

TRABAJO FINAL INTEGRADOR

“SUICIDIO EN ARGENTINA: CARACTERISTICAS CLÍNICAS Y MÉDICO- LEGALES”

**INSTITUTO UNIVERSITARIO DE CIENCIAS DE LA
SALUD FUNDACIÓN H. A. BARCELÓ**

POSGRADO DE MEDICINA LEGAL

**DIRECTOR: DR. ROBERTO FOYO
PROFESOR: LIC. REMESAR SERGIO
AUTOR: MARIELA CECILIA BATTISTINO**

2023

INDICE

RESUMEN	4
PALABRAS CLAVES	4
ABSTRACT	5
KEY WORDS	5
TITULO: “Suicidio en Argentina: Análisis Clínico y Consideraciones Médico- legales” 6 PREGUNTA DISPARADORA	6
INTRODUCCION	6
JUSTIFICACION Y USO DE LOS RESULTADOS	7
OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION	7
Objetivos generales	7
Objetivos específicos	7
METODOLOGIA	7
FUNDAMENTO TEORICO	8
CONCEPTO	8
INTENTO DE SUICIDIO	8
IDEACION SUICIDA	9
SUICIDIO CONSUMADO	9
EL SUICIDIO Y CORRELATOS NEUROBIOLOGICOS	10

FACTORES DE RIESGO	10
FACTORES PROTECTORES	13
MÉTODOS SUICIDAS	14
LETALIDAD DEL METODO	15
EPIDEMIOLOGIA	16
RESPONSABILIDADES DEL PROFESIONAL FRENTE AL COMPORTAMIENTO SUICIDA	20
LEGISLACIÓN ARGENTINA SOBRE SITUACIÓN DE RIESGO CIERTA E INMINENTE	22
RELACION MEDICO-PACIENTE	26
CONCLUSION	28
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	29

RESUMEN

La problemática del suicidio se erige como uno de los desafíos más significativos en la esfera de la salud pública a nivel global.

En Argentina, la atención a este fenómeno ha cobrado particular relevancia, impulsada por la necesidad de reducir su incidencia y prevalencia, en consonancia con las disposiciones establecidas por la Ley Nacional de Prevención del Suicidio (Ley N°27.130).

El propósito fundamental de este trabajo es profundizar en la comprensión del concepto de suicidio, abordando su definición y desglosando las distintas manifestaciones, como el suicidio consumado, intentos de suicidio e ideación autolítica. Este análisis no se limita solo a su dimensión clínica y epidemiológica, sino que también se extiende hacia las implicaciones y consideraciones médico-legales asociadas. La comprensión integral de estas dimensiones contribuirá a diseñar estrategias efectivas de prevención e intervención, con el objetivo último de mitigar el impacto del suicidio.

PALABRAS CLAVES: SUICIDIO - TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS - RESPONSABILIDAD MÉDICO-LEGAL.

ABSTRACT

The problem of suicide stands out as one of the most significant issues in the sphere of public health at a global level.

In Argentina, attention to this phenomenon has had particular significance, driven by the need to reduce its incidence and prevalence, in accordance with the established provisions of the National Law on Suicide Prevention (Law N°27.130).

The fundamental purpose of this work is to deepen the understanding of the concept of suicide, addressing its definition and understanding the distinct manifestations, such as consummated suicide, suicidal intent and autolytic ideation. This analysis is not limited only to its clinical and epidemiological dimensions, but also extends to the conceptual implications and associated medico-legal considerations. The integral understanding of these dimensions will contribute to designing effective prevention and intervention strategies, with the ultimate goal of mitigating the impact of suicide.

KEY WORDS: SUICIDE - PSYCHIATRIC DISORDERS - MEDICAL-LEGAL RESPONSIBILITY.

TITULO: “Suicidio en Argentina: Características clínicas y Médico-legales”

INTRODUCCION

El suicidio es definido (1) como la muerte autoinfligida con la intención de poner fin a la propia vida. Este evento ha emergido como una preocupación global, según el último informe presentado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2), más de 700.000 personas se suicidan cada año. Esta problemática representa la cuarta causa de muerte en el mundo en el grupo etario de 15 a 29 años. A nivel mundial, por cada suicidio consumado hay 20 intentos.

El suicidio, entendido como un trastorno heterogéneo con bases neurobiológicas identificadas (3) y un fenómeno complejo que se sitúa en el cruce de diversas disciplinas, como la filosofía, la ética, la moral, la religión, el derecho y la medicina que plantean desafíos significativos en la práctica clínica.

Esta revisión bibliográfica se centra en datos recientes sobre la fisiopatología del suicidio, epidemiología y los múltiples factores, tanto precipitantes como protectores, que influyen en los intentos suicidas, y el riesgo asociado que abarca aspectos genéticos y neurobiológicos.

La formación de los profesionales de la salud mental, aunque exhaustiva en el ámbito clínico, a menudo no prepara a los profesionales para enfrentar el complejo entorno legal, como el consentimiento, la divulgación de información y la responsabilidad médica que se entrelazan de manera generalizada con la práctica psiquiátrica. A pesar de la inevitable interacción con el sistema legal, contar con información y recursos legales adecuados permite a los profesionales sortear los desafíos legales y evitar acusaciones de negligencia médica, especialmente en casos sensibles como el suicidio de un paciente.

PREGUNTA DISPARADORA: ¿Cuáles son las características clínicas y médico-legales del suicidio documentadas en la bibliografía?

JUSTIFICACION Y USO DE LOS RESULTADOS

La descripción de las características clínicas y médico-legales del suicidio contribuirá significativamente al desarrollo de esta tesina, proporcionando un marco teórico sólido y actualizado sobre un problema de salud pública de gran impacto.

Desde una perspectiva clínica y epidemiológica, este estudio permitirá profundizar en la

fisiopatología del suicidio, los factores de riesgo y las variables protectoras que influyen en los intentos suicidas. Esto facilitará una mejor comprensión del suicidio como un fenómeno multifactorial, con bases neurobiológicas y una interacción de aspectos psíquicos y sociales.

En el ámbito médico-legal, la revisión bibliográfica aportará información clave sobre la responsabilidad profesional, el consentimiento, la confidencialidad y los aspectos éticos y jurídicos implicados en la atención de pacientes en riesgo. Esto permitirá a los profesionales de la salud mental contar con herramientas legales que les ayuden a abordar situaciones críticas con mayor seguridad y reducir el riesgo de enfrentar problemas legales derivados de su práctica.

Además, la articulación entre los distintos enfoques de análisis permitirá reforzar la importancia de un abordaje interdisciplinario e intersectorial, promoviendo estrategias de prevención basadas en la evidencia y orientadas a una mejor intervención en casos de riesgo suicida.

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION

Objetivos generales

- Describir mediante una revisión bibliográfica las características clínicas, epidemiológicas y medico legales del suicidio en Argentina.

Objetivos específicos

- Definir variables clínicas y factores de riesgo asociados a suicidios.
- Analizar las responsabilidades profesionales relacionada con el suicidio en la legislación médico-legal en Argentina.
- Describir la epidemiología del suicidio en Argentina, teniendo en cuenta las tendencias, prevalencia y factores de riesgo clínicos.

METODOLOGIA

Es un tipo de estudio transicional exploratorio basado en revisión bibliográfica, se utilizará como fuente de datos la información recaudada en una revisión bibliográfica de las principales fuentes y bases de datos biomédicas: Pubmed, Medline, UpToDate, Scielo, PsycInfo, The Lancet, Embase, Web of Science. Se han aceptado artículos y documentos publicados desde el 2000 hasta la actualidad, incidiéndose principalmente en los artículos que hablan sobre responsabilidades medico legales en el suicidio y

descripción clínica del suicidio. La búsqueda se ha realizado en inglés principalmente, por ser la lengua vehicular en el campo médico, así como también en castellano. Las palabras clave utilizadas han sido: “suicide, psychiatric disorder, medical-legal responsibility.”. Los operadores booleanos utilizados son: AND, OR y NOT. Se han combinado las palabras claves con dichos conectores.

Criterios de inclusión:

- Artículos que incluyan personas de edad mayor o igual a 18 años.
- Se priorizaron artículos con fecha más actual.

FUNDAMENTO TEORICO

CONCEPTO

Etimológicamente el vocablo suicidio significa (1) causarse la muerte a sí mismo o quitarse la vida. Dicho vocablo proviene del latín, sui significa de sí mismo y caedere significa matar. Los suicidios son definidos por la Organización Mundial de la Salud (2010) como “el acto deliberado de quitarse la vida”, es el acto a través del cual una persona, en forma voluntaria, pone fin a su vida. Se destaca que es una problemática compleja, determinada por el atravesamiento de múltiples factores: biológicos, subjetivos, culturales, históricos, socioeconómicos, religiosos, étnicos y ambientales. Su prevalencia y los métodos utilizados varían de acuerdo a las diferentes culturas. Las conductas suicidas (1) abarcan desde la ideación suicida, la elaboración de un plan, la obtención de los medios para hacerlo, hasta la consumación del acto (con o sin éxito). La complejidad de la conducta suicida ha motivado una gran diversidad de enfoques, tipologías, teorías y modelos explicativos, los cuales han permitido abordar su estudio y comprender la amplia diversidad al interior del mismo donde intervienen diversas etapas de un continuo llamado conducta suicida: ideación, planificación, intento y suicidio consumado.

INTENTO DE SUICIDIO

Mucho más recientemente, y de manera más clara, ya en la segunda mitad del siglo XX, se ha polarizado el interés hacia otro enfoque (1), se ha querido estudiar no solo el cadáver del suicida, sino también los casos en que este no fallecía y no llegaba a culminar su intento. Se definió intento de suicidio (1) como la conducta potencialmente autolesiva autoinfligida con un resultado no mortal, para la que existen pruebas (explícitas o implícitas) de que la persona tiene la intención de quitarse la vida. El intento de suicidio

puede no producir daño. Según cifras globales (2), los intentos fallidos son entre 20 y 40 veces más frecuentes que los suicidios consumados, siendo el intento de suicidio el principal factor de riesgo del suicidio consumado (4).

IDEACION SUICIDA

La ideación suicida (5) son los pensamientos acerca de la voluntad de quitarse la vida, con o sin planificación. La amenaza suicida se considera la expresión verbal o no verbal, que manifiesta la posibilidad de una conducta suicida en un futuro próximo. La ideación puede ser casual, transitoria, pasiva, activa o persistente y que se clasificará además según si existe o no intención suicida o bien ésta es desconocida. Todo empieza con la ideación suicida, que es un marcador de vulnerabilidad y puede desencadenar el intento de suicidio, lo que lleva a la consumación de la idea: el suicidio. Esta idea está presente en las personas que intentan suicidarse y en otras que no realizan nunca este acto. También confluyen aquí los enfoques sociológicos y filosóficos: el análisis de las circunstancias del entorno vital que llevan a una situación determinada o el valor que se concede a la propia vida.

SUICIDIO CONSUMADO

Se considera suicidio consumado (2) el acto que pone fin a la vida de una persona, efectuado de forma voluntaria y por sí misma. Como hay un cadáver, deberán tener en cuenta sus repercusiones jurídicas, lo que obligaba a un estudio del mismo y a realizar una autopsia. Este ha sido el enfoque clásico del suicidio y este se ha estudiado desde el ángulo de la medicina legal.

En el continuum de la conducta suicida se analizaba únicamente la última parte, cuando se había llegado o al cumplimiento o consumación total de las ideas del suicidio.

EL SUICIDIO Y CORRELATOS NEUROBIOLÓGICOS

El suicidio es un fenómeno complejo y multifactorial, las bases neurobiológicas del suicidio no se han esclarecido del todo, aunque se han enfocado particularmente hacia la disfunción del sistema serotoninérgico (3-6). Los primeros estudios (3) indicaban que, en sujetos con intentos suicidas, se encuentran niveles reducidos del ácido 5-hidroxiindol-acético, principal metabolito de la serotonina, en el líquido cefalorraquídeo, independientemente del diagnóstico psiquiátrico previo. Más adelante algunos estudios (6) ^{post} mortem han identificado alteraciones en los receptores presinápticos (5-HT1A) y postsinápticos (5-HT2A, 5-HT1A) de la corteza prefrontal

ventromedial. Esta disfunción, al parecer, se asocia con alteraciones en los genes que codifican la expresión de enzimas implicadas en la síntesis y metabolismo de la serotonina, aunada a una alteración en la expresión genética de los factores neurotróficos derivados del cerebro, los cuales intervienen en la regulación funcional de las neuronas serotoninérgicas. En conjunto, estas alteraciones se han relacionado con la vulnerabilidad o la diátesis para el comportamiento suicida en individuos con predisposición a la conducta violenta e impulsiva o autoagresiva. Además, confluye una hiperactividad del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal, confirmada por un incremento de la hormona adrenocorticotrófica y una reducción del número de receptores para esta hormona en la corteza prefrontal de suicidas. La corteza prefrontal desempeña un papel fundamental en la regulación del estado de ánimo y se le ha implicado tanto en la fisiopatología de los trastornos afectivos como en el suicidio. Por medio de estudios con tomografía por emisión de positrones, se determinó que en los sujetos con intento de suicidio existe una hipofuncionalidad de la corteza prefrontal ventromedial, lo cual se ha asociado con la impulsividad y la planeación para intentar suicidarse. Asimismo, el hipocampo se ha implicado en la cognición y es una estructura que participa en el estrés, un factor predisponente al suicidio. Algunos sistemas celulares también han sido implicados, los factores de transcripción CREB (proteína ligada al AMP cíclico), los cuales están disminuidos en la corteza prefrontal, hipocampo y amígdala de suicidas.

FACTORES DE RIESGO

Si bien no existe test psicológico, técnica clínica o marcador biológico alguno de suficiente sensibilidad y especificidad como para brindar un diagnóstico seguro en el corto término, de un riesgo determinado para un sujeto dado, la bibliografía (7) de predicción en esta especialidad ha descrito numerosos factores de riesgo que los ha dividido en dos categorías: sociodemográficos y clínicos.

Los factores de riesgo sociodemográficos más destacados se pueden clasificar de acuerdo a los diferentes grupos: Niños, adolescentes, adultos, tercera edad. (1)(6)(7).

Niñez (1)(6)(7):

- Divorcio de los padres.
- Muerte de seres queridos.
- Problemas en las relaciones con los progenitores en los que predomine el maltrato físico, la negligencia, el abuso emocional y el abuso sexual.
- Problemas escolares, sea por dificultades del aprendizaje o disciplinarios.

- Llamadas de atención de carácter humillante por parte de padres, madres, tutores, maestros o cualquier otra figura significativa, sea en público o en privado.

Adolescencia (1)(6)(7):

- Antecedentes familiares o personales de intentos de suicidio.
- Violencia familiar entre sus miembros, incluyendo el abuso físico y sexual.
- Pobre comunicación entre los integrantes de la familia.
- Frecuentes cambios de domicilio a diferentes áreas.
- Rigidez familiar, con dificultades para intercambiar criterios con las generaciones más jóvenes. Autoritarismo, pérdida de la autoridad entre los progenitores, o desautorizaciones mutuas persistentes entre ambos. Inconsistencia de la autoridad, permitiendo conductas que han sido anteriormente reprobadas.
- Incapacidad de los progenitores para escuchar y contener las inquietudes del adolescente y desconocimiento de sus necesidades.
- Dificultades para demostrar afectos.
- Identificación e idealización de figuras-íconos adolescentes que han cometido suicidio o que se hayan muerto (ej.: Kurt Cobain, Jim Morrison)
- Hacinamiento. Convivencia en espacios pequeños que afectan a la intimidad de los miembros de la familia.
- El hostigamiento o acoso escolar (bullying) como acontecimiento vital humillante y el ciberbullying

Adulto (1)(6)(7):

- Eventos estresógenos, tales como pérdidas, crisis o rupturas vinculares, desempleo, inestabilidad laboral, problemas sexuales, o problemas económicos.
- Conductas imitativas.
- La expresión de la intencionalidad suicida.

Tercera edad (1) (7):

- Abandono de la profesión, jubilación reciente, pérdida de prestigio.
- Reducción del vigor físico.

- Cambio en los placeres sensoriales.
- Conciencia de la muerte desconocida en etapas previas.
- Soledad. aislamiento.
- Presencia de enfermedades somáticas.
- Antecedentes depresivos.
- Pérdidas recientes (de seres queridos o fallecimiento de amigos; viudez)
- Deterioro económico y social.
- Carencia de soporte familiar, institucional o social; maltrato.
- Internación geriátrica.
- Asilamiento social.

Los factores clínicos más importantes son: (5) (7)(8)

- Trastorno bipolar, la tasa de suicidio es del 20% (7)(8), siendo mayor la proporción en los aquejados de trastorno bipolar tipo II que en la del tipo I debido a que los primeros presentan más comorbilidad incluyendo alcoholismo y trastornos de personalidad; una vida más caótica, un escaso sistema social de contención.
- Trastorno depresivo mayor, según estadísticas el diagnóstico de depresión mayor configura un 50% (7)(8) de los suicidios consumados.
- Esquizofrenia: entre el 2 y el 12% (7)(8) corresponden a la esquizofrenia. El perfil del paciente suicida es de un joven, de sexo masculino, que cursa su primera década de enfermedad, deprimido o mejorando del episodio psicótico con un relativo buen insight en los déficits de su enfermedad. Es importante destacar además que los métodos de suicidio suelen ser muy violentos (colgarse, saltar al vacío, apuñarse).
- Abuso de sustancias, principalmente alcoholismo, 25% (7)(8) de quienes fallecen por la causa aquí tratada padecen de AI mientras que el alcohol aparece involucrado en el 50% (7)(8) de los casos. De este modo se teoriza que el alcohol aumenta el riesgo en alcohólicos y en quienes no padecen un trastorno por el uso del mismo. Entre los factores que vinculan el alcohol con el suicidio se destacan: comorbilidad con depresión; patrón de consumo continuado, aviso previo de la intención; escasa red de contención social;

enfermedad médica concomitante; desempleo y vivir solo.

Historia de intentos previos; ideación suicida, ataques de pánico; anhedonia severa y experiencias de humillación recientes.

Las personas en riesgo de suicidio pueden sufrir vulnerabilidad psicológica o mental, provocada por distintos factores. Esto no quiere decir que la existencia de alguno de estos factores determine un suicidio, pero son elementos a tener en cuenta. (7)

FACTORES PROTECTORES

Los factores que no son asociados al riesgo sino a diferentes formas de cuidado y protección se denominan factores protectores (7) (5). Los principales factores protectores son ciertos patrones familiares (buena relación y apoyo familiar); ciertos patrones de estilo cognitivo y personalidad (buenas habilidades sociales; confianza en sí mismo/a, en la propia situación y logros; búsqueda de ayuda cuando surgen dificultades, por ejemplo, en el trabajo escolar; búsqueda de consejo cuando hay que elegir opciones importantes; receptividad hacia las experiencias y soluciones de otras personas; receptividad hacia conocimientos nuevos); ciertos factores culturales y sociodemográficos (integración social, por ejemplo participación en deportes, asociaciones religiosas, clubes y otras actividades; buenas relaciones con los/las compañeros/as; buenas relaciones con los/las profesores/as y otros adultos; apoyo de personas relevantes) (7)(5).

MÉTODOS SUICIDAS

Se define muerte violenta como aquella producida por causas externas al individuo. Las muertes violentas pueden ser de etiología suicida, homicida o accidental. Cuando nos encontramos con una muerte violenta, se debe realizar la autopsia médico-legal, con el objetivo de determinar la causa de muerte, el mecanismo y otras circunstancias de interés. (7)

En el caso de las muertes suicidas, es importante establecer el diagnóstico diferencial con la etiología homicida. Para realizar este diagnóstico diferencial, es crucial el estudio del mecanismo de la muerte y de la presencia de lesiones de externas y signos de lucha. (5).

Según Sistema nacional de vigilancia de la salud, los mecanismos de muerte de etiología suicida, los más comunes en nuestro país son:

Ahorcadura: Es el mecanismo de suicidio más utilizado en nuestro medio (48,84%) (9), sobre todo en hombres y en el medio rural.

- Precipitación: Es el segundo mecanismo en frecuencia (23,96%) (9). Es más común en hombres y en el medio urbano.
- Intoxicaciones: Ocupa el tercer lugar en frecuencia con un 11,53%(9). Dentro de este grupo distinguimos:
 - Intoxicaciones medicamentosas, los más usados para realizar tentativas suicidas son los psicofármacos.
 - Intoxicación por monóxido de carbono
 - Intoxicación por cáusticos, se producen más en el medio rural por el uso de pesticidas.
- Sumersión. Se da en un 2,96% (9) de los suicidios. Es más propia de zonas con grandes zonas acuáticas.
- Arma de fuego. En nuestro país no es muy común, con un claro predominio del sexo masculino. Es más frecuente en países como EEUU por la mayor accesibilidad a las armas.
- Arma blanca. Aunque no es de los métodos de suicidio más frecuentes, sí que supone un gran porcentaje de los intentos de suicidio en nuestro país, ocupando el segundo puesto en frecuencia.
- Atropello por tren. Supone un 1,38% (9) de los suicidios.

LETALIDAD DEL METODO

Refiere a los criterios que se utilizan para definir las intervenciones, incluyendo la posibilidad de una internación. Letalidad del método (10): está determinada por la peligrosidad para la integridad física en sí misma. También por la percepción que la persona tenga de ella (no siempre coincide con la letalidad real).

El método utilizado siempre deberá ser considerado en el contexto de la existencia de un plan autoagresivo y del grado de impulsividad, se podrán ver esquematizados en la tabla 1 (10). Los métodos de muy alta letalidad, como armas de fuego o ahorcamiento, son factores de altísimo riesgo independientemente de la existencia de un plan, del motivo desencadenante y de la manifestación o negación de intención suicida. Un método muy frecuente como la ingestión de tóxicos y medicamentos debe ser evaluado en su contexto.

LETALIDAD ALTA	LETALIDAD MODERADA Y BAJA
<ul style="list-style-type: none"> · Ahorcamiento · Armas de fuego · Arrollamiento (automóviles, trenes, etc.) · Lanzamiento de altura · Intoxicaciones con gas · Electrocuci3n · Intoxicaci3n por elementos altamente t3xicos, a3n en peque1a cantidad (organofosforados, soda c1ustica, medicaci3n, etc.). · Intoxicaci3n por elementos de baja toxicidad, pero cuya letalidad est1 dada por la cantidad y/o modalidad de ingesti3n (medicamentos en gran cantidad) · Heridas cortantes profundas o en gran cantidad (cortes profundos en los cuatro miembros o en la cara) 	<ul style="list-style-type: none"> · Ingesti3n de sustancias o medicamentos de baja toxicidad y peque1a cantidad (t3xico en peque1as cantidades o cuya baja letalidad era conocida por la persona). · Cortes leves, escasos y superficiales. · Cualquier otra conducta de autoagresi3n de caracter1sticas tales que no hubieren podido ocasionar da1o severo.

TABLA 1. Realizada con datos obtenidos en Zingale A., Hess L. & Ruiz M.: Conducta suicida, factores de riesgo y su asociaci3n con letalidad (2021).

EPIDEMIOLOGIA

Es importante recalcar, que el procedimiento de registro de las muertes por suicidio aun es deficiente. Requiere de mayor articulación y acuerdo en los criterios de codificación entre los diversos actores institucionales e individuales que intervienen para garantizar el registro de casos (2).

Según registros de la OMS (2) el suicidio es un grave problema de salud pública, anualmente hay aproximadamente más de 800.000 suicidios consumados en el mundo, esto corresponde a una defunción por suicidio cada 40 segundos.

Según los datos oficiales de la Dirección de Estadísticas e Información en Salud (DEIS), indican que a lo largo de 2020 se registraron 2.847 suicidios en Argentina. En este último año se quitaron la vida 445 personas menos que en 2019. Esto significa que en Argentina se suicidan, en promedio, 8 personas cada día.

La tasa de suicidios en Argentina es de 6,3 por cada 100.000 habitantes, menor que la media de suicidios a nivel mundial, que es de 9,25 por cada 100.000 habitantes. (11)

De los 2.847 suicidios que se produjeron en 2020, 2.341 fueron suicidios de hombres y 506 de mujeres (Grafico 1). Así pues, se suicidan 10,5 hombres de cada 100.000 y 2,2 mujeres de cada 100.000. Hay una gran diferencia entre la tasa de suicidios masculina y la femenina. Cabe destacar la diferencia entre el sexo masculino y

TASAS DE SUICIDIO SEGÚN GRUPO DE EDAD Y SEXO POR 100.000 HABITANTES TOTAL

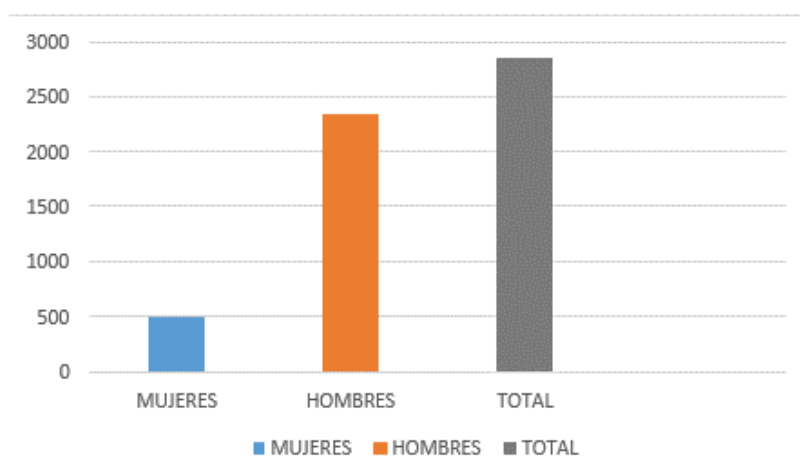


GRAFICO 1

Fuente: elaboración propia con datos de la Dirección de Estadísticas e Información en Salud y proyecciones de la población 2020.

femenino, siendo en el primero más frecuente el suicidio consumado, mientras que en el segundo es más frecuente el intento.

En relación a la edad, el grupo de 80 años (o más) fue el más afectado, seguido del grupo de 20 a 39 años (Tabla 2).

GRUPOS DE EDAD	TOTAL	HOMBRES	MUJERES
0-14	0.6	0.8	0.4
15-24	12.4	19.1	5.6
25-44	10.7	17.7	3.7
45-64	10.2	16.4	4.5
+65	13.2	27.9	3.4

Tabla 2: "Suicidios según grupo de edad y sexo por 1000.00 habitantes total"
Fuente: elaboración propia con datos de la Dirección de Estadísticas e Información en Salud y proyecciones de la población 2020.

El Estado (11) reconoce que la relevancia del suicidio en la adolescencia no afecta sólo a un sector socioeconómico ni queda reducido al espacio privado -individuos, familias o pequeños grupos- sino que es un fenómeno transversal que trasciende al conjunto de la sociedad y, por esta razón, se obliga a dar una respuesta a través de las distintas políticas públicas, priorizando un abordaje articulado, integral y comunitario.

Entre los métodos utilizados con mayor frecuencia figura el ahorcamiento o sofocación (11). Los varones utilizan en mayor proporción armas de fuego, mientras que las mujeres, en general, recurren a distintas modalidades de envenenamiento. Dicha distribución se mantiene en los diferentes grupos de edad, pudiéndose observar que mientras aumenta la edad, se incrementa también la elección del uso de armas de fuego.

Las tasas (12) más altas se registran en las provincias del NOA, especialmente Catamarca, Salta y Jujuy. Por el contrario, las provincias del centro del país y Patagonia presentan, en términos generales, tasas inferiores al promedio nacional, destacándose

la tasa más baja en la Ciudad de Buenos Aires, probablemente vinculada a las limitaciones en los registros mencionadas anteriormente (Gráfico 2).

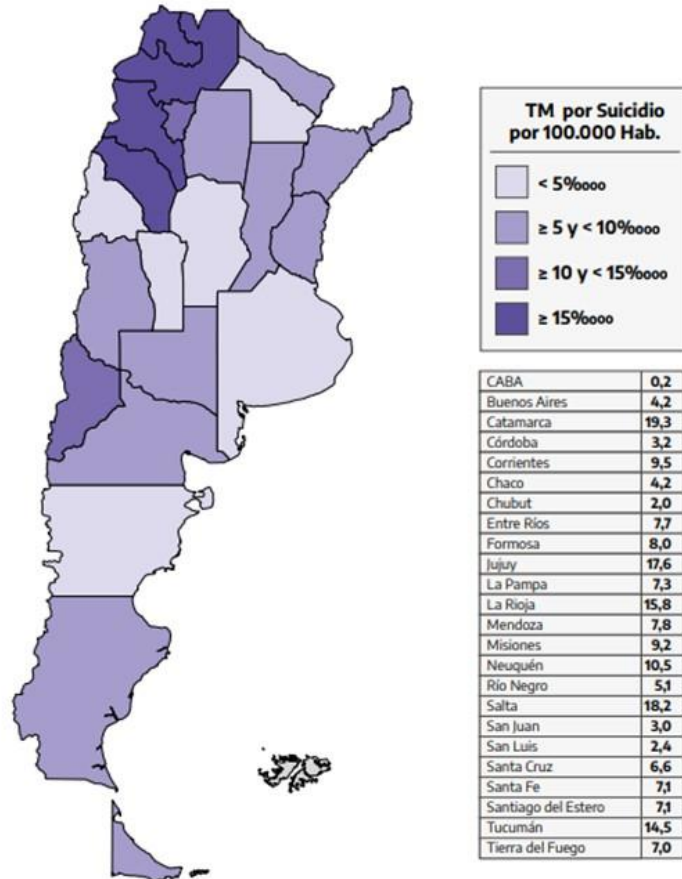


Gráfico 2: Tasa de mortalidad por suicidio por 100.000 habitantes según jurisdicción de residencia. Argentina, 2020. (Fuente: Dirección de Estadísticas e Información en Salud y proyecciones de la población 2020)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) viene alertando desde hace años sobre este problema, pero aseguran que la pandemia lo agravó aún más. De acuerdo al organismo (OMS), “el suicidio representa un problema de salud pública creciente y prioritario tanto a nivel mundial como regional” y lo define como un fenómeno complejo y multicausal donde interactúan factores biológicos, sociales, culturales, psicológicos y medio ambientales.

RESPONSABILIDADES DEL PROFESIONAL FRENTE AL COMPORTAMIENTO SUICIDA

En la Argentina de las últimas décadas, según datos publicados por la asociación de médicos municipales de la ciudad autónoma, los médicos son los profesionales que han recibido el mayor número de reclamos vinculados con el ejercicio de su actividad. Las demandas se incrementaron un 20% en cinco años y el 80% tramita en la Ciudad y Provincia de Buenos Aires. Las causas de tal fenómeno obedecen a una multiplicidad de factores. Entre ellos, el hecho de asociarse su labor con la vida y la salud de las personas, genera gran sensibilidad cuando los resultados obtenidos no son los esperados, aunque no siempre ello dependa, de la pericia, prudencia y diligencia profesional.

El comportamiento suicida plantea desafíos significativos para los profesionales encargados de evaluar y abordar el riesgo. La complejidad de variables a considerar y la falta de tratamientos completamente eficaces generan dificultades en los profesionales. Este escenario se complica aún más cuando individuos niegan sus intenciones suicidas, llevando a cabo intentos que desafían la capacidad de predicción. Si bien, no hay ningún método que garantice un pronóstico favorable, existen varios abordajes que mejoran las probabilidades de sobrevivida y es por ello que los profesionales tienen la responsabilidad de prestar ciertas atenciones y no de asegurar cuáles serán los resultados (7). La Responsabilidad significa calidad o condición de responsable, e implica la obligación de reparar y satisfacer por sí o por otro, toda pérdida, daño o perjuicio que se hubiera ocasionado. Entonces, la responsabilidad médica es una variedad de la responsabilidad profesional, siendo la obligación de los médicos responder por las consecuencias derivadas de su actuación en el arte de curar. Éstas incluyen a todos los daños en el cuerpo o en la salud o la muerte de los pacientes que estaban bajo asistencia médica (13). Siguiendo una de las concepciones jurídicas clásicas (13), que divide la obligación en aquellas que son de medios y las que son de resultado, se considera a la obligación de los médicos como de medios (14).

La relación contractual médico paciente, es una obligación de medios, por la cual el médico debe implementar todos los recursos diagnósticos y terapéuticos destinados a lograr la

mejoría de una enfermedad. La obligación de medios, cuando se trata de un paciente psiquiátrico incluye los siguientes deberes (15):

- Deber de vigilancia: en caso de diagnóstico de tendencia suicida es necesario implementar las medidas tendentes a evitar la concreción del acto suicida.
- Deber de cuidado: se concreta a través de la internación y tratamiento en un establecimiento adecuado, con el fin de preservar la seguridad del paciente y de terceros.
- Deber de seguridad: depende de la institución, que debe proporcionar los medios necesarios para garantizar la integridad física del paciente. Con respecto al deber de seguridad se discute si constituye una obligación de resultados o de medios, las opiniones jurídicas al respecto se encuentran divididas. Será responsable el médico que previendo la eventualidad de una conducta suicida no dispense al paciente un adecuado tratamiento e institucionalización, es decir, el que vulnere el deber de vigilancia. También será responsable el que no indique las medidas terapéuticas idóneas, ni de contención necesarias o no recomiende un control estricto, violando el deber de cuidado. Es evidente que en ambas situaciones el médico habrá actuado con imprudencia, negligencia e impericia, vulnerando el deber de cuidado y que en consecuencia su conducta profesional puede ser considerada reprochable.

Las formas de la culpa que enuncia el Código Penal (16) son: impericia, imprudencia, negligencia e inobservancia de los reglamentos o deberes de su cargo.

Es fundamental garantizar el resguardo legal de los profesionales mediante la implementación de procedimientos y registros adecuados durante la evaluación y el abordaje de la conducta suicida. Esto incluye, principalmente, la documentación en la historia clínica, la ficha de guardia y la solicitud de interconsulta en los casos que lo requieran.

En la historia clínica, es esencial registrar aspectos clave de la evaluación, como la calificación del riesgo, las características y la frecuencia de los pensamientos suicidas, las acciones tomadas para manejar el riesgo y los pasos a seguir. Todo ello en cumplimiento de lo establecido en la Ley 26.529 sobre los derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la salud (Capítulo IV). Dentro de la fundamentación pueden incluirse los factores de riesgo encontrados y otras situaciones que puedan resultar relevantes. Además, resulta importante indicar cuando se realice o no una tarea en particular, cuáles fueron las razones para esto (Ley 26.529, Artículo 15). En los casos donde sí nos encontramos con riesgo

suicida es de suma relevancia que esto conste en la historia clínica, el registro tiene una importancia tanto clínica, como legal y sanitaria: es importante que la información sobre este comportamiento esté disponible para cualquier profesional que en un futuro deba realizar una valoración del paciente en cuestión para poder emplear los cuidados y estrategias apropiados.

El acceso a la historia clínica es un derecho del paciente, según el artículo 7 de la Ley Nacional de Salud Mental 26.657, que garantiza la disponibilidad de datos sobre antecedentes y prácticas del paciente. Además, el registro contribuye a comprender las dimensiones reales del fenómeno del suicidio y sus implicancias a nivel poblacional, como establece el artículo seis de la Ley Nacional de Prevención del Suicidio 27.130. Este artículo aboga por un sistema de registro que contenga información detallada sobre intentos y suicidios, causas de los decesos, edad, sexo, evolución mensual, modalidades utilizadas y cualquier otro dato de interés.

LEGISLACIÓN ARGENTINA SOBRE SITUACIÓN DE RIESGO CIERTO E INMINENTE

La Ley 27.130 o Ley Nacional de Prevención del Suicidio que fue sancionada el 11 de marzo de 2015 y promulgada el 6 de abril del mismo año, tiene como objetivo la disminución de la incidencia y prevalencia del suicidio, a través de la prevención (Artículos 3, 9 y 14), la asistencia (Artículo 10) y la posvención (Artículo 12), que son las acciones destinadas a trabajar con el entorno de la persona que realizó el intento para evitar nuevos eventos.

La autoridad de aplicación, el Ministerio de Salud de la Nación debe (Artículo 6 y 7) elaborar protocolos de atención y emergencia; crear un registro con información estadística sobre suicidios cometidos e intentos; desarrollar programas de capacitación, campañas y recomendaciones a los medios de comunicación para el abordaje responsable de las noticias vinculadas a estos actos.

La norma, en el artículo 12 agrega que en “el caso de intento de suicidio de niño, niña o adolescente, es obligatoria la comunicación, no denuncia, a la Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia o la autoridad administrativa de protección de derechos del niño que corresponda en el ámbito local, así como también que todas las personas que, en el marco de la asistencia haya tomado conocimiento de la situación de un paciente que ha intentado suicidarse, estarán obligadas a la confidencialidad de la información”.

El suicidio es un problema de salud mental que no debe considerarse un delito. El Código Penal de la Nación Argentina no califica al intento de quitarse la vida como delito, sin embargo, en el Artículo 83, establece que será sancionado el que “el que instigare a otro al suicidio o le ayudare a cometerlo” imponiendo penas de prisión a quienes inciten o colaboren del acto. Por lo tanto, estas situaciones no deben denunciarse a la policía.

Otro de sus puntos destacados es que obras sociales, prepagas y otros agentes (17) que ofrezcan servicios médicos deberán brindar cobertura asistencial a quienes hayan intentado suicidarse y a sus familias, así como también al núcleo familiar del suicida. Esta ley sobre prevención de suicidios aún espera ser reglamentada.

Una de las obligaciones (17) de los médicos es la de indicar la internación de los casos en que ha habido tentativa de suicidio por poseer el paciente riesgo cierto e inminente. En relación a la cuestión de la evaluación del riesgo, no cualquier riesgo de daño, sino aquel que se encuentra ligado a una situación particular y a un momento determinado. De este modo podría intentarse una primera aproximación al concepto de riesgo como aquel compuesto por los siguientes 4 puntos cardinales (17):

- Riesgo de daño.
- Deducido a partir de una evaluación interdisciplinaria.
- De cada situación particular.
- En un momento determinado.

El artículo 29 de ley Nº 26.657, ley de salud mental plantea que su noción de riesgo es un atributo del momento y de la situación.

Si el paciente se muestra reticente a internación voluntaria se deberá efectuar una internación de carácter involuntario. Al momento de participar en la indicación de una internación involuntaria, el psiquiatra debe tener presente que se encuentra ante una situación de tensión entre principios bioéticos: beneficencia versus autonomía, y entre derechos personalísimos: vida (por la vía del derecho a la salud) versus derecho a la libertad. De modo tal que la indicación de internación, si bien en nuestro campo es un problema de orden sanitario, aunque dilemático, también constituye la representación de un problema jurídico en la medida en que toda internación coaccionada implica una clara conculcación de derechos personalísimos que debe ser justificada. De allí las precauciones que la ley adopta a la hora de configurar los requisitos del riesgo (17).

El artículo 20° de la ley 26657, estipula que “la internación involuntaria de una persona

debe concebirse como recurso terapéutico excepcional en caso de que no sean posibles los abordajes ambulatorios, y sólo podrá realizarse cuando a criterio del equipo de salud mediare situación de riesgo cierto e inminente para sí o terceros”, se considera como cierto aquello que es “conocido como verdadero, seguro, indubitable” e inminente como lo que “amenaza o está para suceder prontamente” (17). De este modo completa la noción de riesgo presentada al agregarle al riesgo, su carácter indubitable y amenazante.

Una práctica clínica orientada a la evaluación del paciente en situación de riesgo y no de la peligrosidad admite que un paciente puede entrar y salir de una situación de riesgo cierto e inminente de daño, que un paciente lúcido puede retirarse de una internación voluntaria a expensas de decidir no seguir la opción terapéutica más aconsejable y que el psiquiatra ya no está sólo, sino que forma parte de un colectivo que es el equipo interdisciplinario. La noción de riesgo que propone la ley al exigirlo indubitable (cierto) y próximo (inminente), en una situación dada y particular (estado) connota implícitamente un elevado estado sintomático, una determinada gravedad atento a que la única manera de poder diagnosticar la certeza y la inminencia es a expensas de que se manifiesten una serie de determinados síntomas de envergadura clínica suficiente y por lo tanto pronostica.

El artículo 482 del código Civil de la República Argentina estipula en su primer párrafo que “el demente no será privado de su libertad personal sino en los casos en que sea de temer que, usando de ella, se dañe a sí mismo o dañe a otros” y en su segundo párrafo (agregado en la reforma de 1968) que “podrán disponer la internación de las personas que, por padecer enfermedades mentales, o ser alcoholistas crónicos o toxicómanos pudieren dañar su salud”. En ambas citas queda muy clara la postura doctrinaria en la que se fundamenta. El derecho primero que tutela es el de la libertad que sólo podrá ser vulnerado cuando existan condiciones de peligrosidad para sí o terceros determinadas por el equipo interdisciplinario de salud mental.

Por su parte se debe diferenciar (7):

- La conducta autolesiva provocada por un acto involuntario que reconoce como causa adecuada una enfermedad mental (delirios, etc.); en estos casos la persona enferma, carente de discernimiento, se mata sin saber lo que hace.
- El suicidio como obra de la propia víctima que, en pleno uso de sus facultades mentales, concreta el acto mediante una acción consiente, planificada y deliberada de quitarse voluntariamente la vida”. Este último suele denominarse

suicidio lúcido.

Si se exigiese al médico evitar el suicidio, estaríamos ante una exigencia al médico de resultados, cuando lo exigible es una exigencia de medios, es decir de haber puesto todos aquellos medios que se consideran adecuados a la situación concreta generada (17). Por tanto, la presencia de una conducta suicida en un enfermo psíquico no debe significar necesariamente que haya ocurrido una falta médica. Al psiquiatra se le podrá plantear si conocía o debía conocer el riesgo del suicidio, si lo evaluó y cómo lo hizo, cuál fue el resultado de la evaluación y en caso de existir riesgo qué medidas tomó para proteger al enfermo de sus tendencias a la conducta suicida. En esta dirección es clara la responsabilidad del psiquiatra que no advierte la tendencia suicida o agresiva de un enfermo mental o que advirtiéndola no toma las medidas de prevención oportunas.

Se considera que advertida la tendencia suicida o autoagresiva inminente, nacen dos obligaciones principales de actividad (17): disponer los medios adecuados para preservar la vida del paciente (obligación de custodia) y suministrarle, en correspondencia, una terapia efectivamente idónea que facilita su recuperación clínica (deber de asistencia). Se asume el deber de indemnidad frente al paciente y la protección de terceros y, a la vez, el de prestarle la adecuada asistencia psiquiátrica que procure su mejoría o curación.

De este modo la internación psiquiátrica (Artículo 14 de la Ley 26.657), considerada como un recurso terapéutico de carácter restrictivo, que solo puede llevarse a cabo cuando aporte mayores beneficios terapéuticos que el resto de las intervenciones, ante la posibilidad de riesgo de suicidio el psiquiatra deberá ponderar los distintos factores de riesgo clínicos y sociodemográficos, predisponentes y potenciadores entrecruzados con la pertenencia a determinado grupo etario que es un factor de riesgo diferenciado en sí mismo (1)(6)(7). Asumido un riesgo alto deberá proceder a la internación voluntaria o involuntaria (reglada por el marco vigente en la ley de salud mental) donde se instaurara el tratamiento más adecuado, participar al resto del equipo asistencial incluyendo al personal de enfermería la existencia del riesgo; revisar pertenencias para despojar al paciente de instrumentos que puedan utilizarse para los fines autolíticos, poner bajo vigilancia estricta al paciente internado incluyendo su alojamiento en habitación especial y medidas de restricción mecánicas; – registrar detalladamente en la historia clínica el tipo de riesgo que el paciente presenta y las decisiones tomadas.

En los casos de internación voluntaria si el paciente desea abandonar el tratamiento (17) se pueden realizar dos alternativas:

1. Se le explica los perjuicios de abandonar el tratamiento al paciente y a un familiar; y tras evaluar que no persiste riesgo se los hace firmar en la HC su rechazo explícito al tratamiento.
2. Se lo retiene contra su voluntad, informando al juez el cambio de situación legal y transformar la internación en involuntaria, consignando en la historia clínica los motivos de cambio de situación de internación.

RELACION MEDICO-PACIENTE

La prevención del suicidio radica principalmente en la interacción entre el individuo con tendencias suicidas, el paciente, y el médico durante el tratamiento, es decir, en la relación médico-paciente. La relación médico-paciente se establece sobre una base de mutua confianza, históricamente, esta relación, en el tratamiento de la conducta suicida ha sido predominantemente paternalista (18). Este enfoque considera que el intento de suicidio es una elección irracional de una persona enferma, incapacitada mentalmente para decidir sobre su tratamiento. La intervención paternalista puede tener efectos paradójicos al interferir con la libertad individual y al tratar de manera homogénea comportamientos suicidas heterogéneos.

Una posible mediación para los efectos paradójicos del paternalismo es establecer límites, reconociendo que la intervención paternalista no es inadecuada en todos los casos y momentos de conducta suicida. Sin embargo, el paternalismo ha sido criticado por ser autoritario y lesionar la dignidad de los pacientes. La bioética y ética médica enfatizan la autonomía del paciente y la beneficencia humana sobre un paternalismo rígido (17), abogando por una atención que considere al paciente como un agente moral capaz de decidir sobre su salud.

El principio de autonomía se centra en respetar los valores y creencias del paciente, incluso si difieren de los objetivos médicos, fundamentando moralmente el respeto hacia la dignidad del paciente. La beneficencia, por otro lado, destaca el valor humanizante del médico, enfocándose en adoptar decisiones prudentes de manera libre. La relación médico-paciente es compleja y progresiva, con la responsabilidad del médico de reducir la asimetría de autodeterminación y orientar en beneficio del paciente.

Entre los pacientes, así como los médicos se sostiene que la confidencialidad, establecida en el Artículo 2 de la ley de Derechos del paciente en su relación con los profesionales de la salud e instituciones de la salud (Ley 26.529) ha sido la base de la relación terapéutica desde la introducción del juramento hipocrático. La consideración del secreto profesional, impuesto por el código de ética (FePRA, 2013), se basa en el

respeto a la intimidad de las personas, y en general, no existen motivos que justifiquen su suspensión. No obstante, en el contexto de la atención de un paciente en riesgo suicida, podría ser necesario compartir cierta información con familiares y allegados para salvaguardar la integridad del paciente.

Según la ley 17.132, Reglas para el ejercicio de la medicina, odontología y actividad de colaboración de las mismas, el secreto médico puede ser derogado sólo cuando está en juego un bien mayor, como pueda ser la salud del paciente u otras personas, o como otros bienes sociales de superior categoría (procesos legales con inculpación de inocentes, etc.). En estos casos, y solamente en éstos, el médico puede revelar lo estrictamente preciso para atender a esa finalidad prevalente, para evitar males mayores. La delicada balanza entre el respeto a la privacidad y la protección del paciente destaca la importancia de una reflexión cuidadosa y una toma de decisiones éticas en el ámbito de la salud mental.

El artículo 11 de la Ley 17.132 establece el secreto médico como un deber de los profesionales de la salud en Argentina:

El Médico y los otros miembros del Equipo de Salud quedan relevados de guardar el secreto profesional en alguna de las siguientes circunstancias:

-Inc. a) Cuando actúan de peritos de una compañía de seguros. Sus informes deben encuadrarse en las normas del secreto profesional remitiéndolos en sobre cerrado al profesional responsable de la compañía, quien a su vez tiene las mismas obligaciones del secreto profesional.

-Inc. b) Cuando han sido comisionados por autoridad competente para reconocer el estado físico o mental de una persona.

-Inc. c) Cuando deben realizar pericias o autopsias de carácter médico-legal en el fuero que se trate o cuando sea necesaria su intervención para evitar un error judicial.

-Inc. d) Cuando actúan como funcionarios de sanidad o cuando deben aclarar enfermedades infecto-contagiosas.

-Inc. e) Cuando el médico expida el certificado de defunción.

-Inc. f) En su propia defensa ante demanda de daño culposo en el ejercicio de su profesión o cuando debe actuar como testigo ante tribunal judicial.

-Inc. g) Cuando denuncie delitos que conoce a través del ejercicio de su profesión, de acuerdo a lo dispuesto por el Código Penal, con excepción de los delitos de instancia privada mencionados en el articulado de dicho Código.

Del análisis del contenido de los artículos recién mencionados se comprende que la responsabilidad civil surge de un daño que guarde una relación de causalidad con el

accionar médico, es solidaria entre los miembros de un equipo y la institución en donde se desempeña, se encuentra calificada por la especial relación médico-paciente (con especial atención a la condición de experto del profesional) y exige diligencia en la correcta atención del enfermo de acuerdo al momento, características y medios disponibles en que la misma se realizó.

CONCLUSION

Se considera al suicidio como la muerte autoinfligida con la intención de poner fin a la propia vida, es un proceso que atraviesa diversas etapas progresivas, desde la ideación de muerte hasta el acto deliberativo de autodañarse. La valoración predictiva, como parte integral de este proceso, busca situar al individuo en el continuum de riesgo suicida, evaluando la materialidad o substrato de suicidabilidad para guiar acciones de asistencia según la ley de salud mental N° 26657, la ley de prevención del suicidio N° 27130 y las normativas legales vigentes (ley 17.132, ley 26.529, 27.130, artículo 83 del código penal de la república argentina)

Según los datos oficiales de la Dirección de Estadísticas e Información en Salud, en Argentina, la tasa de suicidios se ha estimado en indican que a lo largo de 2020 se registraron 2.847 suicidios, siendo predominante en la población masculina. Es destacable que el costo del suicidio recae principalmente en la población más joven, siendo una de las principales causas de mortalidad y ocupando un lugar significativo entre las causas de muerte en personas de dicho rango etario.

El excesivo cuestionamiento a la actividad médica y el crecimiento desmesurado de acciones judiciales por responsabilidad profesional, según estadísticas de la asociación de médicos municipales, han generado consecuencias perjudiciales, incluyendo el deterioro de la relación médico-paciente-familia y la práctica de una medicina defensiva, con el consiguiente aumento de costos y tratamientos innecesarios.

Ante estas circunstancias, se destaca la urgente necesidad de una legislación que brinde una auténtica protección al profesional médico, esto permitirá retornar a una medicina equitativa, basada en la libertad de práctica profesional y una sólida relación médico- paciente, allanando el camino hacia el genuino arte de la medicina.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1) Garcia - Haro J., Garcia-Pascual H., Gonzalez M, Barrio-Martinez S., Garcia-Pascual R. ¿Qué es suicidio? Problemas clínicos y conceptuales. (2019).
- 2) Organización Mundial de la Salud [OMS], (2022).
- 3) Gutiérrez-García A., Contreras G., El suicidio y algunos de sus correlatos neurobiológicos, (2008).
- 4) Pereira A., Wilhelm A., Koller S., Almeida R. Risk and protective factors for suicide attempt in emerging adulthood. Cien saude colet. (2018).
- 5) Echeburúa, E. Las múltiples caras del suicidio en la clínica psicológica. (2015).
- 6) Echeverry Quintero Y., Aristizabal O., Barraza F., Aristizabal Morroy A., Martinez J., Montoya Cano G. Revision aspects neurobiological basis. (2010).
- 7) Toro Martínez E., Rudelir M. Evaluación del riesgo suicida: Aspectos Clínicos y Médico-Legales de la peligrosidad para sí. (2005).
- 8) Gobierno de la República Argentina, Dirección de estadísticas e información de la Salud. (2022).
- 9) Sistema nacional de vigilancia de la salud (SNVS). Notificación de intentos de suicidio. (2022).
- 10) Zingale A., Hess, L. & Ruiz, M. Conducta suicida, factores de riesgo y su asociación con letalidad. (2021).
- 11) Ministerio de Salud de la Nación Argentina. "Boletín Epidemiológico Nacional" (2022).
- 12) Dirección de Estadísticas e Información en Salud y proyecciones de la población (2020).
- 13) Achaval A. Manual de Medicina Legal. Editorial Policial. Policía Federal Argentina. (1979).
- 14) Mosset Iturraspe J, Lorenzetti R. Contratos Médicos. Editorial La Rocca. Buenos Aires, (1991).
- 15) Preibisch M., Responsabilidad médica. Reforma legislativa impostergable.(2005).
- 16) Código Penal de la Nación. Buenos Aires. Argentina, (2005).
- 17) Navarro D. Responsabilidad Médica en Psiquiatría. (2022).

- 18) Mondragón L., Monroy Z. Ito M., Medina-Mora M. Disyuntivas en las concepciones sobre autonomía y beneficencia que afectan la terapéutica del intento suicida. (2010).
- 19) Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, “Epidemiología y Suicidio. Nociones introductorias” (2020).