados, pero las conductas suicidas no fatales mostraron mayor variabilidad (Goodfellow et al., 2019). Todo esto, impacta en la complejidad de su evaluación en la práctica clínica, y en consecuencia, desencadena errores en el volcado de datos, en detrimento de la calidad del registro sistemático.

Ese reporte de OPS/OMS también se hacía mención al reto de desarrollar e implementar observatorios (OMS, 2015), pero se conoce que la disponibilidad y la calidad de los datos (sobre el suicidio y las conductas autolesivas) son insuficientes en todo el mundo (OMS, 2024), ya que el estigma y el tabú hacen que no se denuncien los casos “no fatales”.

Existe un Observatorio Mundial (WHO, s.f.), una plataforma integral cuya misión es monitorear y evaluar sistemas sanitarios en diferentes países, para apoyar la toma de decisiones informadas. Sin embargo, para poder brindar información, es imprescindible que cada país cuente con el establecimiento de un sistema de vigilancia y con indicadores de salud mental a nivel nacional.

Integración de la salud mental a los sistemas de información

En los últimos años se ha promovido la integración de la salud mental en los sistemas de información, y la recopilación de datos relacionados con trastornos mentales. La Agenda 2030 ha impulsado la salud mental

como un derecho humano y un tópico prioritario. Esta integración implica que registros electrónicos, estadísticas nacionales, y bases de datos sobre servicios de salud también incluyan información sobre los trastornos mentales (incluidos los datos sobre suicidios y tentativas), que permitan entonces recopilar y comunicar datos sistemáticamente. Este paso facilitaría visibilidad, planificación, monitoreo y coordinación.

A pesar de los grandes avances en la integración a nivel mundial -aunque en Latinoamérica en menor medida-; la salud mental ha sido un área marginada, pudiendo ser explicada por varios factores históricos-sociales (ej., estigmatización, prejuicios) y económicos-estructurales (ej., fragmentación del sistema sanitario, falta o insuficientes recursos para recopilación y análisis de datos, déficit de inversión para procesos de digitalización).

La vigilancia epidemiológica no busca simplemente medir la magnitud del problema, sino generar información que conduzca a una acción efectiva, como:

- Prevención temprana (ej., identificar grupos más vulnerables).
- Sensibilización sobre suicidio y conductas suicidas, aumentando la conciencia pública, promoviendo la comprensión, y reduciendo la estigmatización.
- Evaluación de programas sanitarios (ej., eficacia de intervenciones).
- Formulación de políticas públicas. Las autoridades, con datos disponibles y adecuados, podrían mejorar la asignación de recursos y apoyo (ej., atención psicológica, asistencia social, capacitación profesional).

Sistemas de información en Argentina (SISA, SNVS 2.0 y DEIS)

En Argentina hubo un gran vacío durante muchos años, pero se concretaron cambios recientes que valen la pena remarcar.

En 2007, mediante la Resolución 883 del Ministerio de Salud de la Nación (MSAL), se creó el Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentino (SISA) (MSAL, 2023a). Desde el 2018 existe el Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0), montado sobre el SISA, que tiene como objetivo ser el único sistema de notificación oficial para recopilar información sobre los Eventos de Notificación Obligatoria (ENO). Este sistema permite generar información disponible para tomadores de decisión, quienes tienen a cargo acciones de control y prevención. Fue diseñada de manera accesible tanto para autoridades sanitarias y otros actores clave, como para población general,

favoreciendo transparencia y acceso público sobre la situación nacional.

La notificación obligatoria de los ENO se estableció a través de la Ley Nacional N°15.465 en 1960. Sin embargo, se realizó una actualización que incorporó los "intentos de suicidio" a la nómina y al "Manual de Normas y Procedimientos de Vigilancia y Control de ENO", mediante la Resolución Ministerial 2827/2022. Esta nueva legislación, establece de manera integral el listado actualizado de ENO, especifica las fuentes de información válidas, y define tanto la modalidad como la periodicidad de la notificación.

El desarrollo tecnológico ha evolucionado a un ritmo acelerado, permitiendo el uso de sistemas de información en "tiempo real". En Argentina, se registraron 85.189 suicidios entre 1990 y 2019 (Bonanno et al., 2022), según fuentes secundarias provenientes del MSAL e INDEC.

De forma similar, la Dirección de Estadísticas e Información de la Salud (DEIS) reporta las estadísticas de mortalidad en un repositorio público. La mortalidad nacional en el año 2022 registró 397.115 fallecimientos, un total de 3.221 correspondieron a suicidios (<1 %), aunque 18 % representaron causas externas como accidentes, envenenamientos, suicidios, y homicidios (MSAL, 2024a).

A pesar de que el propósito sea monitorear, analizar y responder a los problemas de salud pública en "tiempo real", se conoce que existen demoras en este proceso y en la difusión de esta información (ej., el informe del 2022 se publicó en 2024). No obstante, es importante remarcar que, pese a sus limitaciones y aspectos mejorables, el simple hecho de contar con un sistema operativo de información sanitaria, representa un avance significativo per se (cuando otros países carecen por completo).

Otros dos hitos estratégicos recientes fueron:

- A. La incorporación de la capacitación al personal sanitario en 2023, y
- B. La creación de un curso virtual, titulado "Eventos de Notificación Obligatoria en Salud Mental, 1era edición", por la Dirección Nacional de Abordaje Integral de Salud Mental y Consumos Problemáticos, y recientemente incorporado en la Plataforma Virtual en Octubre/2024, de acceso libre, gratuito y autoadministrado; creado para facilitar la participación de actores necesarios en los registros nacionales (MSAL, 2024b).

Aspectos legales

Ley de Salud Mental N° 26.657

Esta ley, promulgada en 2010 y reglamentada en 2013, fue debatida, pensada, reforzada y confirmada en el Código Civil en 2015, cumple con los lineamientos de OMS/OPS, y promueve que la atención en salud mental esté a cargo de un equipo interdisciplinario (ej., psicología, psiquiatría, trabajo social, enfermería, terapia ocupacional y otras disciplinas).

En 2022, Cohen cuestionaba que si bien los legisladores estuvieron en el camino correcto al sancionarla, era necesario un llamado urgente a las autoridades para facilitar y garantizar su implementación (Cohen, 2022). Por un lado, enfatizó en la necesidad de reorganizar sistemas y servicios (Cohen, 2022). Por otro lado, mencionó que más que el número de psicólogos y psiquiatras cada 100.000 habitantes, lo que verdaderamente importa es su formación y el propósito de su labor, y cuestionó que se requiere una atención primaria capacitada en salud mental (Cohen, 2022).

Esta ley establece un abordaje coordinado, interdisciplinario e interinstitucional del suicidio, y la creación de redes de apoyo. Aunque prevé que son necesarios dispositivos para la recuperación post-internación (ej., hogares de tránsito, hospitales de día), reportes entre colegas y comunicaciones científicas en congresos reconocieron el vacío real que existe una vez que la persona es dada de alta. Y justamente, la externación es el momento de mayor riesgo; lo que conduce a la paradoja "cuando más hay que sostener, es cuando menos se sostiene".

Ley N° 27.130 de Prevención del Suicidio

Esta ley, sancionada en 2015 y reglamentada en 2021, busca disminuir la cantidad de suicidios a través de prevención, asistencia y posvención.

La autoridad de aplicación es el MSAL, y una de sus funciones es "crear un sistema de registro con información estadística de los intentos de suicidios, suicidios cometidos (...); creará un sistema de notificación obligatoria, y promoverá que las jurisdicciones unifiquen sus registros" (MSAL, 2023b).

Recién en 2022 se creó el Programa de Abordaje Integral de la Problemática del Suicidio. En concordancia, las acciones promovidas deben garantizar el abordaje temprano e integral del riesgo, el fortalecimiento de la red de atención, y la calidad de los registros sobre los suicidios consumados y los intentos

(MSAL, 2022). Esta iniciativa estableció dos objetivos principales: (a) promover líneas de acción para la prevención y atención del suicidio, y (b) articular el trabajo entre diferentes actores.

Un aspecto fundamental es su enfoque en “riesgo suicida”, concepto que plantea desafíos específicos en la capacitación del personal, particularmente en identificación/diferenciación entre la “verdadera” intención suicida, y otras conductas autoagresivas que no implican intencionalidad suicida. Esta distinción es crucial ya que impacta directamente en el registro y en la notificación, ya que aquello que no se diagnostica correctamente no puede ser reportado adecuadamente. Paradójicamente, la ausencia de estos casos en los registros no sólo representa el subregistro, sino que evidencian las limitaciones del sistema para captar la complejidad del fenómeno, siendo una señal de lo que queda “invisible”.

Ley N° 15.465 sobre Notificación Obligatoria

Los ENOs tienen sus orígenes en 1960, siendo inicialmente destinadas para enfermedades infecciosas, pero actualmente recaen sobre transmisibles y no transmisibles. A partir de la Resolución Ministerial 2827/2022, se actualizó el listado de eventos/patologías, las fuentes de información, la modalidad de notificación, y su periodicidad.

La nueva nómina del 2022 y el manual incluyó al “intento de suicidio” como un ENO. Luego, en 2023 se publicó la primera versión del instructivo para los equipos de salud (MSAL, 2023a), que facilita la participación activa y protocolizada de los diferentes actores en la Vigilancia Epidemiológica. Esta última, consiste en detección, recolección sistemática, análisis y difusión de información relevante, y de calidad (MSAL, 2023a). Por ende, estas modificaciones recientes en la normativa, obligan a los profesionales de la salud y a las autoridades de establecimientos (ya sean públicos o privados) a notificar los intentos de suicidio, pro-

moviendo la unificación de registros sobre suicidios e intentos de suicidios, como así también la creación de un sistema de registro (MSAL, 2023a). El SNVS recopila información sobre los ENOs para ponerla a disposición de tomadores de decisión.

El registro tiende a unificar toda la información referente a los casos de intentos de suicidio, incluyendo tanto aquellos que han tenido contacto con el sistema sanitario, como los que no (*ver Tabla 2*). Dependiendo de la disponibilidad de recursos o de la organización intrínseca de cada jurisdicción, las diversas funciones relacionadas al procedimiento de notificación pueden superponerse en una misma persona, o puede distribuirse entre varias.

Despenalización del suicidio, intentos de suicidio, y otras conductas autolesivas

Aunque la legislación varía según el país, la criminalización del suicidio e intentos aún persiste en diversos contextos, generando barreras significativas para que las personas busquen y reciban ayuda. Por eso, la despenalización es un paso crucial para mejorar la atención y el apoyo a las personas; que también favorecería la gobernanza eficaz, y facilitaría el reporte (OMS, 2021).

La legislación sobre el suicidio en el Cono Sur de América cambia en cuanto a su enfoque y paquete de medidas, pero generalmente se centra en la prevención del suicidio, la protección de la salud mental, y el tratamiento de las personas en riesgo.

Si bien suicidio e intentos continúan siendo fenómenos altamente estigmatizados en la sociedad (Nicholas et al., 2023), su despenalización representa un cambio paradigmático fundamental: transforma su abordaje desde una perspectiva moral/criminal hacia su reconocimiento como un problema de salud pública. Este enfoque no sólo mejoraría la calidad de los datos recopilados, sino que promueve un acercamiento más humanizado.

Tabla 2. ¿Quiénes están obligados a notificar?

Cualquier miembro del equipo de salud de todos los establecimientos sanitarios, preferentemente quienes asisten a la persona que ha padecido el evento.
Los responsables de nivel ministerial de las jurisdicciones, en aquellos casos que no hayan sido notificados desde los propios efectores de salud.*
Autoridades de los establecimientos públicos y privados, autoridades sanitarias jurisdiccionales y municipales.*
Autoridades de instancias externas. Por ejemplo, policial, judicial, escolar o cualquier tipo de entidad social.

* Referentes de epidemiología, estadística, personal técnico y/o administrativo; que sean designados para esta tarea; cuenten con usuario SISA (Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentino) con permisos; y hayan completado una capacitación específica y obligatoria en el manejo del sistema.

Cuestiones éticas

Se plantean algunos cuestionamientos éticos en torno a la notificación. En primer lugar, la confidencialidad de los datos personales (ej., la ficha de ENO incluye nombre, apellido, fecha de nacimiento y DNI). Entonces, una de las grandes paradojas de la cuestión radica en que forzar el reporte podría violar la privacidad de las personas afectadas. Este requisito podría disuadir a pacientes de buscar ayuda, ante el temor de que su información personal sea divulgada sin su consentimiento o utilizada de manera inapropiada. En este sentido, el registro se realiza en acuerdo con las directrices jurídicas que emanan del marco legal aplicable al sector salud. En lo que concierne al mantenimiento y al acceso a los datos personales y sensibles contenidos en los registros del SISA, se sigue el secreto profesional (Alegre et al., 2024), y el derecho a la confidencialidad de la Ley 25.326 de Protección de Datos Personales. Asimismo, la construcción y el manejo de información se realiza según la Ley de Estadísticas 17.622 (Decreto 3110/1968). El acceso a los datos se respeta por la Ley 26.529 de Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud, la cual establece que es el titular de los datos, y tiene derecho de acceder a ellos.

En segundo lugar, existe el riesgo de estigmatización y discriminación. La etiqueta de "persona que ha intentado suicidarse" puede tener repercusiones en múltiples niveles: desde la percepción social y el trato que recibe en su entorno, hasta la forma en que los profesionales interactúan con ella.

Entonces, para que una política de notificación obligatoria sea ética, debe garantizarse que se implementen las medidas necesarias para proteger los derechos de las personas, evitando el uso inapropiado, y asegurándose de que los esfuerzos se centren en la prevención y el apoyo adecuado (y no en el castigo o señalización).

Cuestiones prácticas, y el subreporte

El subreporte (o subregistro) es un fenómeno común, y ocurre incluso cuando la notificación es obligatoria, debido a barreras que atentan con la implementación efectiva (Värnik et al., 2010), siendo una problemática significativa y preocupante a nivel mundial (Li & Yip, 2020; Matsubayashi & Ueda, 2022; Onie et al., 2024). Es definido como la falta de registro por parte de profesionales, instituciones y/o sistemas encargados de la recopilación, a pesar de leyes/regulaciones que la exigen.

Se describen algunos motivos operativos que podrían explicarla:

- La falta de formación especializada en salud mental puede conducir a la dificultad en el correcto reconocimiento de los intentos de suicidio o las conductas autolesivas por parte de los profesionales. Esta deficiencia genera un círculo vicioso: sin una identificación adecuada durante la consulta, no puede haber un registro apropiado; y sin registros precisos, se subestima la magnitud del problema. El desconocimiento no sólo afecta la detección de casos, sino que limita la comprensión de la importancia crítica de esta problemática en personal no especializado.
- El personal puede no estar informado ni entrenado sobre la notificación obligatoria y los procedimientos/protocolos que deben seguir. Una solución, es la capacitación profesional, y campañas de sensibilización.
- Existen prejuicios y miedos del propio personal sanitario relacionados al reporte (ej., tener que ir a declarar o ser citado legalmente). Por ende, nadie quiere asumir la responsabilidad de informar (es más sencillo pensar que lo hará otro/a o delegar la tarea), y suele haber resistencia al cambio. Cabe recordar que "NOTIFICAR NO es lo mismo que DENUNCIAR", y que "la conducta suicida no debe ser juzgada" (Dois Castellón & Inostroza Ortega, 2024).
- La sobrecarga laboral y la falta de tiempo constituyen obstáculos significativos, particularmente en sistemas con limitados recursos y personal. La presión por atender muchos pacientes (ej., pagos por prestación) conlleva al subreporte y favorece los datos faltantes (ej., particularmente cuando las fichas son extensas).
- Problemas de coordinación interdisciplinaria puede generar una "desconexión" entre servicios/personas sobre quién hace qué (ej., la responsabilidad es de todos, pero no recae en nadie/ninguno). Incluso dentro de la salud mental: ¿psiquiatras y psicólogos son verdaderos equipos, o compiten y no funcionan de manera sinérgica?

Conclusiones

En Argentina, la notificación obligatoria de conductas suicidas representa un avance significativo en la vigilancia epidemiológica, aunque enfrenta desafíos sustanciales en su implementación. Los datos oportunos

y precisos son fundamentales para una comprensión clara de la magnitud del problema, porque permiten visibilizar, pensar medidas, y planificar acciones. Sin embargo, existe sub-reportaje, similar a otras situaciones epidemiológicas (ej., COVID-19, Dengue). En ese sentido, los sistemas de atención son el reflejo de la sociedad en la que funcionan. Por más leyes y capacitaciones que se hagan, si el cambio no es social, no va a ser.

Los sistemas de información sanitaria requieren un cambio cultural y organizacional, que puede ser difícil de lograr. Las principales barreras identificadas en esta revisión se agrupan en tres dimensiones:

- A. Legales (confidencialidad, protección de datos personales),
- B. Éticas (estigmatización, discriminación), y
- C. Prácticas (limitaciones logísticas, operativas, administrativas).

No alcanza con la simple existencia de capacitaciones y protocolos claros, aunque representan el punto de partida. Adicionalmente, para que la notificación sea eficaz, requerirá:

1. Combatir la subnotificación con políticas adecuadas (ej., educación y sensibilización),
2. Mejorar los sistemas de notificación (ej., simplificación del proceso),
3. Implementar auditorías periódicas para identificar áreas de mejora, reconocer el esfuerzo de profesionales/instituciones que siguen adecuadamente los protocolos (ej., incentivos financieros),
4. Integrar los sistemas de información existentes con el uso de plataformas de notificación electrónica (ej., interoperabilidad entre SISA e historia clínica electrónica), que facilitarían el proceso (al menos, evitaría el doble trabajo del llenado en papel y posterior traspaso a formato digital).

El éxito de la notificación requiere un cambio cultural y organizacional profundo, que va más allá de las modificaciones técnicas o normativas. La transformación debe involucrar a la sociedad, reconociendo que requiere un abordaje sistemático y sostenido. Investigaciones futuras deberán evaluar el impacto de estas medidas en la prevención del suicidio.

Conflictos de intereses: los autores declaran no presentar conflictos de intereses.

Referencias bibliográficas

- Alegre, V., Álvarez, M. Y., Bianchini, A., Buedo, P., Campi, N., Cristina, M., Revaz, M. D. H., Larran, S., Damonte, V. M., Massaro, L. A., Gil, A. M., Morante, M. C., Moreira, G., Díaz, G. M., Sabio, M. F., Sipitria, R. & Luna, F. (2024). Digital health in Latin America: current legislation and ethical aspects. *Saúde digital na América Latina: legislação atual e aspectos éticos. Rev Panam Salud Pública* 2;48: e40. <http://dx.doi.org/10.26633/RPSP.2024.40>
- Bonanno, D E., Ochoa, L. J. J., Badano, F. M., Bernasconi, S. V. & Alfani, M. S. (2022). Tendencia de mortalidad por suicidios en Argentina entre 1990 y 2019. *Rev Argent Salud Pública* 25;14: e75–e75. <https://rasp.msal.gov.ar/index.php/rasp/article/view/748>
- Cohen, H. (2022). Mental health law in Argentina. *Medicina*, 82(5):760–3. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/36220034>
- Dois Castellón, A. & Inostroza Ortega, T. (2024). Beliefs of primary care professionals regarding people with suicidal behavior: A qualitative study. *Aten Primaria*, 57(3):102839. <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2023.102839>
- Goodfellow, B., Kölves, K. & de Leo, D. (2019). Contemporary Definitions of Suicidal Behavior: A Systematic Literature Review. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 49(2), 488–504. <https://doi.org/10.1111/sltb.12457>
- Grande Ratti MF, Malleza S, Bertolani FC, Faccioli JL, D' Stefano LV, Martínez BJ, & Matusевич, L. D. (2024). Prevención, detección temprana y posvención del riesgo de suicidio: una revisión narrativa. *Vertex Rev Arg Psiquiatr* 35(166), 85-97. <https://revistavertex.com.ar/ojs/index.php/vertex/article/view/726>
- Guidotti, T. L. (2022). The observatory: a model for studies in health, society, and the environment. *J Environ Stud Sci*, 12(4):827–37. <http://dx.doi.org/10.1007/s13412-022-00786-6>
- Li, F. & Yip, P. S. F. (2020). How to make adjustments of underreporting of suicide by place, gender, and age in China? *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 55(9): 1133–43. <http://dx.doi.org/10.1007/s00127-020-01856-2>
- Matsubayashi, T. & Ueda, M. (2022). Is suicide underreported? Evidence from Japan. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 57(8):1571–8. <http://dx.doi.org/10.1007/s00127-021-02188-5>
- Ministerio de Salud de la Nación, Argentina (s/d), septiembre 2022. Bole-
tín oficial Resolución 1717/2022. Disponible en: <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/271213/20220908>
Último acceso: 27 de febrero de 2025.
- Ministerio de Salud de la Nación, Argentina (s/d), Febrero 2023a. Notifi-
cación de Intentos de Suicidio al Sistema Nacional de Vigilancia de la Sal-
ud - SNVS2.0 Instructivo para equipos de salud Versión 1.0. Disponible en: [https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/bancos/2023-03/Instruccion%20para%20la%20notificacion%20de%20Intentos%20de%20suicidio%20al%20Sistema%20Nacional%20de%20Vigilancia%20de%20la%20Salud%20SNVS\(Versión%201.0\).docx-1.pdf](https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/bancos/2023-03/Instruccion%20para%20la%20notificacion%20de%20Intentos%20de%20suicidio%20al%20Sistema%20Nacional%20de%20Vigilancia%20de%20la%20Salud%20SNVS(Versión%201.0).docx-1.pdf)
- Ministerio de Salud de la Nación, Argentina (s/d), Abril 2023b. Informa-
ción estadística sobre intentos de suicidio. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/noticias/informacion-estadistica-sobre-intentos-suicidio>
- Ministerio de Salud de la Nación, Argentina (s/d), Mayo 2024a. Natalidad
y Mortalidad 2022: Síntesis Estadística Número 9; Dirección de Estadís-
ticas e Información en Salud. Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2020/12/sintesis_estadistica_nro_9_2024.pdf Último
acceso: 27 de febrero de 2025.
- Ministerio de Salud de la Nación, Argentina (s/d), Octubre 2024b. Pla-
taforma Virtual de Salud - Curso Eventos de Notificación Obligatoria en
Salud Mental. Último acceso: 27 de febrero de 2025. Disponible en: <https://pvs.msal.gov.ar/mod/page/view.php?id=10573&forceview=1>

- Nicholas, A., Haregu T., Henderson, C. & Armstrong, G. (2023). Suicide stigma measures: A scoping review. *J Affect Disord*, 321 :114–25. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2022.10.023>
- Onie, S., Usman, Y., Widyastuti, R., Lusiana, M., Angkasawati, T. J., Musadad, D. A., Nilamd, J., Vinad, A., Kamsuryaf, R., Batterham, P., Aryah, V., Pirkish, J. & Larsen, M. (2024). Indonesia's first suicide statistics profile: an analysis of suicide and attempt rates, underreporting, geographic distribution, gender, method, and rurality. *Lancet Reg Health Southeast Asia*, 22:100368. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.lansea.2024.100368>
- Organización Mundial de la Salud (s/d), 2015. Boletín Informativo: El Suicidio según Vigilancia Epidemiológica. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/54208> Último acceso: 27 de febrero de 2025.
- Organización Mundial de la Salud (s/d), 2021. Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013-2030. Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240031029> Último acceso: 27 de febrero de 2025.
- Organización Mundial de la Salud (s/d), 2022. Mortalidad por suicidio en la Región de las Américas. Informe regional 2015-2019. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/55737> Último acceso: 27 de febrero de 2025.
- Organización Mundial de la Salud (s/d), 2024. Suicidio. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide> Último acceso: 27 de febrero de 2025.
- Organización Panamericana de la Salud (s/d) (s.f.). *Prevención del suicidio*. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/prevencion-suicidio> Último acceso: 27 de febrero de 2025.
- Posadas-Martinez, M. L., Vicens, J., Dawidowski, A. R., Martinez Von Scheidt, M. A., Pagotto, V. L., Blugerman, G. A., Schpilberg, M. G. & Galdano, A. C. (2024). The role of registries in improving health and bridging healthcare, research, education, innovation and development: a research department perspective. *J Int Med Res*, 52(3):3000605241233140. <http://dx.doi.org/10.1177/03000605241233140>
- Snowdon, J. & Choi, N. G. (2020). Undercounting of suicides: Where suicide data lie hidden. *Glob Public Health*, 15(12):1894–901. <http://dx.doi.org/10.1080/17441692.2020.1801789>
- Värnik, P., Sisask, M., Värnik, A., Laido, Z., Meise, U., Ibelshäuser, A., Audenhove, C. V., Reynders, A., Kocalevent, R. D., Kopp, M., Dosa, A., Arensman, E., Coffey, C., Van Der Feltz-Cornelis, C. M., Gusmão, R. & Hegerl, U. (2010). Suicide registration in eight European countries: A qualitative analysis of procedures and practices. *Forensic Sci Int*, 202(1-3):86–92. <http://dx.doi.org/10.1016/j.forsciint.2010.04.032>
- World Health Organization (s/d) (s.f.). *Suicide rates*. Disponible en: <https://www.who.int/data/gho/data/themes/mental-health/suicide-rates> Último acceso: 27 de febrero de 2025.