

SA LUD MEN TAL

IMP
COLECCIÓN

INTERNACIONES POR RIESGO SUICIDA DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES

Estudio descriptivo de las notificaciones
en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

AÑO
2024



Ministerio Público Tutelar
Poder Judicial de la Ciudad de Buenos Aires



Ministerio Público Tutelar
Poder Judicial de la Ciudad de Buenos Aires

Tate, Andrés

Internaciones por riesgo suicida de niñas, niños y adolescentes : estudio descriptivo de las notificaciones recibidas en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires durante el año 2024 / Andrés Tate ; Patricia Gómez. - 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires : Ministerio Público Tutelar, 2026.

48 p. ; 30 x 21 cm.

ISBN 978-631-92020-0-7

1. Salud Mental. I. Gómez, Patricia II. Título
CDD 362.280835

Asesora General Tutelar

Dra. Carolina Stanley

Secretaría General de Gestión

Lic. Pilar Molina

Departamento Especializado en Salud Mental y Derechos Humanos

Dra. Daniela Audisio

Equipo de coordinación: Lic. Pilar Molina, Mg. Alejandra Cedrola,
Lic. Victoria Costoya

Equipo de investigación: Dr. Andrés Tate, Lic. Patricia Gomez, Lic. Maia Dosoretz,
Lic. Ariel Entrerrios y Dra. Mariela Aisenstein

Revisión: Lic. Daniel Levy

Agradecemos la colaboración de Dra. Fernanda Schilman

Departamento de Comunicación: Lic. Melanie Cerceda

Diseño y diagramación: Lisandro Aldegani

La portada reproduce un fragmento de la obra "Vertiente" de Virginia Sánchez.

www.mptutelar.gob.ar

INTERNACIONES POR RIESGO SUICIDA DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES

Estudio descriptivo de las notificaciones del año 2024
en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

RESUMEN

El presente estudio busca caracterizar a la población e identificar patrones frecuentes en las internaciones de niñas, niños y adolescentes asociadas al riesgo suicida durante el año 2024 en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires a partir del análisis descriptivo y cuantitativo de 594 notificaciones de internaciones, remitidas por centros hospitalarios al Ministerio Público Tutelar y al Órgano Nacional de Revisión de Salud Mental. El documento se estructura en una introducción que fundamenta la importancia de producir evidencia empírica para visibilizar la problemática, el marco normativo y los sistemas de registro y vigilancia en Argentina. Se presenta el estado de situación a nivel nacional y provincial. Luego, se incluye la metodología utilizada para la investigación. El análisis de datos se organiza en cinco ejes: 1) características sociodemográficas de niñas, niños y adolescentes con internaciones por riesgo suicida, 2) características de los acompañantes presentes al momento de la internación, 3) motivos de internación y diagnósticos presuntivos, 4) distribución temporal de las internaciones y 5) centros hospitalarios informantes. Finalmente, se presentan los principales hallazgos y conclusiones.

PALABRAS CLAVE

Suicidio, intento de suicidio, riesgo suicida, niñas, niños y adolescentes, sistemas de registro, vigilancia epidemiológica, salud mental, internaciones involuntarias.

CÓMO CITAR ESTE MATERIAL

Ministerio Público Tutelar de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2026). Internaciones por riesgo suicida de niñas, niños y adolescentes. Estudio descriptivo de las notificaciones del año 2024 en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

En el Ministerio Público Tutelar consideramos de vital importancia utilizar el lenguaje de manera de no reproducir estereotipos sexistas y de visibilizar todos los géneros. Sin embargo, decidimos no incluir recursos como x, @, "os/as" a fin de facilitar la lectura y de aplicar los fundamentos del lenguaje claro.



ÍNDICE

Prólogo	7
Introducción	8
Marco normativo y sistemas de registro y vigilancia en Argentina	10
Metodología y fuentes	15
Análisis de datos: resultados e implicancias	18
Características sociodemográficas de NNyA con internaciones por riesgo suicida	19
Área geográfica del centro de vida	21
Acompañantes al momento de la internación	23
Motivos de internación	25
Diagnósticos presuntivos	30
Distribución temporal de las internaciones	32
Centros hospitalarios informantes	35
Conclusiones	42
Bibliografía	44

PRÓLOGO

Dra. Carolina Stanley

El riesgo suicida en niñas, niños y adolescentes constituye hoy una de las problemáticas más urgentes y complejas en materia de salud mental y protección de derechos. En nuestro país, el suicidio continúa ubicándose entre los principales motivos de muerte por causas externas en adolescentes y jóvenes, mientras que los intentos de suicidio y las autolesiones representan un fenómeno mucho más extendido y persistente. Asimismo, la evidencia disponible indica que los intentos de suicidio superan ampliamente a los eventos consumados, lo que da cuenta de la necesidad de su abordaje integral con acciones inmediatas.

Detrás de cada internación hay una historia, atravesada por múltiples vulneraciones y experiencias de sufrimiento que impactan profundamente en la vida de niñas, niños y adolescentes y en sus entornos cercanos. Así, el análisis del riesgo suicida exige considerar su carácter complejo y multidimensional, en la medida en que involucra la concurrencia de factores individuales, familiares, sociales, económicos y culturales. En este sentido, su abordaje requiere el desarrollo de estrategias interdisciplinarias e interinstitucionales orientadas a la prevención, la detección temprana y la intervención oportuna, en el marco de los estándares de protección integral de derechos de niñas, niños y adolescentes. En particular, la articulación entre los poderes públicos, los organismos del sistema de protección integral y los demás actores involucrados resulta un elemento central para asegurar respuestas adecuadas y eficaces.

En este marco, es fundamental la producción y sistematización de información confiable que facilite, a partir de la evidencia, dimensionar la problemática y detectar patrones relevantes que permitan orientar la toma de decisiones, robustecer las intervenciones y contribuir al diseño y evaluación de políticas públicas, posibilitando intervenciones más efectivas.

Desde el Ministerio Público Tutelar venimos trabajando en la producción sostenida de información en tanto es una condición necesaria para el fortalecimiento de las respuestas estatales oportunas frente a esta problemática.

Este estudio descriptivo sobre las notificaciones de internaciones por razones de salud mental asociadas al riesgo suicida de niñas, niños y adolescentes en el 2024 –junto con el publicado el año pasado sobre internaciones en el año 2023– buscan conformar una serie anual estadística con el objeto de ofrecer evidencia empírica fundamental para afianzar las intervenciones institucionales.

Disponer de información confiable y sistemática resulta indispensable para fortalecer las políticas públicas y construir respuestas institucionales más oportunas e integrales para niñas, niños y adolescentes.

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el suicidio como el acto deliberado de quitarse la vida (2000), mientras que el intento de suicidio se refiere a “toda acción autoinfligida con el objeto de generarse un daño potencialmente letal” (Ley 27.130 de Prevención del Suicidio).

El comportamiento suicida es una problemática compleja y multidimensional, en la que intervienen factores biológicos, psicológicos, sociales, culturales y ambientales, y que en ocasiones se desarrolla a lo largo de un continuo (OMS, 2025). El comportamiento suicida puede incluir: ideas de muerte, ideación suicida, planificación, intento de suicidio y, en algunos casos, la consumación. Por ideación suicida nos referimos a pensamientos relacionados a generar la propia muerte con actos concretos. En cambio, las ideas de muerte incluyen aquellos pensamientos relacionados al fin de vida sin actos concretos para generarlo.

Como señala la OMS el suicidio es la tercera causa de defunción entre las personas de 15 a 29 años a nivel global (2025). En los últimos 25 años, la mortalidad por suicidio se triplicó en la población joven y este tipo de defunciones se ha constituido en la segunda causa de muerte en las personas menores de 19 años (Santillán Pizarro y Pereyra, 2021).

En Argentina, los datos más recientes refuerzan esta preocupación. Según la Dirección Nacional de Estadística Criminal del Ministerio de Seguridad Nacional, durante 2024 se registraron 4.249 suicidios —una tasa de 9,8 cada 100.000 habitantes mayores de 5 años—, lo que lo posiciona como la primera causa de muerte violenta en el país. Comparado con 2021, cuando la tasa fue de 8,7, el incremento resulta significativo (Ministerio de Seguridad Nacional, 2025 a). Entre estos casos, las personas menores de 20 años representaron el 8,8%, con 377 registros (Ministerio de Seguridad Nacional, 2025 b).

En el ámbito de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, el Ministerio Público Tutelar (MPT) recibe notificaciones de internaciones por motivos de salud mental en ejercicio de sus misiones y funciones tendientes a garantizar el acceso a derechos en materia de niñez, adolescencia y salud mental (2019).

La recepción de estas comunicaciones por parte del MPT como organismo local especializado, al igual que las cursadas al Órgano Nacional de Revisión de Salud Mental (ONR) y a la Unidad de Letrados del Artículo 22, responden a los mecanismos institucionales de notificación dispuestos por la Ley Nacional 26.657 de Salud Mental.

En el año 2025 nos propusimos producir evidencia empírica para visibilizar la problemática y aportar una base sólida para la formulación y exigibilidad de políticas públicas orientadas a la prevención, el abordaje integral y el fortalecimiento de los entornos protectores. En este sentido, publicamos un estudio sobre las notificaciones de internaciones por riesgo suicida de niñas, niños y adolescentes hasta 17 años cumplidos ocurridas durante el año 2023, a partir de un análisis descriptivo y cuantitativo de las notificaciones de internaciones remitidas por centros hospitalarios al MPT y al ONR.¹

El estudio sobre las notificaciones del año 2023 de internaciones por riesgo suicida inauguró una serie anual estadística que está compuesta de diversos documentos que buscan ofrecer evidencia empírica fundamental para el diseño y la exigibilidad de políticas públicas que den cumplimiento a la Ley Nacional de Prevención del Suicidio.

1 El universo bajo estudio fue conformado gracias al acuerdo y al trabajo colaborativo llevado a cabo con la Secretaría Ejecutiva del Órgano Nacional de Revisión de Salud Mental (ONR), en el marco del Convenio suscripto el 12 de diciembre de 2024 y aprobado mediante Resolución AGT. El ONR es una entidad específica de protección de los derechos humanos de los usuarios de servicios de salud mental creado por la Ley Nacional de Salud Mental e integrada por Ley 27.149 en el ámbito del Ministerio Público de la Defensa de la Nación.

El presente estudio pretende brindar información sobre las internaciones y los perfiles de niñas, niños y adolescentes asociadas al riesgo suicida ocurridas durante el año 2024. Por otra parte, nos encontramos elaborando dos nuevos documentos que ampliarán esta línea de trabajo. El primero es un informe sobre las notificaciones de internaciones por riesgo suicida correspondientes al año 2025. El segundo documento realizará un análisis comparativo entre las notificaciones recibidas en 2023, 2024 y 2025.

Los resultados aquí presentados nos obligan a reforzar los sistemas de registro clínico y a desarrollar intervenciones preventivas que vayan más allá del relevamiento nacional y local de los casos de riesgo suicida. Las intervenciones deben garantizar un acompañamiento cercano, sostenido y especializado, capaz de fomentar vínculos de confianza y asegurar que cada niña, niño y adolescente reciba el apoyo y tratamiento que necesita en el momento oportuno.

MARCO NORMATIVO Y SISTEMAS DE REGISTRO Y VIGILANCIA EN ARGENTINA

LEGISLACIÓN

La legislación argentina en salud mental se ha construido progresivamente, buscando un abordaje integral e interdisciplinario. Encuentra su primer hito en la **Ley Nacional 26.657 de Salud Mental (2010)**² que introdujo una perspectiva en clave de derechos humanos, enmarcada en los tratados internacionales que integran el bloque de constitucionalidad. Promueve una atención sanitaria y social, interdisciplinaria y humanizada, buscando garantizar el acceso gratuito e igualitario a las prestaciones necesarias. Destaca que la atención debe basarse en fundamentos científicos y éticos, ofreciendo alternativas terapéuticas que restrinjan al mínimo los derechos y libertades de las personas, fomentando la integración familiar, laboral y comunitaria.

En 2014 la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud manifiestan de manera conjunta que la prevención del suicidio es un imperativo global. Un año más tarde, la **Ley Nacional 27.130 de Prevención del Suicidio (2015)** eleva la prevención del suicidio a interés nacional estableciendo obligaciones concretas.

2 Se hace saber que al momento de trabajar en esta publicación ingresó al Senado de la Nación un proyecto de modificación de la Ley de Salud Mental presentado por el Poder Ejecutivo. En lo que aquí concierne, propone un nuevo concepto de riesgo para las internaciones involuntarias, que redefine el umbral de riesgo para las internaciones involuntarias, pasando del "riesgo cierto e inminente" al "riesgo grave de daño para la vida o la integridad física". Asimismo, el proyecto establece que en situaciones de urgencia el médico psiquiatra podrá indicar una internación involuntaria, que deberá ser ratificada por un equipo interdisciplinario dentro de las 24 horas.

Esa ley tiene por objeto la disminución de la incidencia y prevalencia del suicidio, a través de la prevención, asistencia y posvención³, mediante un abordaje coordinado, interdisciplinario e interinstitucional. Impone obligaciones asistenciales a los tres subsectores del Sistema Nacional Integrado de Salud (público, privado y obras sociales) respecto de la detección, el seguimiento, el tratamiento y la posvención. Asimismo, asigna la rectoría al Ministerio de Salud Nacional en tanto autoridad de aplicación, quien debe articular acciones con el resto de las jurisdicciones del país a través del Consejo Federal de Salud (COFESA).

La Ley 27.130 incorpora la perspectiva de niñez, adolescencia y discapacidad y realiza las siguientes consideraciones especiales:

- En caso de tratarse del intento de suicidio de un niño, niña o adolescente, establece la obligatoriedad de la comunicación a la autoridad administrativa nacional o local de protección de la niñez y adolescencia, a los efectos de solicitar medidas de protección integral y remover obstáculos para el acceso a derechos, conforme los principios consagrados en la **Convención sobre los Derechos del Niño (1989)** y la **Ley Nacional 26.061 de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes (2005)**.
- En el caso de intentos de suicidio en personas con algún impedimento cognitivo, emocional y/o social que tengan dificultad con su movilidad y/o acceso a la asistencia, deben implementarse ajustes y medidas de apoyo tendientes a la continuidad de atención, de acuerdo con la **Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (2006)**.

La reglamentación de la Ley Nacional 27.130 mediante el **Decreto 603/2021** precisa que en casos de intentos de suicidio en niñas, niños o adolescentes deben arbitrase los medios necesarios para preservar y restituir los derechos vulnerados, dando intervención a los organismos de protección de derechos del niño nacionales o locales. También garantiza la posvención integral, interdisciplinaria e intersectorial ante un suicidio consumado en esta población, considerando el impacto en la red social y afectiva.

3 La ley define como posvención a las acciones e intervenciones posteriores a un evento autodestructivo destinadas a trabajar con las personas, familia o instituciones vinculadas a la persona que se quitó la vida.

A nivel local, la Ciudad Autónoma de Buenos Aires adhiere a la Ley Nacional 27.130 con la sanción de la **Ley 6.106 de Prevención, Asistencia y Posvención del Suicidio (2019)**, estableciendo su propio régimen de prevención del suicidio, que en línea con las disposiciones nacionales, busca la prevención, asistencia y posvención del suicidio a través de la atención biopsicosocial, la investigación científica y epidemiológica, la capacitación y la asistencia a las familias. Establece como autoridad de aplicación al Ministerio de Salud de la Ciudad de Buenos Aires e incluye la capacitación a profesionales de la salud y educación, elaboración de recomendaciones a medios de comunicación sobre abordaje responsable de noticias, desarrollo de estrategias comunicacionales, elaboración de protocolos de intervención para servicios de salud y evaluación de actividades.

INSTRUMENTOS OPERATIVOS Y PAUTAS PARA LA ATENCIÓN

Antes de la entrada en vigencia de la regulación nacional en 2015, el Ministerio de Salud Nacional publica los **Lineamientos para la Atención del Intento de Suicidio en Adolescentes (2012)**, elaborados por un comité intersectorial de expertos en salud mental que proponen un marco integral para la prevención, detección y manejo de conductas suicidas en jóvenes. Los lineamientos describen la magnitud del problema y factores de riesgo y protección, establecen criterios, pasos para la evaluación clínica y psicosocial inmediata (grado de riesgo, ideación, comorbilidades y contexto familiar/escuela), medidas urgentes médicas y psiquiátricas y estrategias de contención y seguridad (plan de seguridad, reducción de acceso a medios letales), desde un enfoque respetuoso, no estigmatizante y centrado en el adolescente.

Años más tarde, la materialización de los mandatos contenidos en los pilares normativos mencionados encuentra su cauce a través de diversas resoluciones ministeriales y programas nacionales del ámbito nacional.

La **Resolución APN-MS 1717/2022 (Ministerio de Salud)** crea el **Programa de Abordaje Integral del Suicidio** (en la órbita de la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones), y lo estructura sobre cinco ejes que orientan la política pública y las estrategias intersectoriales de prevención, asistencia y postvención: rectoría, prevención y promoción, atención y posvención, fortalecimiento del recurso humano y sistemas de información.

La **Resolución APN-MS 4012/2023 (Ministerio de Salud)** complementa estas disposiciones de carácter operativo, al aprobar el documento **“Consenso: recomendaciones para la atención telefónica de situaciones de crisis de salud mental y riesgo de suicidio”**, un componente clave para la accesibilidad y la primera contención.

SISTEMAS DE REGISTRO Y VIGILANCIA: AVANCES Y LIMITACIONES

En 2006 se registra en la CABA un primer antecedente con la Resolución MSGC-N.1956/2006 de la Subsecretaría de Servicios de Salud del Ministerio de Salud de la Ciudad que establece el procedimiento para los efectores de salud ante situaciones de violencia, abuso y salud mental que afecten o amenacen los derechos de NNyA.

A nivel nacional, la necesidad de contar con información estadística fiable sobre suicidios e intentos de suicidio para el diseño y monitoreo de políticas públicas basadas en evidencia ha sido una constante en la normativa argentina.

El primer mandato legal para la creación de una base de datos homogénea sobre la materia proviene de la Ley Nacional de Prevención del Suicidio, que establece la obligatoriedad de crear un sistema de registro que contenga información estadística sobre los intentos de suicidio, suicidios consumados, causas de los decesos, edad, sexo, evolución mensual, modalidad utilizada y otros datos de interés. Esta información debe ser proporcionada por los sectores dedicados a la problemática, tanto públicos como privados. El Decreto 603/2021 promueve que las provincias y CABA unifiquen sus registros y que se contemple la perspectiva de género.

No obstante, en la actualidad, coexisten diversas fuentes de información no compatibilizadas entre sí sobre intentos de suicidio y suicidio en Argentina: registros hospitalarios, sistemas de salud pública, estadísticas forenses y bases policiales utilizan definiciones, criterios de codificación y coberturas temporales distintos, lo que dificulta la comparación y el análisis integrado pretendido por el marco jurídico referido. En la siguiente tabla se pueden ver algunas de las fuentes más importantes.

REGISTRO DE SUICIDIOS	Dirección Nacional de Estadística Criminal (DNEC) del Ministerio de Seguridad Nacional Brinda información sobre hechos presuntamente delictuosos registrados por las fuerzas policiales provinciales, fuerzas federales de seguridad y otras entidades oficiales de recepción de denuncias, en todo el ámbito del país.	Registra el número total de suicidios en Argentina. Por ejemplo, en 2024 se registraron 4249, indicando un aumento considerable respecto a 2021. La población menor de 20 años representa el 8,8% de los casos en 2024, con 377 fallecimientos.
	Dirección de Estadísticas e Información en Salud (DEIS) del Ministerio de Salud de la Nación Brinda información basada en los registros permanentes de Estadísticas Vitales. Estos son: - Informe Estadístico de Nacido Vivo - Informe Estadístico de Defunción - Informe Estadístico de Defunción Fetal - Informe Estadístico de Matrimonio	Publica un anuario de <i>Estadísticas Vitales Información Básica</i> , que también incluye datos sobre suicidios. Por ejemplo, en 2024 registra 3.614 suicidios en Argentina, con el 80% correspondiente a varones (2.892).
	Sistema Nacional de Información Criminal Sistema de Alerta Temprana (SNIC - SAT) Son componentes del Sistema Nacional de Información Criminal (SNIC) que relevan información más detallada sobre ciertos tipos de delitos. El módulo SAT-SS releva a nivel de microdato información sobre suicidios consumados en la República Argentina, con datos sobre contexto, personas involucradas y modalidades utilizadas. Este tipo de registro habilita el análisis cualitativo del fenómeno.	Presenta distribución de suicidios por jurisdicciones y patrones temporales como días, horarios y lugares de ocurrencia. Por ejemplo, en 2024, los días de mayor frecuencia son lunes y domingos, ocurriendo en el hogar en el 65,4% de los casos.
REGISTRO DE INTENTOS DE SUICIDIO	Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentina (SISA) La información se basa en los casos notificados al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0) por los efectores de salud habilitados.	Incluye un módulo específico para la vigilancia de la conducta suicida y los intentos de suicidio desde 2023, como eventos de notificación obligatoria según la última actualización del <i>Manual de Normas y Procedimientos</i> (Res. 2827/2022), y la implementación progresiva desde el 1 de abril de 2023 ⁴ .
	Vigilancia Epidemiológica del Hospital Nacional en Red “Lic. Laura Bonaparte”	Implementa la vigilancia epidemiológica desde abril de 2023 para los intentos de suicidio, en consonancia con la Ley de Prevención del Suicidio que obliga a profesionales de la salud, laboratorios y autoridades de establecimientos públicos o privados a notificar dichos intentos.

4 No tiene datos desagregados por año.

ESTADO DE SITUACIÓN A NIVEL NACIONAL Y PROVINCIAL⁵

En las últimas décadas, las investigaciones sobre suicidio y conductas suicidas han avanzado de manera significativa, con aportes de organismos internacionales y estudios académicos que han buscado dimensionar la problemática desde múltiples ángulos (OMS, 2010 y 2025 y OPS, 2022 y 2025).

En Argentina, el Ministerio de Seguridad Nacional presenta periódicamente datos estadísticos sobre suicidios en todo el país. Se trata de información proveniente del Sistema Nacional de Información Criminal (SNIC), en particular la aportada por el módulo del Sistema de Alerta Temprana sobre Suicidios (SAT-SS). El informe proporciona las estadísticas y muestra que la situación en el país sigue la tendencia mundial: en 2024 el suicidio fue la primera causa de muerte violenta (41,7% suicidio, 34,7% muertes viales, 17,7% homicidios dolosos) (Ministerio de Seguridad Nacional (2025 b).

En el año 2024 se registraron 4.249 suicidios, lo que arroja una tasa de 9,8 suicidios cada 100.000 habitantes mayores a 5 años. En comparación con 2021, donde la tasa fue de 8,7 por cada 100.000 habitantes, se observa un incremento preocupante. Desde 2023 el suicidio es la principal causa de muerte violenta en el país (Ministerio de Seguridad Nacional, 2025 b).

Durante el año 2024 los dos mecanismos con mayor incidencia fueron ahorcamiento (71,8%) y arma de fuego (11,7%). Las víctimas de sexo masculino presentan una mayor concentración comparativa en el uso de arma de fuego como método (13,3%). En el caso de mujeres, se da una mayor concentración comparativa en envenenamiento (3,8%) y en arrojarse al vacío (5,5%). En cuanto a las víctimas entre 15 y 19 años, la gran mayoría (80,4%) utilizaron el ahorcamiento como método, seguido por el uso de armas de fuego en un porcentaje considerablemente menor (8,3%), y otras modalidades que totalizan el 4,5% (Ministerio de Seguridad Nacional, 2025 b).

El Sistema de Alerta Temprana sobre Suicidios proporciona la distribución mensual de los casos registrados. Al igual que en años anteriores, en 2024 la distribución mensual de los episodios muestra una mayor concentración en los primeros meses del año -enero, febrero, marzo- y en los últimos -septiembre, octubre, noviembre y diciembre- (Ministerio de Seguridad Nacional, 2025 b).

El Sistema de Alerta Temprana sobre Suicidios también detalla la distribución territorial de los suicidios. En el año 2024 las tres provincias con mayor tasa de suicidios cada 100.000 habitantes fueron Entre Ríos (19,8%), seguida de San Luis (17,5%) y Formosa (16,4%). En el caso de Entre Ríos representa el doble del promedio nacional: 9,8% (Ministerio de Seguridad Nacional, 2025 b).

En la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en 2024 la tasa fue de 5,9% por cada 100.000 habitantes: 171 personas (Ministerio de Seguridad Nacional, 2025 b).

Si bien se dispone de estadísticas relativamente consolidadas sobre la mortalidad por suicidio, la información sobre intentos e internaciones en niñas, niños y adolescentes sigue siendo fragmentaria y de calidad desigual. Los sistemas de vigilancia tienden a subregistrar estos hechos, debido a la estigmatización, el sesgo de clasificación y la ambigüedad diagnóstica, especialmente en entornos con recursos escasos (Xie *et al.*, 2025). Esta carencia de datos representativos y confiables limita seriamente la comprensión del fenómeno y la efectividad de las estrategias de prevención.⁶

Cabe mencionar que la incorporación del intento de suicidio como Evento de Notificación Obligatoria en el Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0) representa un avance crucial en el sistema de vigilancia epidemiológica del comportamiento suicida en Argentina, permitiendo una mejor comprensión y abordaje de esta problemática.

A través del Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentina (SISA), y en cumplimiento de la Ley 27.130 y la Resolución 2827/2022, se implementó un módulo específico para registrar estos eventos, cuya notificación fue creciendo progresivamente desde el 1 de abril de 2023.

⁵ Para un panorama del contexto internacional ver el estudio publicado por el MPT en 2025, denominado Internaciones por riesgo suicida de niñas, niños y adolescentes: estudio descriptivo de las notificaciones del año 2023 en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, disponible en https://mptutelar.gob.ar/sites/default/files/2025-InternacionesRiesgoSuicida_EstudioDescriptivo.pdf

⁶ En el año 2025 la OPS publicó el primer informe que contiene información sobre intentos de suicidio. Los datos corresponden al año 2021 en el que por cada muerte por suicidio hubo aproximadamente ocho intentos de suicidio en la Región de las Américas. La razón entre incidencia y mortalidad por suicidio fue mucho más alta en mujeres, no se encuentra desagregado por edad (OPS, 2025).

Los primeros resultados publicados reflejan la magnitud del desafío:

Entre abril de 2023 y abril de 2025 se notificaron 15.807 intentos de suicidio al SNVS 2.0, de los cuales el 5,7% fueron con resultado mortal. Aunque el 60% de los eventos correspondió a mujeres, la letalidad (intentos con resultado mortal) fue cinco veces mayor en varones. **Las tasas más altas se concentraron en adolescentes y jóvenes de 15 a 24 años**, con una marcada sobre-representación femenina entre los 15 y 19 años (Ministerio de Salud de la Nación, 2025).

A partir de la obligatoriedad de notificar los intentos de suicidio desde abril de 2023 algunas provincias han publicado informes o boletines epidemiológicos locales.

A modo de ejemplo podemos mencionar los siguientes:

Misiones creó en septiembre de 2024 la Comisión para el Abordaje Integral del Suicidio. Entre esa fecha y fines de 2025 se registraron aproximadamente 1500 notificaciones vinculadas a conductas suicidas. El 56% corresponden a intentos de suicidio. De los intentos de suicidio, el 60% se produce entre personas de 10 a 29 años, pero el mayor registro se da entre jóvenes de 15 a 19 años. El 64% de los intentos de suicidio fueron realizados por mujeres (Misiones Online, 2025).

Por su parte, Córdoba realizó la medición de los intentos de suicidio ocurridos durante 2024. De los 300 intentos, 293 refieren a intentos sin resultado mortal y 7 a casos de suicidio consumado. El grupo etario con más incidencia es el de 25 a 44 años, seguido por el de 15 a 19 años. El 61% de los intentos de suicidio fueron realizados por mujeres (Secretaría de Salud de Córdoba, 2025).

En el caso de Entre Ríos, el Ministerio de Salud realizó un informe con el propósito de analizar las notificaciones de intentos de suicidio registradas por los efectores del subsector público provincial desde la implementación de la notificación obligatoria, entre el mes de julio de 2023 y febrero de 2026. Los datos revelan que el 63% de los casos corresponde a mujeres y siete de cada diez intentos de suicidio se concentran en el grupo de 15 a 29 años (Ministerio de Salud de Entre Ríos, 2026).

En Mendoza se informaron los intentos de suicidio ocurridos durante el 2024 hasta el 30 de noviembre. Se notificaron un total de 791 eventos definidos como intento de suicidio, de los cuales 5 fueron con resultado mortal. En la distribución de casos el 71% corresponden al sexo femenino. Se observan casos notificados en todos los rangos etarios, desde los 5 años hasta mayores de 65 años. El grupo con mayor incidencia es el de 15 a 19 años, que representa el 24% del total en 2024 (Ministerio de Salud y Deportes de Mendoza, 2024).

Por último, en Tierra del Fuego durante el 2024 se notificaron 100 casos de intento de suicidio sin resultado mortal, lo que representa una tasa de 52,4 por 100.000 habitantes. De esos 100 casos, 42 provienen de Ushuaia. La distribución por edad de los 42 casos notificados de intento de suicidio indica que el 40% ocurrió en el grupo etario de 10 a 24 años (Ministerio de Salud de Tierra del Fuego, 2025).

Cabe recordar que, como mencionamos anteriormente, el grupo de adolescentes y jóvenes fue el que presentó la mayor frecuencia de notificaciones a nivel nacional (Ministerio de Salud de la Nación, 2025). Este hallazgo del Sistema Nacional de Vigilancia confirma a la adolescencia como un período de especial vulnerabilidad y también pone de relieve la necesidad imperiosa de estudios focalizados, como el presente, para caracterizar en detalle a la población de niñas, niños y adolescentes atendida por riesgo suicida en un territorio determinado y así orientar estrategias de prevención más efectivas.

METODOLOGÍA Y FUENTES

La metodología de la investigación es de carácter descriptivo y cuantitativo. Utiliza como unidad de análisis las notificaciones de internaciones por razones de salud mental de niñas, niños y adolescentes hasta 17 años cumplidos, notificadas por los hospitales públicos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires al Ministerio Público Tutelar (MPT), y por hospitales públicos y privados del mismo distrito informados al Órgano Nacional de Revisión de Salud Mental (ONR), en cumplimiento de la Ley Nacional 26.657 de Salud Mental.

Cabe mencionar que el MPT de CABA y el ONR del Ministerio Público de la Defensa cuentan con un convenio específico para compartir la información relevada, lo que permite contar con datos comparables y complementarios entre ambas fuentes de datos. Asimismo, las dos instituciones disponen de un equipo interdisciplinario a cargo de la sistematización de las notificaciones obligatorias de internaciones por razones de salud mental de niñas, niños y adolescentes hasta 17 años cumplidos.

Las notificaciones son documentos remitidos por los equipos interdisciplinarios de centros hospitalarios en los que se consigna datos identificatorios de la persona internada (tales como nombre y apellido, documento de identidad y fecha de nacimiento), datos sociodemográficos (como sexo/género, lugar de residencia y acompañantes), motivo de internación y diagnóstico presuntivo.

Los datos que se presentan utilizan como fuente principal la información suministrada por el ONR, ya que dispone de información del subsector público y privado de los centros hospitalarios de CABA. En general, ambas fuentes de información presentan tendencias similares en casi todas las variables analizadas.

Cuando la información de las notificaciones haya sido sistematizada exclusivamente por el MPT (como referentes que acompañan al momento de la internación o geolocalización detallada del centro de vida), se indica en los cuadros y en el análisis.

El análisis se centra exclusivamente en las notificaciones de internaciones motivadas por intentos de suicidio o riesgo suicida⁷ recibidas entre enero y diciembre de 2024. Fueron revisadas y seleccionadas del conjunto de comunicaciones de hospitalizaciones por salud mental, a fin de verificar el cumplimiento con los criterios de inclusión establecidos.

Cabe destacar que se tuvo especial cuidado en la anonimización de los datos personales tales como nombres y apellidos, números de documentos, direcciones particulares y teléfonos personales, para proteger la privacidad y cumplir con consideraciones éticas.⁸

Para el procesamiento se diseñaron variables agregadas y se generaron nuevas para permitir la comparación y el análisis entre diferentes grupos.

La presentación de los datos se realiza teniendo las variables sexo/género y edad al momento de la internación como independientes, a fin de caracterizar a los niños, niñas y adolescentes que forman parte del análisis, sus acompañantes, los motivos y la temporalidad de las internaciones y los centros hospitalarios que intervienen.

Para la variable sexo/género debe considerarse que si bien ambos términos presentan diferencias epistemológicas relevantes, los informes originales remitidos por los hospitales no distinguen entre uno y otro y suelen utilizarse indistintamente, lo que podría implicar la posibilidad de un subregistro en algunas identidades. Emplear el término sexo/género da cuenta de la complejidad de las desigualdades estructurales en cuanto a la identidad de las personas desde edades tempranas.⁹

La variable edad se construye a partir de las fechas de nacimiento informadas en las notificaciones remitidas por los centros hospitalarios, y posteriormente fueron agrupadas en tres tramos etarios en función de la capacidad jurídica progresiva, de acuerdo con lo que establecen el Código Civil y Comercial de la Nación y la Convención sobre los Derechos del Niño.¹⁰ El Código establece una línea divisoria a partir de los 13 años de edad (art. 25), quienes tienen entre 13 y 15 años tienen una presunción de autonomía para decidir autónomamente con apoyos sobre algunas cuestiones, mientras que a partir de los 16 años y hasta la mayoría de edad, la persona es considerada como una adulta para las decisiones que involucran el propio cuerpo (Famá, V., 2015).

7 Se entiende por riesgo suicida la presencia de ideación autolítica persistente, con o sin plan de muerte, así como conductas autolesivas con potencial riesgo de muerte; mientras que por intento de suicidio nos referimos a los actos con la finalidad explícita de morir (Ministerio de Salud de la Nación, 2021).

8 La anonimización de datos identificables evita que los sujetos sean relacionados con la información suministrada en los ingresos hospitalarios, lo que asegura la integridad de los datos de análisis y evita la divulgación. Entre las técnicas utilizadas para este proceso se utilizó la supresión, la generalización y la agregación.

9 En términos habituales en la literatura, el sexo refiere a determinadas características biológicas como genitalidad, cromosomas y hormonas, mientras que el género es la construcción sociohistórica sobre los roles, expectativas y expresiones que se asocian a lo masculino y lo femenino pero que no se asocian necesariamente al sexo asignado al nacer.

10 Ambos instrumentos legales parten de la premisa de que niños, niñas y adolescentes son sujetos de derechos con autonomía creciente para tomar decisiones sobre sí mismos, dentro de los límites establecidos por las leyes y sus capacidades.

FICHA TÉCNICA

Organismo responsable	Ministerio Público Tutelar de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires con la colaboración del Órgano Nacional de Revisión de Salud Mental de la Ley 26.657 de Salud Mental (Ministerio Público de la Defensa)
Investigadores principales	Dr. Andrés Tate, Lic. Patricia Gómez, Lic. Maia Dosoretz , Lic. Ariel Enterrios, Dra. Mariela Aisenstein
Tipo de investigación	Exploratorio descriptivo
Metodología	Cuantitativa
Unidades de análisis	Internaciones por riesgo suicida de niñas, niños y adolescentes hasta 17 años cumplidos, notificadas por los hospitales públicos y privados de CABA
Universo de casos (N)	Ministerio Público Tutelar = 193 casos Órgano Nacional de Revisión de Salud Mental = 594 casos
Recolección de datos	Enero a diciembre 2024
Instrumentos	Notificaciones de internaciones por riesgo suicida remitidas por centros hospitalarios públicos y privados ubicados en CABA
Procedimiento	Recolección y carga de datos, sistematización de datos abiertos, clasificación de registros, análisis comparativo
Procesamiento	Excel (para registro) y SPSS 29.0 (para análisis)
Análisis de datos	Codificación abierta y axial a través de estadísticas descriptivas y análisis bi y trivariado
Consideraciones éticas	Anonimización de datos personales, asegurando la confidencialidad en el tratamiento y análisis de datos
Limitaciones	Posibles sesgos en la confección de los informes de internación remitidos por profesionales de la salud; y no remisión por parte de todos los nosocomios públicos y privados de la CABA

ANÁLISIS DE DATOS: RESULTADOS E IMPLICANCIAS

El presente estudio tiene como objetivo principal explorar y caracterizar la población de niñas, niños y adolescentes internada por riesgo suicida en hospitales y centros de salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Los datos fueron obtenidos a partir de las notificaciones de internaciones por salud mental recibidas por el Ministerio Público Tutelar (MPT) y el Órgano Nacional de Revisión de Salud Mental (ONR) y, en líneas generales, ambos organismos presentan tendencias similares.

Cabe destacar que, para la elaboración de este estudio, se priorizan los datos del ONR ya que contienen los informes del subsistema público así como de las empresas de medicina prepaga y de las obras sociales. La información del sector público que recopila el MPT es utilizada de manera complementaria cuando incluye datos no relevados por el ONR.

En 2024, el ONR registró notificaciones por un total de 977 internaciones de niños, niñas y adolescentes en los centros de salud de CABA vinculadas a su salud mental, de las cuales 594 estuvieron asociadas a riesgo suicida (60,8%). En cuanto a las notificaciones recibidas por el MPT, se reportaron 286 internaciones encontrándose 193 de ellas relacionadas al riesgo suicida (67,5%).

La información y los datos obtenidos para 2024 mantienen la estructura del estudio sobre el 2023 y se organiza de acuerdo a los mismos ejes para facilitar su lectura comparativa:

- Características sociodemográficas de NNyA con internaciones por riesgo suicida.
- Características de acompañantes presentes al momento de la internación.
- Motivos de internación y diagnósticos presuntivos.
- Distribución temporal de las internaciones.
- Centros hospitalarios informantes.

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS
DE NNyA CON INTERNACIONES
POR RIESGO SUICIDA

TABLA (1)
**Sexo/género de NNyA
con internaciones asociadas al riesgo suicida**

Sexo/Género	Porcentaje
Mujer	73,7%
Varón	20,4%
Trans	4,2%
No consta	1,7%
Total	100%

Fuente: Elaboración propia sobre datos 2024
del Órgano Nacional de Revisión de Salud Mental (N = 594)

En relación con el sexo/género de las niñas, niños y adolescentes con internaciones asociadas al riesgo suicida, se observa que 7 de cada 10 internaciones corresponden a mujeres (73,7%). En segundo lugar, los varones representan el 20,4% de los casos, mientras que las personas de sexo/género trans alcanzan el 4,2%¹¹. Los casos en los que no consta esta información constituyen el 1,7%.

La distribución muestra una marcada sobrerrepresentación de mujeres en este tipo de internaciones, manteniendo el patrón observado en la evidencia internacional, donde las adolescentes concentran la mayor proporción de casos, mientras que la participación de varones resulta considerablemente menor.

11 En relación con el 4,2% para la categoría trans lo consideramos susceptible de subregistro, ya que su correcta consignación depende de la sensibilización y cumplimiento por parte de profesionales de la salud en lo que hace al derecho a la identidad de género y al trato digno garantizados por la Ley 26.743.

TABLA (2)
**Tramos de edad de NNyA
con internaciones asociadas al riesgo suicida**

Tramos de edad	Porcentaje
12 años o menos	5,9%
13 a 15 años	48,0%
16 y 17 años	43,4%
No consta	2,7%
Total	100%

Fuente: Elaboración propia sobre datos 2024
del Órgano Nacional de Revisión de Salud Mental (N = 594)

En relación con los grupos etarios de niñas, niños y adolescentes con internaciones asociadas al riesgo suicida, casi la mitad de los casos corresponde al tramo de 13 a 15 años (48,0%). En segundo lugar, el grupo de 16 y 17 años concentra el 43,4% de las internaciones, mientras que los menores de 12 años representan el 5,9% del total.

La distribución observada evidencia que 9 de cada 10 internaciones corresponden al tramo de 13 a 17 años.

TABLA (3)
**Tramos de edad de NNyA con internaciones
asociadas al riesgo suicida según sexo/género**

Tramos de edad	Sexo/género				Total
	Mujer	Varón	Trans	No consta	
12 años o menos	5,7%	7,4%	—	10,0%	5,9%
13 a 15 años	50,9%	35,5%	68,0%	20,0%	48,0%
16 y 17 años	42,2%	52,1%	28,0%	30,0%	43,4%
No consta	1,2%	5,0%	4,0%	40,0%	2,7%
Total	100%	100%	100%	100%	100%

Fuente: Elaboración propia sobre datos 2024 del Órgano Nacional de Revisión de Salud Mental (N = 594)

Al analizar la distribución de los grupos etarios según sexo/género, se observa que en todos los casos se mantiene una concentración predominante en la adolescencia. En el caso de las mujeres, el mayor peso se registra en el tramo de 13 a 15 años (50,9%), seguido por el de 16 y 17 años (42,2%), mientras que los menores de 12 años representan una proporción considerablemente menor (5,7%).

En los varones, la distribución presenta una mayor concentración en el grupo de 16 y 17 años (52,1%), superando al tramo de 13 a 15 años (35,5%), lo que indica un desplazamiento hacia edades más altas en comparación con las mujeres.

Por su parte, las personas trans muestran una mayor concentración en el tramo de 13 a 15 años (68,0%), aunque con una participación menor en el grupo de 16 y 17 años (28,0%). Asimismo, no se registran internaciones en el grupo de menores de 12 años.

ÁREA GEOGRÁFICA DEL CENTRO DE VIDA

Esta variable hace referencia al domicilio registrado en las notificaciones de las internaciones de NNyA por riesgo suicida.

TABLA (4)
**Área geográfica del centro de vida de NNyA
con internaciones asociadas al riesgo suicida según grupos etarios**

Área geográfica del centro de vida		Tramos de edad				Total
		12 años o menos	13 a 15 años	16 y 17 años	No consta	
CABA		42,9%	35,1%	34,5%	12,5%	34,7%
Conurbano bonaerense	Conurbano sur	14,3%	16,5%	24,0%	—	19,2%
	Conurbano norte	20,0%	8,1%	11,2%	—	9,9%
	Conurbano oeste	11,4%	13,0%	10,1%	6,3%	11,4%
	Total conurbano ²	45,7%	37,5%	45,3%	6,3%	40,6%
Otras zonas argentinas ³		2,9%	1,1%	0,8%	—	1,0%
No indica/sin datos		8,5%	26,3%	19,4%	81,2%	23,7%
Total general		100%	100%	100%	100%	100%

Fuente: Elaboración propia sobre datos 2024 del Órgano Nacional de Revisión de Salud Mental (N = 594)

En relación con el área geográfica del centro de vida según grupos etarios, se observa que la Ciudad Autónoma de Buenos Aires concentra el 34,7% de los casos, mientras que el conurbano bonaerense en su conjunto alcanza el 40,6%.

Dentro de este último, el conurbano sur presenta la mayor participación (19,2%), seguido por el conurbano oeste (11,4%) y el conurbano norte (9,9%). Las otras zonas del país representan una proporción marginal (1,0%), mientras que los casos sin datos alcanzan el 23,7%. Así, en aproximadamente 2 de cada 10 notificaciones no es posible identificar el centro de vida de los NNyA internados por riesgo suicida; esta proporción aumenta entre los casos sin datos etarios.

12 A los fines del presente trabajo, denominamos “conurbano bonaerense” a los cuarenta municipios mencionados excluyendo la ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA).

13 A los fines del presente trabajo, denominamos “otras zonas argentinas” a las localizaciones dentro del territorio nacional por fuera del conurbano bonaerense, incluyendo localidades del interior de la provincia de Buenos Aires.

Al analizar la distribución por edad, en el grupo de 13 a 15 años la participación de CABA disminuye (35,1%), mientras que aumenta la proporción de casos sin datos (26,3%). En los adolescentes de 16 y 17 años el conurbano bonaerense vuelve a concentrar la mayor proporción (45,3%), superando a CABA (34,5%).

TABLA (5)
**Centro de vida en CABA de NNyA
con internaciones asociadas al riesgo suicida según tramos de edad**

Área geográfica del centro de vida en CABA	Tramos de edad			Total
	12 años o menos	13 a 15 años	16 y 17 años	
Comunas sur	37,5%	53,8%	64,3%	56,0%
Comunas norte	12,5%	10,3%	14,3%	12,0%
Comunas oeste	50,0%	28,2%	17,8%	26,7%
Sin datos	0,0%	7,7%	3,6%	5,3%
Total	100%	100%	100%	100%

Fuente: Elaboración propia sobre datos 2024 del Ministerio Público Tutelar (N = 193)

Con respecto al centro de vida en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, se observa que más de la mitad de los casos se concentra en las comunas del sur (56,0%), seguidas por las comunas del oeste (26,7%) y, en menor medida, por las comunas del norte (12,0%).

Al analizar la distribución según grupos etarios, se advierte que para quienes tienen 12 años o menos la mayor proporción se registra en las comunas del oeste (50,0%), seguidas por las del sur (37,5%). En el grupo de 13 a 15 años, las comunas del sur pasan a concentrar la mayor participación (53,8%), tendencia que se acentúa en el grupo de 16 y 17 años, donde alcanzan el 64,3%.

La mayor concentración de casos en las comunas del sur debe interpretarse considerando que los datos presentados corresponden a frecuencias absolutas y no a tasas ajustadas por población, especialmente en los grupos de mayor edad, mientras que en los menores de 12 años la participación de las comunas del oeste resulta relativamente más elevada.

ACOMPañANTES AL MOMENTO DE LA INTERNACIÓN

Se entiende por acompañante a la persona (o grupo de personas) que presenta un vínculo con los NNyA internados por causas relacionadas al riesgo suicida, y se encuentran presentes al momento de su hospitalización. Pueden ser de tipo familiar (ya sea nuclear o ampliado) o no familiar (amigos o referentes institucionales). La información sobre las personas acompañantes se construyó a partir de la sistematización de datos procedentes de los informes remitidos al MPT, ya que la misma no estaba disponible en la documentación registrada a nivel nacional.

TABLA (6)
Características de acompañante de NNyA con internaciones asociadas al riesgo suicida según sexo/género

Características de acompañante	Sexo/género			Total
	Mujer	Varón	Trans	
Referente femenino	67,3%	65,7%	71,5%	67,3%
Referente masculino	13,5%	13,2%	14,3%	13,5%
Referente femenino y referente masculino juntos	4,3%	7,9%	7,1%	5,2%
Personal de hogar institucional	2,8%	0,0%	7,1%	2,6%
No consta/no indica	12,1%	13,2%	0,0%	11,4%
Total	100%	100%	100%	100%

Fuente: Elaboración propia sobre datos 2024 del Ministerio Público Tutelar (N = 193)

En relación con las características de las personas acompañantes según sexo/género de las niñas, niños y adolescentes, se observa que en todos los grupos predomina ampliamente la presencia de acompañantes femeninas, alcanzando el 67,3% en el total de los casos. Los acompañantes varones representan el 13,5%, mientras que las configuraciones mixtas el 5,2%.

En el 11,4% de los casos se omite la información acerca de las personas acompañantes, no permitiendo discernir si se trata de un dato que no fue consignado al momento de la internación o si, efectivamente, el NNyA se encontraba sin acompañante al momento del ingreso.

TABLA (7)
Características de acompañante de NNyA con internaciones asociadas al riesgo suicida según grupos etarios

Características acompañante	Tramos de edad			Total
	12 años o menos	13 a 15 años	16 y 17 años	
Referente femenino	53,3%	69,9%	66,7%	67,3%
Referente masculino	—	17,2%	11,9%	13,5%
Referente femenino y referente masculino juntos	6,7%	4,3%	6,0%	5,2%
Personal de hogar institucional	—	—	6,0%	2,6%
No consta/no indica	40,0%	8,6%	9,4%	11,4%
Total	100%	100%	100%	100%

Fuente: Elaboración propia sobre datos 2024 del Ministerio Público Tutelar (N = 193)

Con respecto a las características de las personas acompañantes según grupos etarios, como hemos mencionado, la presencia de acompañantes femeninas resulta predominante en todos (67,3%). Esta proporción aumenta en el grupo de 13 a 15 años (69,9%) y se mantiene elevada en el de 16 y 17 años (66,7%), mientras que en los menores de 12 años desciende al 53,3%.

Los acompañantes masculinos presentan una mayor participación en el grupo de 13 a 15 años (17,2%), disminuyendo en el de 16 y 17 años (11,9%). Las configuraciones mixtas mantienen valores relativamente bajos y estables entre los distintos grupos etarios.

Por otro lado, el acompañamiento por parte de personal de hogares institucionales se registra únicamente en el grupo de 16 y 17 años (6,0%). En contraste, la categoría “No consta/no indica” registra una proporción significativamente más alta en los menores de 12 años (40,0%), reduciéndose considerablemente en los grupos de mayor edad.

MOTIVOS DE INTERNACIÓN

En este informe, los motivos de internación refieren a situaciones asociadas con riesgo cierto e inminente para el NNyA o para terceras personas, o bien a casos en los que la internación fue indicada como la alternativa terapéutica más adecuada.⁴

TABLA (8)

Motivos de internación de NNyA asociadas al riesgo suicida

Motivos de internación	Porcentaje
Ideación suicida	48,7%
Intento de suicidio	39,6%
Autolesiones	8,2%
No específica	3,5%
Total	100%

Fuente: Elaboración propia sobre datos 2024 del Órgano Nacional de Revisión de Salud Mental (N = 594)

En relación con los motivos de internación asociados al riesgo suicida, se observa que la ideación suicida constituye la principal causa, representando el 48,7% de los casos. En segundo lugar, los intentos de suicidio alcanzan el 39,6%, mientras que las autolesiones concentran el 8,2%. Los casos en los que no consta esta información representan el 3,5%.

14 Esta consideración se corresponde con lo establecido por la Ley de Salud Mental Nº 26.657.

TABLA (9)
**Motivos de internación detalladas de NNyA
asociadas al riesgo suicida**

Motivos de internación		Porcentaje
Ideación suicida	Ideación autolítica irreductible	57,5%
Intento de suicidio	Sobreingesta medicamentosa	59,7%
	Intento autolítico no especificado	28,3%
	Intento de ahorcamiento	9,0%
	Intento de arrojarse al vacío o a un medio de Transporte en movimiento	1,5%
	Ingesta de productos tóxicos no medicamentosos	1,5%
	Total intento de suicidio	34,7%
Autolesiones	Autolesiones con fines autolíticos	7,8%
Total general		100%

Fuente: Elaboración propia sobre datos 2024 del Ministerio Público Tutelar (N = 193)

Con respecto al detalle de los motivos de internación relevados por el MPT, la ideacion autolitica irreductible presenta el 57,5% de los casos, los intentos de suicidio el 34,7% y las autolesiones con fines autoliticos el 7,8%.

En el caso de los intentos de suicidio, que en conjunto representan el 34,7% de las internaciones, se destaca la sobreingesta medicamentosa como la modalidad predominante (59,7%). En segundo lugar, se ubican los intentos autolíticos no especificados (28,3%), mientras que otras modalidades, como el intento de ahorcamiento (9,0%) y los intentos de arrojarse al vacío o a un medio de transporte en movimiento (1,5%), presentan menor frecuencia. La ingesta de productos tóxicos no medicamentosos registran un valor reducido (1,5%).

Por su parte, las autolesiones con fines autolíticos representan el 7,8% del total de los casos.

TABLA (10)

**Motivos de internación de NNyA
asociadas al riesgo suicida
según tramos de edad**

Motivos de internación	Tramos de edad				Total
	12 años o menos	13 a 15 años	16 y 17 años	No consta	
Ideación suicida	51,4%	47,4%	51,2%	25,0%	48,7%
Intento de suicidio	34,3%	40,7%	39,5%	31,3%	39,6%
Autolesiones	14,3%	9,1%	6,6%	6,3%	8,2%
No consta/sin datos	—	2,8%	2,7%	37,4%	3,5%
Total	100%	100%	100%	100%	100%

Fuente: Elaboración propia sobre datos 2024 del Órgano Nacional de Revisión de Salud Mental (N = 594)

En relación con los motivos de internación según grupos de edad, se observa que la ideación suicida constituye la principal causa en todos los tramos etarios, con valores relativamente estables entre los menores de 12 años (51,4%) y los adolescentes de 16 y 17 años (51,2%), y una leve disminución en el grupo de 13 a 15 años (47,4%).

Los intentos de suicidio presentan también una distribución consistente entre los distintos grupos, con una mayor proporción en el tramo de 13 a 15 años (40,7%), seguidos por los adolescentes de 16 y 17 años (39,5%) y los menores de 12 años (34,3%).

Por su parte, las autolesiones muestran una mayor incidencia en los menores de 12 años (14,3%), disminuyendo progresivamente a medida que aumenta la edad, donde alcanzan el 9,1% en el tramo de 13 a 15 años y el 6,6% en el de 16 y 17 años.

En términos generales la distribución evidencia que, si bien la ideación suicida predomina en todos los grupos etarios, las autolesiones adquieren mayor relevancia relativa en las edades más tempranas, mientras que los intentos de suicidio presentan una mayor presencia en la adolescencia media.

TABLA (11)
**Motivos de internación de NNyA
asociadas al riesgo suicida según sexo/género**

Motivos de internación	Sexo/género				Total
	Mujer	Varón	Trans	No consta	
Ideación suicida	47,3%	52,0%	60,0%	40,0%	48,7%
Intento de suicidio	42,0%	36,4%	24,0%	10,0%	39,6%
Autolesiones	8,7%	5,8%	16,0%	—	8,2%
No consta/sin datos	2,0%	5,8%	—	50,0%	3,5%
Total	100%	100%	100%	100%	100%

Fuente: Elaboración propia sobre datos 2024 del Órgano Nacional de Revisión de Salud Mental (N = 594)

En relación con los motivos de internación según sexo/género, se observa que la ideación suicida constituye la principal causa en todos los grupos, alcanzando el 47,3% en las mujeres, el 52,0% en los varones y el 60,0% en las personas trans.

Los intentos de suicidio representan la segunda causa de internación, con mayor peso en las mujeres (42,0%) en comparación con los varones (36,4%) y las personas trans (24,0%).

La distribución evidencia que, si bien la ideación suicida predomina en todos los grupos, existen diferencias en la composición de los motivos de internación según sexo/género, particularmente en la mayor participación de los intentos de suicidio en mujeres y de las autolesiones en personas trans.

TABLA (12)
**Motivos de internación detalladas de NNyA
asociadas al riesgo suicida según sexo/género**

Motivos de internación		Sexo/género			Total
		Mujer	Varón	Trans	
Ideación suicida	Ideación autolítica irreductible	59,6%	52,6%	50,0%	57,5%
Intento de suicidio	Sobreingesta medicamentosa	60,4%	52,9%	—	—
	Intento autolítico no especificado	31,3%	17,6%	—	—
	Intento de ahorcamiento	8,3%	11,8%	—	—
	Intento de arrojar al vacío o a un medio de transporte en movimiento	—	5,9%	—	—
	Ingesta de productos tóxicos	—	5,9%	—	—
	Intento de suicidio no especificado	—	17,6%	—	—
	Total intento de suicidio	34,0%	44,7%	14,3%	34,7%
Autolesiones	Autolesiones con fines autolíticos	6,4%	2,7%	35,7%	7,8%
Total general		100%	100%	100%	100%

Fuente: Elaboración propia sobre datos 2024 del Ministerio Público Tutelar (N = 193)

Al analizar los intentos de suicidio específicamente, de los datos sistematizados por el MPT, la sobreingesta medicamentosa constituye la modalidad predominante para mujeres (60,4%), y para varones (52,9%).

Por su parte, las autolesiones con fines autolíticos muestran una participación significativamente más elevada en las personas trans (35,7%), superando ampliamente los valores observados en mujeres (6,4%) y varones (2,7%).

En conjunto, la distribución evidencia diferencias en las modalidades de expresión del riesgo suicida según sexo/género, tanto en la composición interna de los intentos de suicidio como en el peso relativo de las autolesiones.

DIAGNÓSTICOS PRESUNTIVOS

Los diagnósticos presentados en las notificaciones son de carácter presuntivo, ya que son formulados por profesionales de la medicina en el momento del ingreso hospitalario a partir de lo referido por el propio NNyA, la persona acompañante y/o de los síntomas observados. Por su naturaleza, estos diagnósticos iniciales tienen un carácter provisional y están sujetos a una posterior confirmación y desarrollo a lo largo de la internación.

A continuación, se incluye información de las notificaciones recibidas por el MPT ya que estos diagnósticos no están sistematizados por el ONR.

TABLA (13)
Diagnóstico presuntivo al momento de la internación de NNyA asociada al riesgo suicida según grupos etarios

Diagnóstico presuntivo (DSM V/CIE-10)	Tramos de edad			Total
	12 años o menos	13 a 15 años	16 y 17 años	
F20 - Esquizofrenia	—	3,2%	3,6%	3,1%
F29 - Trastorno de espectro de esquizofrenia no especificado y otro trastorno psicótico	33,3%	22,5%	33,3%	28,1%
F31 - Trastorno afectivo bipolar	—	—	1,2%	0,5%
F32.9 - Trastorno depresivo no especificado	—	2,2%	1,2%	1,6%
F39 - Trastorno del ánimo no especificado	20,0%	23,6%	19,0%	21,3%
F43.1 - Trastorno de estrés postraumático	6,7%	1,1%	1,2%	1,6%
R45.8 - Otros síntomas y signos que involucran el estado emocional	—	1,1%	—	0,5%
F50.9 - Trastorno de la conducta alimentaria no especificado	—	1,1%	1,2%	1,0%
F60.2 - Trastorno antisocial de la personalidad	—	—	1,2%	0,5%
F60.9 - Trastorno de la personalidad no especificado	—	—	1,2%	0,5%
F63.9 - Trastorno de los hábitos y del control de los impulsos no especificado	13,3%	11,8%	13,1%	12,4%
F79 - Discapacidad intelectual no especificada	—	1,1%	1,2%	1,0%
No especifica diagnóstico presuntivo	20,0%	22,6%	13,1%	18,1%
No consta diagnóstico presuntivo	6,7%	9,7%	9,5%	9,8%
Total	100%	100%	100%	100%

Fuente: Elaboración propia sobre datos 2024 del Ministerio Público Tutelar (N = 193)

Al desagregar las internaciones de NNyA asociadas al riesgo suicida notificadas al MPT por diagnóstico presuntivo según las clasificaciones del DSM-V⁵ (usando la nomenclatura CIE-10), un 28,1% corresponde al trastorno del espectro de la esquizofrenia no especificado y otro trastorno psicótico (F29)⁶, un 21,3% al trastorno del estado de ánimo no especificado (F39) y en tercer lugar de frecuencia se encuentra el trastorno de los hábitos y el control de los impulsos no especificado (F63.9). Cabe señalar que la ausencia de diagnóstico presuntivo en una proporción considerable de las notificaciones limita la interpretación de la distribución diagnóstica observada.

15 American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5.ª ed.). Editorial Médica Panamericana.

16 “Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno del espectro de la esquizofrenia y otro trastorno psicótico que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica del trastorno del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. Esta categoría se utiliza en situaciones en las que el clínico opta por no especificar el motivo del incumplimiento de los criterios de un trastorno específico del espectro de la esquizofrenia, e incluye presentaciones en las que no existe suficiente información para hacer un diagnóstico más específico (p. ej., en servicios de urgencias)”, American Psychiatric Association, *op. cit.*

DISTRIBUCIÓN TEMPORAL DE LAS INTERNACIONES

Las notificaciones de los ingresos hospitalarios asociadas al riesgo suicida de NNyA son remitidos en un plazo de 48 a 72 horas por los efectores de salud al ONR y al MPT⁷. A continuación se incluyen agrupados por los meses calendarios del año 2024.

TABLA (14)
Mes de internaciones de NNyA asociadas al riesgo suicida según tramos de edad

Mes de internaciones	Tramos de edad				Total
	12 años o menos	13 a 15 años	16 y 17 años	No consta	
Enero	8,6%	7,4%	5,0%	6,3%	6,4%
Febrero	14,3%	7,0%	10,1%	—	8,6%
Marzo	8,6%	5,2%	5,0%	—	5,2%
Abril	2,9%	8,1%	8,9%	12,4%	8,2%
Mayo	2,9%	9,8%	8,1%	6,3%	8,6%
Junio	2,9%	9,5%	5,8%	—	7,2%
Julio	2,9%	7,7%	5,4%	6,3%	6,4%
Agosto	14,2%	9,5%	9,7%	12,4%	9,9%
Septiembre	14,2%	9,8%	9,7%	6,3%	9,9%
Octubre	2,9%	10,2%	15,1%	6,3%	11,8%
Noviembre	11,4%	9,5%	10,5%	37,4%	10,8%
Diciembre	14,2%	6,3%	5,8%	6,3%	6,6%
No consta	—	—	0,9%	—	0,4%
Total	100%	100%	100%	100%	100%

Fuente: Elaboración propia sobre datos 2024 del Órgano Nacional de Revisión de Salud Mental (N = 594)

En relación con la cantidad mensual de las internaciones según tramos de edad, se observa que los casos se distribuyen a lo largo de todo el año sin una concentración exclusiva en un único período, aunque con algunas variaciones entre los distintos meses.

17 Los informes remitidos por los nosocomios pueden tener una demora aproximada de 48 a 72 horas (como máximo) desde el momento de la internación. No necesariamente se encuentra consignada la fecha, por lo que trabajamos con los datos temporales de la notificación hospitalaria.

En el total general, los valores más elevados se registran en octubre (11,8%), noviembre (10,8%) y en los meses de agosto y septiembre (9,9% cada uno), mientras que los niveles más bajos corresponden a marzo (5,2%) y enero y julio (6,4% cada uno).

Al analizar por edades se advierten algunas particularidades. En los menores de 12 años se destacan los meses de febrero (14,3%), agosto, septiembre y diciembre (14,2% cada uno), mientras que en los adolescentes de 13 a 15 años la distribución es más homogénea, con leves incrementos en octubre (10,2%) y en los meses de mayo y septiembre (9,8%).

En el grupo de 16 y 17 años el valor más alto se registra en octubre (15,1%), seguido por noviembre (10,5%) y febrero (10,1%).

En los casos sin datos de edad se observa una fuerte concentración en noviembre (37,4%), aunque se trata de un grupo de menor volumen.

En términos generales, la distribución mensual no permite identificar un patrón estacional claramente definido, aunque se observan niveles relativamente más elevados de internaciones durante el último trimestre del año.

TABLA (15)
Mes de internaciones de NNyA asociadas al riesgo suicida según sexo/género

Mes de internaciones	Sexo/género				Total
	Mujer	Varón	Trans	No consta	
Enero	5,7%	7,4%	8,0%	20,0%	6,4%
Febrero	8,4%	9,1%	4,0%	20,0%	8,6%
Marzo	5,3%	5,8%	—	10,0%	5,2%
Abril	8,9%	8,3%	—	—	8,2%
Mayo	9,4%	5,0%	16,0%	—	8,6%
Junio	6,6%	8,3%	16,0%	—	7,2%
Julio	6,4%	7,4%	4,0%	—	6,4%
Agosto	10,7%	5,0%	12,0%	30,0%	9,9%
Septiembre	11,0%	6,6%	12,0%		9,9%
Octubre	9,8%	20,7%	4,0%	10,0%	11,8%
Noviembre	10,7%	10,7%	16,0%	—	10,8%
Diciembre	6,6%	5,7%	8,0%	10,0%	6,6%
No consta	0,5%	0,0%		—	0,4%
Total	100%	100%	100%	100%	100%

Fuente: Elaboración propia sobre datos 2024 del Órgano Nacional de Revisión de Salud Mental (N = 594)

En relación con el mes de las internaciones según sexo/género, se observa que los casos se distribuyen a lo largo de todo el año, con variaciones en la intensidad según cada grupo.

Al analizar por sexo/género se advierte que en las mujeres la distribución presenta una mayor concentración en los meses de septiembre (11,0%), agosto y noviembre (10,7% cada uno), y octubre (9,8%). En los varones se destaca un pico significativo en octubre (20,7%), muy por encima del resto de los meses, seguido por noviembre (10,7%) y febrero (9,1%).

En las personas trans, si bien el volumen es menor, se observan mayores proporciones en los meses de mayo, junio y noviembre (16,0% cada uno), así como en agosto y septiembre (12,0%).

En los casos en los que no consta el sexo/género, se registran valores elevados en algunos meses específicos, como agosto (30,0%) y enero y febrero (20,0%), aunque se trata de un grupo de baja frecuencia.

CENTROS HOSPITALARIOS INFORMANTES

Esta variable refiere a las características de los 32 centros de salud de la CABA que informaron internaciones asociadas al riesgo suicida de NNyA y se describen según subsectores del sistema⁸, especialización psiquiátrica y especialización pediátrica.

TABLA (16)
Sector del sistema de salud de los centros hospitalarios que realizaron internaciones de NNyA asociadas al riesgo suicida

Sector del sistema de salud	Porcentaje
Sector público	66,7%
Sector privado	33,2%
No consta	0,1%
Total	100%

Fuente: Elaboración propia sobre datos 2024 del Órgano Nacional de Revisión de Salud Mental (N = 594)

Durante el año 2024 casi 7 de cada 10 internaciones se realizaron en hospitales del sector público (66,7%).

18 Si bien las obras sociales constituyen un subsector, a los fines de este trabajo han sido incluidas en el subsector privado ya que se financian principalmente a través de los aportes obligatorios de quienes participan formalmente de actividades remuneradas registradas, y se destinan a cubrir prestaciones médicas y asistenciales de las personas afiliadas y su grupo primario.

TABLA (17)
Hospitales públicos que realizaron internaciones de NNyA asociadas al riesgo suicida⁹

Hospitales de internación del sector público ¹⁰	Porcentaje
Hospital Infanto Juvenil Carolina Tobar García*	32,7%
Hospital General de Niños Ricardo Gutiérrez	17,1%
Hospital General de Niños Dr. Pedro de Elizalde	13,1%
Hospital General de Agudos Donación Francisco Santojanni	7,1%
Hospital de Pediatría S.A.M.I.C. Prof. Dr. Juan P. Garrahan	5,8%
Hospital General de Agudos Parmenio Piñero	3,3%
Hospital de Emergencias Psiquiátricas Torcuato de Alvear	3,2%
Hospital General de Agudos José María Penna	2,8%
Hospital General de Agudos Carlos G. Durand*	2,8%
Hospital General de Agudos Dr. Juan A. Fernández*	1,8%
Hospital General de Agudos Dr. Ignacio Pirovano	1,8%
Hospital General de Agudos D. Vélez Sarsfield*	1,8%
Hospital General de Agudos Dr. Teodoro Álvarez*	1,5%
Hospital General de Agudos Dr. Cosme Argerich	1,5%
Hospital Dr. Abel Zubizarreta*	1,3%
Hospital General de Agudos José María Ramos Mejía	1,0%
Hospital General de Agudos Dra. Cecilia Grierson	0,8%
Hospital General de Agudos Dr. Enrique Tornú*	0,3%
Hospital General de Agudos Bernardino Rivadavia	0,3%
Total	100%

Fuente: Elaboración propia sobre datos 2024 del Órgano Nacional de Revisión de Salud Mental (N = 396)

19 Todos dependen del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires , excepto el Hospital de Pediatría Prof. Dr. Juan P. Garrahan que recibe aportes por el 20% del go-
bierno local, mientras que el 80% restante corresponde a la jurisdicción nacional. Véase
<https://www.garrahan.gov.ar/hospital/bienvenida>

20 Los hospitales señalados con un * forman parte de la Red de Orientación en Trabajo
y Educación (ROTE), que está integrada por los Servicios y Equipos de Orientación Vocacio-
nal y Ocupacional de los hospitales y Centros de Salud del Ministerio de Salud del Gobierno
de la Ciudad de Buenos Aires. Además de los consignados participan el Hospital de Reha-
bilitación Manuel Rocca, el Centro de Salud Mental N° 3 Dr. Arturo Ameghino, y el Hospital
Interdisciplinario Psicoasistencial José Tiburcio Borda.

Para el sector público los hospitales que realizan mayores internaciones son el Hospital Infanto Juvenil Carolina Tobar García, que concentra el 32,7% de los casos, seguido por el Hospital General de Niños Ricardo Gutiérrez (17,1%) y el Hospital General de Niños Dr. Pedro de Elizalde (13,1%), todos ellos especializados en pediatría. Los tres centros representan el 63% de las internaciones del sector.

TABLA (18)

Establecimientos privados que realizaron internaciones de NNyA asociadas al riesgo suicida

Establecimiento de internación del sector privado ¹¹	Porcentaje
Clínica Dharma	26,4%
Clínica Santa Rosa	24,9%
Flores Salud Mental	15,7%
Hospital Italiano de Buenos Aires	15,2%
Complejo Médico Churruca Visca	6,1%
Sanatorio Franchin	3,6%
Centro Gallego de Buenos Aires	2,1%
Instituto Frenopático	2,0%
Clínica Moravia	1,5%
Hospital Militar Central Cirujano Mayor Dr. Cosme Argerich	1,0%
Sanatorio San José	1,0%
Hospital Alemán de Buenos Aires	0,5%
Total	100%

Fuente: elaboración propia sobre datos 2024 de Órgano Nacional de Revisión de Salud Mental (N = 193)

En relación con los establecimientos del sector privado que realizaron internaciones de niñas, niños y adolescentes asociadas al riesgo suicida, se observa una concentración significativa en un número reducido de instituciones. La Clínica Dharma (26,4%) y la Clínica Santa Rosa (24,9%) reúnen en conjunto más de la mitad de los casos del subsector, seguidas por Flores Salud Mental (15,7%) y el Hospital Italiano de Buenos Aires (15,2%).

21 En 2024 se incorporan el Hospital Alemán de Buenos Aires y el Sanatorio San José.

TABLA (19)
Especialización en salud mental de centros hospitalarios que realizaron internaciones de NNyA asociadas al riesgo suicida

Tipo de especialización hospital	Porcentaje
Hospital especializado en salud mental	47,5%
Hospital NO especializado en salud mental	52,4%
No consta	0,1%
Total	100%

Fuente: Elaboración propia sobre datos 2024 del Órgano Nacional de Revisión de Salud Mental (N = 594)

El 52,4% de las internaciones se realizaron en hospitales que no cuentan con especialización, mientras el 47,5% en hospitales que sí se especializan en salud mental. Los registros en los que esta información no se encuentra consignada representan el 0,1%.

TABLA (20)
Internaciones de NNyA asociadas al riesgo suicida en centros hospitalarios especializados en salud mental según tramos de edad

Tipo de especialización de hospital	Tramos de edad			Total
	12 años o menos	13 a 15 años	16 y 17 años	
Hospital especializado en salud mental	31,4%	43,5%	55,4%	47,5%
Hospital NO especializado en salud mental	68,6%	56,5%	44,6%	52,4%
No consta	—	—	—	0,1%
Total	100%	100%	100%	100%

Fuente: elaboración propia sobre datos 2024 de Órgano Nacional de Revisión de Salud Mental (N = 594)

En los no especializados, la cantidad de internaciones decrece a medida que aumenta la edad, pasando de 68,6% para quienes tienen 12 años o menos al 44,6% para el grupo de 16 y 17 años. La relación es inversa en los centros hospitalarios especializados en salud mental, donde los menores de 12 años son el 31,4% y casi se duplica para los de 16 y 17 años (55,4%).

TABLA (21)

Internaciones de NNyA asociadas al riesgo suicida en centros hospitalarios especializados en salud mental según sector del sistema de salud

Tipo de especialización hospital	Hospital de internación según sistema			Total
	Sector público	Sector privado	No consta	
Hospital especializado en salud mental	36,1%	70,6%	—	47,5%
Hospital NO especializado en salud mental	63,9%	29,4%	—	52,4%
No consta	—	—	100,0%	0,1%
Total	100%	100%	100%	100%

Fuente: Elaboración propia sobre datos 2024 del Órgano Nacional de Revisión de Salud Mental (N = 594)

Al analizar las internaciones según el sector del sistema de salud y la especialización en salud mental de los centros hospitalarios, en el sector público 4 de cada 10 internaciones se realizaron en centros especializados en salud mental y en el sector privado 7 de cada 10.

Una posible explicación de esta distribución es la diferente organización de la oferta de internación entre ambos subsectores. Sin embargo, los datos analizados no permiten identificar las causas específicas de estas diferencias.

TABLA (22)
**Internaciones de NNyA asociadas al riesgo
suicida en centros hospitalarios especializados
en pediatría según sector del sistema de salud**

Tipo de especialización hospital	Hospital de internación según sistema			Total
	Sector público	Sector privado	No consta	
Hospital especializado en pediatría	68,9%	—	—	46,0%
Hospital NO especializado en pediatría	31,1%	100,0%	—	53,8%
No consta	—	—	100,0%	0,2%
Total	100%	100%	100%	100%

Fuente: Elaboración propia sobre datos 2024 del Órgano Nacional de Revisión de Salud Mental (N = 594)

En relación con la especialización institucional en pediatría, en el sector público la mayor parte de las internaciones se realiza en hospitales especializados en atención pediátrica (68,9%), mientras que el 31,1% corresponde a establecimientos no especializados en pediatría. En contraste, en el sector privado la totalidad de las internaciones se registra en hospitales o sanatorios no especializados en pediatría (100%), aunque estos pueden contar con servicios o áreas de atención pediátrica.

TABLA (23)
**Internaciones de NNyA asociadas al riesgo
suicida en centros hospitalarios especializados
en pediatría según sexo/género**

Tipo de especialización hospital	Sexo/género				Total
	Mujer	Varón	Trans	No consta	
Hospital especializado en pediatría	45,3%	43,8%	56,0%	80,0%	46,0%
Hospital NO especializado en pediatría	54,7%	55,4%	44,0%	20,0%	53,9%
No consta	—	0,8%	—	—	0,1%
Total	100%	100%	100%	100%	100%

Fuente: Elaboración propia sobre datos 2024 del Órgano Nacional de Revisión de Salud Mental (N = 594)

La información evidencia que no se registran contrastes marcados en la distribución de las internaciones según sexo/género, predominando en todos los grupos una participación relevante de hospitales no especializados en pediatría. La mayor proporción de internaciones de personas trans en hospitales pediátricos constituyen un hallazgo descriptivo que requiere estudios específicos para comprender los factores asociados a dicha distribución.

CONCLUSIONES

El presente estudio descriptivo permite caracterizar las notificaciones de internaciones por riesgo suicida de niñas, niños y adolescentes ocurridas en la Ciudad de Buenos Aires durante 2024, ofreciendo evidencia empírica fundamental para el diseño y la exigibilidad de políticas públicas que den cumplimiento a la Ley Nacional 27.130 de Prevención del Suicidio.

Los hallazgos pueden ser organizados por ejes estratégicos que exponen los desafíos en los sistemas de registro, atención y reorientación de las políticas públicas.

Con relación a las **características sociodemográficas**, las notificaciones de las internaciones asociadas al riesgo suicida se concentran de manera significativa en la población adolescente: el 90% de los casos registrados corresponden entre los 13 y 17 años. Dentro de este grupo, se observa un mayor peso relativo del tramo de 13 a 15 años. La participación de niñas y niños menores de 12 años resulta considerablemente menor, aunque significativa por la corta edad de los protagonistas.

Al analizar la distribución según sexo/género, se evidencia un claro predominio de mujeres: 7 de cada 10 notificaciones registradas. Los varones presentan una menor proporción relativa, mientras que las personas trans, si bien representan un porcentaje reducido del total, muestran patrones específicos que deben ser considerados en las estrategias de abordaje.

Asimismo, se observan diferencias etarias entre los distintos grupos de sexo/género: en mujeres y personas trans, la mayor presencia se registra en la adolescencia media, mientras que en los varones, el valor más alto se desplaza hacia la adolescencia tardía.

En cuanto a la **dimensión territorial y a la distribución geográfica** del centro de vida de las personas internadas, 4 de cada 10 notificaciones corresponden a niñas, niños y adolescentes residentes del conurbano bonaerense y una proporción similar a residentes de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

En el ámbito de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires se observa: más de la mitad de las notificaciones corresponden a niñas, niños y adolescentes cuyo centro de vida se localiza en las comunas del sur. Esta concentración se intensifica en los grupos etarios de mayor edad.

Con respecto a los **acompañantes al momento de la internación**, se evidencia una fuerte feminización de los roles de cuidado. En aproximadamente dos tercios de los casos las personas acompañantes son mujeres, independientemente de la edad de las niñas, niños y adolescentes internados. Para el grupo de 12 años o menos, no se registran acompañantes masculinos solos.

En cuanto a los **motivos de internación y expresión clínica del riesgo suicida**, un 90% de las notificaciones corresponden conjuntamente a la ideación suicida y a los intentos de suicidio. Las autolesiones con fines autolíticos representan una proporción considerablemente menor, aunque con mayor peso relativo en determinados subgrupos. En el caso de los intentos de suicidio, la sobreingesta medicamentosa constituye la modalidad predominante.

Asimismo, se registran diferencias en la expresión del riesgo suicida según sexo/género: las mujeres presentan una mayor proporción de internaciones por intentos de suicidio; en los varones se registra una mayor diversidad de modalidades; y en las personas trans se destaca una mayor participación relativa de autolesiones.

En relación con los **diagnósticos presuntivos**, se concentran en categorías diagnósticas amplias o no especificadas, particularmente en los trastornos del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos no especificados (F29) y en los trastornos del estado de ánimo no especificados (F39). Asimismo, en casi 3 de cada 10 notificaciones no se registran diagnósticos presuntivos.

Este patrón resulta más pronunciado en los grupos etarios más jóvenes, lo que podría sugerir mayores dificultades para la definición diagnóstica temprana en contextos de crisis agudas asociadas al riesgo suicida. La elevada presencia de categorías diagnósticas amplias o inespecíficas da cuenta de la complejidad clínica de los casos atendidos y de la necesidad de profundizar los procesos diagnósticos durante la internación y el seguimiento posterior.

No obstante, resulta fundamental no reducir los intentos de suicidio exclusivamente a una causa clínica. El complejo entramado de variables sociales, familiares, subjetivas y de salud mental que afectan el bienestar emocional de niñas, niños y adolescentes exige evitar una mirada patologizante y considerar la multicausalidad presente en estas situaciones.

En cuanto a **la distribución temporal de las internaciones**, no hay evidencia de una estacionalidad rígida. No obstante, se observa una mayor concentración relativa de casos en el último trimestre del año, particularmente en los meses de octubre y noviembre, con variaciones según grupos etarios y sexo/género.

En los varones, se destaca un incremento marcado en el mes de octubre, mientras que en las mujeres la distribución es más homogénea, con valores levemente más elevados en los meses de agosto, septiembre y noviembre.

Por último, en cuanto a **la organización del sistema de salud y respuesta institucional**, según las notificaciones recibidas, los centros hospitalarios públicos concentran aproximadamente dos tercios de las internaciones de niñas, niños y adolescentes asociadas al riesgo suicida, posicionándose como el principal responsable de la atención de estos casos. Dentro del sistema de salud público, una proporción significativa de las internaciones se realiza en los establecimientos especializados en salud mental infanto-juvenil y hospitales pediátricos de referencia (Hospital Infanto Juvenil "C. Tobar García", Hospital General de Niños Dr. Ricardo Gutierrez y Hospital General de Niños Pedro de Elizalde). En el sector privado, las internaciones se concentran en instituciones especializadas en salud mental (Clínica Dharma, Clínica Santa Rosa y Flores Salud Mental).

En síntesis, el perfil predominante de las notificaciones de internación por riesgo suicida en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en 2024 corresponde a mujeres en la adolescencia (13-17 años), residentes principalmente en comunas del sur de la Ciudad y zonas del conurbano bonaerense; acompañadas por familiares femeninas, que son atendidas en la red de hospitales pediátricos públicos.

BIBLIOGRAFÍA

- Famá, V. (2015). "Capacidad progresiva de niñas, niños y adolescentes en el Código Civil y Comercial". *La Ley*. Disponible en internet.
- Santillán Pizarro, M. M., y Pereyra, E. J. (2021). "Factores asociados a la ideación del suicidio en adolescentes: Algunas evidencias en Argentina". *Astrolabio*, (25), 160–181. Universidad Nacional de Córdoba, Centro de Investigaciones y Estudios sobre Cultura y Sociedad. [Disponible en internet.](#)
- Xie, L., Tang, L., Liu, Y., Dong, Z., & Zhang, X. (2025), "Global burden and trends of selfharm from 1990 to 2021, with predictions to 2050". *Frontiers in Public Health*, 13. Disponible en internet.

INFORMES DE ORGANISMOS INTERNACIONALES

- Organización Mundial de la Salud (2000). *Prevención del suicidio: Un instrumento para médicos generalistas*. [Disponible en internet.](#)
- Organización Mundial de la Salud (2025). "Suicidio". [Disponible en internet.](#)
- Organización Panamericana de la Salud (2022). *Mortalidad por Suicidio en la Región de las Américas. Informe regional correspondiente al período 2015-2019*. Disponible en internet.
- Organización Panamericana de la Salud (2025). *Suicidio en la Región de las Américas. Informe regional correspondiente al año 2021*. [Disponible en internet.](#)

DOCUMENTOS DE ORGANISMOS NACIONALES Y PROVINCIALES

- Ministerio de Seguridad Nacional (2025 a). *SNIC 2024*. Secretaría de Seguridad Nacional, Dirección Nacional de Estadística Criminal. [Disponible en internet.](#)
- Ministerio de Seguridad Nacional (2025 b). *Suicidios años 2017-2024*. Sistema de Alerta Temprana, Sistema Nacional de Información Criminal. Disponible en internet.
- Ministerio de Salud de la Nación, Sociedad Argentina de Pediatría, UNICEF (2021). *Abordaje Integral del suicidio en las adolescencias: lineamientos para equipos de salud*. [Disponible en internet.](#)
- Ministerio de Salud de la Nación (2025). *Boletín Epidemiológico Nacional N 758*. Dirección de Epidemiología. Semana Epidemiológica 21. Fecha de Publicación 02/06/2025. [Disponible en internet.](#)
- Ministerio de Salud y Deportes de Mendoza (2024). *Boletín Epidemiológico Núm. 11*. Dirección de Epidemiología, Calidad y Control de Gestión, fecha de publicación 20/12/2024. [Disponible en internet.](#)
- Ministerio de Salud de Tierra del Fuego (2025). *Intento de Suicidio Zona Sur, Intento de Suicidio sin Resultado Mortal*. Dirección de Epidemiología e Información en Salud, Departamento de Epidemiología Zona Sur, Ushuaia. [Disponible en internet.](#)
- Ministerio de Salud de Entre Ríos (2026). *Intentos de suicidio*. [Disponible en internet.](#)
- Ministerio Público Tutelar (2019). *“Internaciones y externaciones Salud Mental. Guía de procedimientos y contactos”*. [Disponible en internet.](#)
- Secretaría de Salud (2025). *Situación Epidemiológica del Suicidio en la Ciudad de Córdoba en el período 2019-2024*. Dirección de Epidemiología, Zoonosis y Sanidad Animal. [Disponible en internet.](#)

ARTÍCULOS PERIODÍSTICOS

- Misiones Online. "Misiones: de 1500 notificaciones vinculadas a intentos de suicidio, el 64% correspondió a mujeres, pero el 80% de las muertes afectó a varones". Fecha de publicación: 19 de noviembre de 2025. [Disponible en internet.](#)



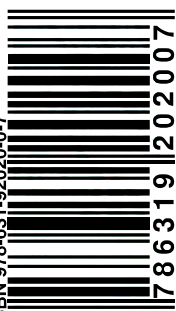
mptutelar.gob.ar/publicaciones

El Ministerio Público Tutelar en las redes.



mptutelar

ISBN 978-631-92020-0-7



9 786319 202007



Ministerio Público Tutelar
Poder Judicial de la Ciudad de Buenos Aires