

SALUD MENTAL

IMPACT
COLECCIÓN

INTERNACIONES POR RIESGO SUICIDA DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES

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

AÑO
2025



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 2025 / Andrés Tate ; Patricia Gómez. - 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires : Ministerio Público Tutelar, 2026.

48 p. ; 30 x 21 cm.

ISBN 978-987-82893-9-7

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

Asesora General Tutelar

Dra. Carolina Stanley

Secretaria 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, Dra. Mariela Aisenstein, Lic. Carolina Ríos y Lic. María José Lafitte.

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 2025
en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

RESUMEN

El presente estudio busca describir y analizar las características de la población de niñas, niños y adolescentes internados por cuestiones asociadas al riesgo suicida durante el año 2025 en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires a partir del análisis descriptivo y cuantitativo de 686 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) 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 2025 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

La protección de la salud mental de niñas, niños y adolescentes constituye una responsabilidad central para los organismos públicos y para todas las instituciones involucradas en la garantía de sus derechos. Las situaciones vinculadas a conductas suicidas requieren un abordaje que incluya las múltiples dimensiones que intervienen en su configuración y también las consecuencias que generan tanto a nivel individual como colectivo.

Además, plantean un desafío particular: no siempre se presentan de forma explícita ni bajo demanda directa de ayuda, sino que -si se expresan de alguna manera- suele ser a través distintas emociones o alertas, como pueden ser, la pérdida de interés, el retraimiento, la caída del rendimiento escolar, las alteraciones del sueño o del apetito, el consumo problemático, o las autolesiones.

Dada esta complejidad es ahí donde debemos estar los organismos de manera cercana, accesible y empática habilitando la palabra y sobre todo la escucha: escuela, familia, comunidad y políticas públicas necesitamos funcionar de manera articulada para brindar acompañamiento, cuidado y restitución de derechos.

En este contexto, la producción de conocimiento resulta especialmente relevante. Contar con información sistematizada permite una comprensión más precisa de las características que asumen estas situaciones y de los desafíos que plantean para las instituciones. Asimismo, posibilita identificar aspectos que requieren atención específica y contribuye a consolidar procesos de intervención más consistentes.

El análisis de las notificaciones de las internaciones por motivos de salud mental asociados a riesgo suicida ofrece una oportunidad para profundizar el conocimiento sobre una problemática de especial sensibilidad al mismo tiempo que constituye un aporte fundamental para promover intervenciones más adecuadas y fortalecer las políticas destinadas a la protección integral de niñas, niños y adolescentes.

Por eso desde el Ministerio Público Tutelar impulsamos la publicación anual de estadísticas para que la evidencia favorezca la toma de decisiones informadas y la mejora continua de las prácticas institucionales.

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). 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 a nivel global (2025). Según un estudio basado en datos de las Estimaciones mundiales de salud de la OMS de 35 países entre 2000 y 2021, también se mantiene como la tercera causa de muerte entre quienes tienen 10 a 24 años en las Américas. En el caso de Argentina, es la segunda causa de muerte entre adolescentes y jóvenes, solo por detrás de los siniestros viales (The Lancet Regional Health, 2026).

Los datos más recientes refuerzan esta preocupación. Según la Dirección Nacional de Estadística Criminal del Ministerio de Seguridad Nacional, durante 2025 se registraron 5.209 suicidios, es decir una tasa de 11,8 cada 100.000 habitantes mayores de 5 años—, lo que lo posiciona como la primera causa de muerte violenta en el país: son tres veces más que las víctimas registradas por homicidios dolosos. Comparado con 2024, cuando la tasa fue de 9,8, el incremento resulta significativo, una variación del 22% (Ministerio de Seguridad Nacional, 2026).

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 2023, tras advertir un aumento en las hospitalizaciones asociadas al riesgo suicida, nos propusimos producir evidencia empírica para visibilizar la problemática y diseñar políticas públicas orientadas a la prevención, el abordaje integral y el fortalecimiento de los entornos protectores. En este sentido, en 2025 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.¹²

El estudio sobre las notificaciones del año 2023 de internaciones por riesgo suicida inauguró una serie anual estadística que aporta evidencia empírica fundamental para el diseño y la exigibilidad de políticas públicas que den cumplimiento a la Ley Nacional de Prevención del Suicidio. A su vez, hemos elaborado y publicado un informe sobre las notificaciones de internaciones por riesgo suicida correspondientes al año 2024.³

En esta misma dirección, el presente estudio pretende sistematizar la información actualizada sobre las internaciones y los perfiles de niñas, niños y adolescentes asociadas al riesgo suicida ocurridas durante el año 2025. Como resultado de la consolidación de esta serie histórica, el documento **integrará además un análisis comparativo trianual** de 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.

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.

2 Documento [disponible en la web del Ministerio Público Tutelar](#).

3 Documento [disponible en la web del Ministerio Público Tutelar](#).

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)**⁴ 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.

Esa ley tiene por objeto la disminución de la incidencia y prevalencia del suicidio, a través de la prevención, asistencia y posvención⁵, 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 en los términos establecidos en el artículo que se reglamenta, 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 arbitrarse 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.

4 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.

5 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 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 dispone 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 2025 se registraron 5209.
	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. Los datos de 2025 se encuentran en proceso de elaboración.
	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. Los datos al 31 de diciembre de 2025 se encuentran en proceso de elaboración.
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 ⁶ .
	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.

6 No tiene datos desagregados por año.

ESTADO DE SITUACIÓN A NIVEL NACIONAL Y PROVINCIAL⁷

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 SNIC 2025 proporciona las estadísticas y muestra que la situación en Argentina sigue la tendencia mundial: en 2025 el suicidio fue la primera causa de muerte violenta (46,9% suicidio, 32,2% muertes viales, 15,1% homicidios dolosos) (Ministerio de Seguridad Nacional, 2026).

En el año 2025 se registraron 5.209 suicidios, lo que arroja una tasa de 11,8 suicidios cada 100.000 habitantes mayores a 5 años. En comparación con 2024, donde la tasa fue de 9,8 por cada 100.000 habitantes, se observa un incremento preocupante del 22%. Desde 2023 el suicidio es la principal causa de muerte violenta en el país (Ministerio de Seguridad Nacional, 2026).

El Sistema de Alerta Temprana sobre Suicidios también detalla la distribución territorial de los suicidios. En el año 2025 las tres provincias con mayor tasa de suicidios cada 100.000 habitantes fueron Entre Ríos (20,8%), seguida de San Luis (18,9%) y Salta (17,4%). En el caso de Entre Ríos representa casi el doble del promedio nacional: 11,8% (Ministerio de Seguridad Nacional, 2026).

En la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, en 2025 la tasa fue de 8% por cada 100.000 habitantes: 236 personas. Representa un incremento del 38,3% con relación a 2024 (Ministerio de Seguridad Nacional, 2026).

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.⁸

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.

Los primeros resultados publicados reflejan la magnitud del desafío:

Entre abril de 2023 y octubre de 2025 se notificaron 22.249 intentos de suicidio en el país. De ellos, 20.928 (95%) no tuvieron resultado mortal, mientras que 1.218 (5%) sí lo tuvieron. Aunque el 61% de los intentos corresponde a mujeres, los varones presentan un riesgo cinco veces mayor de que el intento termine en muerte. La mayor cantidad de intentos se concentra entre los 15 y los 34 años, con tasas especialmente elevadas en el grupo de 15 a 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

⁷ 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

⁸ 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).

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).

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 notificaron un total de 787 eventos definidos como intento de suicidio en 2025. En la distribución de casos el 65% 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 (Ministerio de Salud y Deportes de Mendoza, 2026).

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 consignan 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 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 suicida⁹ recibidas entre enero y diciembre de 2025. 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.¹⁰

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.¹¹

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.¹² 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).

9 Se entiende como 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).

10 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.

11 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.

12 Ambos instrumentos legales parten de la premisa 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. Maía Dosoretz. Lic. Ariel Entrerríos y 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 = 379 casos Órgano Nacional de Revisión de Salud Mental = 686 casos
Recolección de datos	Enero a diciembre 2025
Instrumentos	Notificaciones de internaciones por riesgo suicida de niños, niñas y adolescentes 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 se propone describir y analizar las características de la población de niñas, niños y adolescentes internados por cuestiones asociadas al riesgo suicida en hospitales y centros de salud en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

La información estadística surge 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). En términos generales, ambas fuentes permiten observar tendencias convergentes, aunque presentan distintos alcances institucionales y criterios de registros.

Para la elaboración de este informe, se priorizan los datos del ONR dado que incluye notificaciones correspondientes al subsector público, a empresas de medicina prepaga y a obras sociales. Los datos relevados por el MPT (provenientes de los hospitales públicos de la CABA) se utilizan de manera complementaria, especialmente cuando aportan dimensiones no disponibles en los registros del ONR.

En 2025 el ONR registró un total de 1128 notificaciones de internaciones de niños, niñas y adolescentes en los centros de salud de CABA vinculadas a salud mental, de las cuales 686 estuvieron asociadas a riesgo suicida (60,8%). En cuanto a las notificaciones recibidas por el MPT, se reportaron 547 internaciones, encontrándose 379 de ellas relacionadas al riesgo suicida (69,3%).

El análisis correspondiente a 2025 conserva la estructura utilizada en informes anteriores, con el propósito de facilitar la lectura comparativa y permitir la identificación de continuidades y variaciones entre periodos. La información se organiza en los siguientes ejes:

- Características sociodemográficas de NNyA con internaciones por riesgo suicida.
- Características de las personas 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	72,4 %
Varón	22,6 %
Trans/no binaria	4,5 %
No consta	0,5 %
Total	100 %

Fuente: elaboración propia sobre datos 2025 del Órgano Nacional de Revisión de Salud Mental (N = 686)

En relación con la distribución de las internaciones según sexo/género, se observa que la mayor proporción de internaciones de NNYA asociadas al riesgo suicida corresponde a mujeres (72,4%). En segundo lugar se ubican los varones, que representan el 22,6% de las internaciones, mientras que las personas trans o no binarias alcanzan el 4,5% del total de los casos.¹³ Los registros en los que esta información no se encuentra consignada representan el 0,5%.

En términos generales, la distribución por sexo/género mantiene una participación predominante de mujeres entre las internaciones asociadas al riesgo suicida. Estas proporciones resultan consistentes con tendencias descriptas en la literatura especializada, que señalan una mayor presencia de adolescentes mujeres en los registros vinculados a conductas suicidas no letales y situaciones de riesgo suicida que requieren internación.

TABLA (2)

Tramos de edad de NNYA con internaciones asociadas al riesgo suicida

Tramos de edad	Porcentaje
12 años o menos	7,2 %
13 a 15 años	50,6 %
16 y 17 años	41,5 %
No consta	0,7 %
Total	100 %

Fuente: elaboración propia sobre datos 2025 del Órgano Nacional de Revisión de Salud Mental (N = 686)

En cuanto a la distribución de las internaciones según tramos de edad, se observa que la mayor proporción de los casos corresponde a adolescentes de 13 a 15 años, quienes representan el 50,6% del total. En segundo lugar se ubican los adolescentes de 16 y 17 años, con el 41,5%, mientras que las niñas y los niños de 12 años o menos concentran el 7,2%. En términos generales, las internaciones asociadas al riesgo suicida se producen principalmente en la adolescencia, especialmente entre los 13 y los 15 años.

¹³ En relación con el 4,5% para la categoría trans/no binaria 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 (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 binaria	No consta	
12 años o menos	7,2%	6,5%	9,7%	—	7,2 %
13 a 15 años	51,7%	46,5%	48,4%	100,0%	50,6 %
16 y 17 años	40,4%	45,8%	41,9%	—	41,5 %
No consta	0,6%	1,3%	—	—	0,7 %
Total	100%	100%	100%	100%	100%

Fuente: elaboración propia sobre datos 2025 del Órgano Nacional de Revisión de Salud Mental (N = 686)

Al analizar conjuntamente la edad y el sexo/género de las personas internadas por riesgo suicida, se observa que la mayor proporción de los casos se concentra entre los 13 y 15 años. Este grupo etario representa el 51,7% de las internaciones de mujeres, el 46,5% de las de varones y el 48,4% de las correspondientes a personas trans o no binarias.

En las mujeres, el segundo grupo más frecuente corresponde a las adolescentes de 16 y 17 años (40,4%), mientras que las niñas de 12 años o menos representan el 7,2%. Entre los varones, la diferencia entre los grupos de 13 a 15 años y de 16 y 17 años resulta menos pronunciada (46,5% y 45,8% respectivamente).

Por su parte, entre las personas trans o no binarias el 41,9% de los casos corresponde a adolescentes de 16 y 17 años y el 9,7% a niñas y niños de 12 años o menos.¹⁴

14 Téngase en cuenta que este grupo de NNyA representan el 4,5% del total de las notificaciones recibidas.

ÁREA GEOGRÁFICA DEL CENTRO DE VIDA

Esta variable se refiere al domicilio informado en las notificaciones de internación y constituye una aproximación al área de residencia habitual de niñas, niños y adolescentes internados por situaciones asociadas al riesgo suicida.

TABLA (4)
Área geográfica del centro de vida de NNyA
con internaciones asociadas al riesgo suicida según tramos de edad

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		36,7%	42,1%	38,9%	40,0%	40,4%
Conurbano bonaerense	Conurbano sur	29,4%	41,3%	49,6%	—	44,3%
	Conurbano norte	11,8%	28,1%	21,4%	—	23,9%
	Conurbano oeste	58,8%	30,6%	29,0%	—	31,8%
	Total conurbano	34,7%	34,9%	41,1%	—	37,2%
Otros zonas argentinas ¹⁵		—	2,0%	0,4%	—	1,2%
No indica/sin datos		28,6%	21,0%	19,6%	60,0%	21,2%
Total general		100%	100%	100%	100%	100%

Fuente: elaboración propia sobre datos 2025 del Órgano Nacional de Revisión de Salud Mental (N = 686)

Al analizar el área geográfica del centro de vida según tramos de edad, se observa que tanto la CABA como el conurbano bonaerense¹⁶ concentran la mayor parte de las internaciones asociadas al riesgo suicida en todos los grupos de edad: el 40,4% de las niñas, niños y adolescentes internados tienen su centro de vida en CABA y el 37,2% en el conurbano bonaerense.

Entre quienes tienen 12 años o menos CABA presenta una participación relativamente mayor (36,7%), seguida por el conurbano bonaerense (34,7% considerando sus tres regiones). En el grupo de 13 a 15 años, la proporción correspondiente a CABA asciende al 42,1%, mientras que el conurbano representa el 34,9% de los casos. Entre los adolescentes de 16 y 17 años, el conurbano bonaerense alcanza su mayor participación relativa (41,1%), superando a CABA (38,9%).

15 Llamamos “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.

16 A los fines del presente trabajo, denominamos “conurbano bonaerense” a los cuarenta municipios mencionados excluyendo la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Al interior del conurbano bonaerense se destaca la participación del conurbano sur, especialmente entre los adolescentes de 16 y 17 años, donde se concentra el 44,3% de los casos procedentes de esta zona. Por su parte, el conurbano norte tiene una mayor representación relativa entre las niñas y los niños de 12 años o menos (11,8%) que en los restantes tramos de edad.

Finalmente, los casos provenientes de otras regiones del país representan una proporción reducida en todos los tramos de edad (1,2%). Asimismo, debe señalarse que el porcentaje de registros sin información sobre el área geográfica del centro de vida alcanza el 21,2% del total.

TABLA (5)
**Centro de vida en CABA de NNyA
con internaciones asociadas al riesgo suicida según tramos de edad¹⁷**

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	61,1%	60,5%	66,2%	63,0%
Comunas norte	5,6%	9,2%	19,1%	13,0%
Comunas oeste	22,2%	17,1%	10,3%	14,8%
Sin datos	11,1%	13,2%	4,4%	9,2%
Total	100%	100%	100%	100%

Fuente: elaboración propia sobre datos 2025 del Ministerio Público Tutelar (N = 379)

Entre las niñas, niños y adolescentes con centro de vida en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, se observa una mayor concentración de las internaciones asociadas al riesgo suicida en las comunas del sur de la Ciudad. En términos generales, el 63% de los casos corresponde a residentes de esta área geográfica, mientras que las comunas del oeste representan el 14,8% y las del norte el 13%.

Al analizar la distribución según tramos de edad se advierte una mínima diferencia en las internaciones de NNyA que señalan su centro de vida en las comunas del sur: 61,1% cuando tienen 12 años o menos a 66,2% cuando tienen entre 16 y 17 años. Para las comunas del norte, el aumento entre tramos de edad es mucho más pronunciado ya que se triplica, pasando de 5,6% al 19,1%. Los NNyA que tienen sus centros de vida en las comunas del oeste de CABA son los únicos para los cuales los intentos decrecen a la mitad con la edad: pasan del 22,2%, entre quienes son de menor edad, a un 10,3% entre los que tienen entre 16 y 17 años.

Asimismo, la proporción de registros sin información sobre la comuna de residencia disminuye a medida que aumenta la edad de las personas internadas, pasando del 11,1% para el grupo de 12 años o menos al 4,4% entre los adolescentes de 16 y 17 años.

17 El número de NNyA que indican su centro de vida en CABA son 162, lo que representa el 40,4% de las internaciones informadas al MPT.

ACOMPAÑANTES AL MOMENTO DE LA INTERNACIÓN

Se entiende por personas acompañantes a quienes mantienen algún vínculo con el NNyA internado por situaciones asociadas al riesgo suicida y se encuentran presentes al momento de la hospitalización. Estas personas pueden pertenecer al ámbito familiar, institucional o comunitario.

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

Características acompañante	Sexo/género			Total
	Mujer	Varón	Trans/no binaria	
Referente femenino	56,6%	47,4%	14,3%	53,1%
Referente masculino	4,7%	6,1%	—	5,0%
Referente femenino y referente masculino juntos	1,9%	—	—	1,3%
Personal de hogar institucional	3,9%	4,4%	14,3%	4,2%
Sin acompañante		2,6%		0,8%
No consta/no indica	32,9%	39,5%	71,4%	35,6%
Total	100%	100%	100%	100%

Fuente: elaboración propia sobre datos 2025 del Ministerio Público Tutelar (N = 379)

Al analizar 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 53,1% en el total de los casos. Los acompañantes varones representan el 5,0%, mientras que las configuraciones mixtas el 1,3%.

En el 35,6% de los casos no se indica 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 tramos de edad**

Características acompañante	Tramos de edad			Total
	12 años o menos	13 a 15 años	16 y 17 años	
Referente femenino	36,3%	57,3%	52,0%	53,1%
Referente masculino	6,1%	2,9%	6,9%	5,0%
Referente femenino y referente masculino juntos	6,1%	1,8%	—	1,3%
Personal de hogar institucional	6,1%	3,5%	4,5%	4,2%
Sin acompañante		1,2%	0,6%	0,8%
No consta/no indica	45,4%	33,3%	36,0%	35,6%
Total	100%	100%	100%	100%

Fuente: elaboración propia sobre datos 2025 del Ministerio Público Tutelar (N = 379)

Con respecto a las características de las personas acompañantes según tramos de edad, como hemos mencionado la presencia de acompañantes femeninas resulta predominante en todos (53,1 %). Esta proporción aumenta en el grupo de 13 a 15 años (57,3%), mientras que en los menores de 12 años desciende al 36,3%.

Los acompañantes masculinos presentan una mayor participación en el grupo de 16 a 17 años (6,9%) pero con valores relativamente bajos en su conjunto (5,0%). Las configuraciones mixtas mantienen valores relativamente bajos en general y sólo son levemente mayores en el caso de las internaciones del grupo etario de 12 años o menos.

Por otro lado, el acompañamiento de personal institucional se registra en todos los tramos de edad, levemente por encima de la media entre quienes tienen 12 años o menos.

MOTIVOS DE INTERNACIÓN

En el presente informe los motivos de internación refieren a situaciones asociadas con riesgo cierto e inminente para el NNyA o para terceras personas, así como aquellos casos en los que la internación fue considerada la alternativa terapéutica más adecuada, de acuerdo con los criterios establecidos por la Ley Nacional De Salud Mental Nº 26.657.

TABLA (8)

Motivos de internación de NNyA asociadas al riesgo suicida

Motivos de internación	Porcentaje
Ideación suicida	49,4 %
Intento de suicidio	38,9 %
Autolesiones	11,7 %
Total	100 %

Fuente: elaboración propia sobre datos 2025 del Órgano Nacional de Revisión de Salud Mental (N = 686)

En relación con los motivos de internación asociados al riesgo suicida se observa que la ideación suicida constituye el principal motivo registrado, representando el 49,4%. Por otro lado, los intentos de suicidio alcanzan el 38,9% de las internaciones, y las autolesiones concentran el 11,7%.

TABLA (9)

Motivos de internación detalladas de NNyA asociadas al riesgo suicida

Motivos de internación		Porcentaje
Ideación suicida	Ideación autolítica irreductible	59,6 %
Intento de suicidio	Sobreingesta medicamentosa	26,5 %
	Intento autolítico no especificado	
	Intento de ahorcamiento	
	Intento de arrojarse al vacío o a un medio de Transporte en movimiento	
	Ingesta de productos tóxicos no medicamentosos	
	No indica motivos de internación	
	Total intento de suicidio	
Autolesiones	Autolesiones con fines autolíticos	13,9 %
Total general		100 %

Fuente: elaboración propia sobre datos 2025 del Ministerio Público Tutelar (N = 379)

Con respecto al detalle de los motivos de internación relevados por el MPT, la ideación autolítica irreductible presenta el 59,6% de los casos, mientras que los intentos de suicidio son el 26,5% y las autolesiones con fines autolíticos el 13,9%.

En la tabla 12 se advierte que, en el caso de los intentos de suicidio -en conjunto representan el 26,5% de las internaciones-, se destaca la sobreingesta medicamentosa como la modalidad predominante (62,5%) y en segundo lugar, se ubican los intentos autolíticos no especificados (20,7%).

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	65,3%	48,4%	47,4%	80,0%	49,4 %
Intento de suicidio	20,4%	38,3%	43,5%	—	38,9 %
Autolesiones	14,3%	13,3%	9,1%	20,0%	11,7 %
Total	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

Fuente: elaboración propia sobre datos 2025 del Órgano Nacional de Revisión de Salud Mental (N = 686)

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 mayores valores entre los menores de 12 años (65,3%).

Los intentos de suicidio presentan también una distribución en aumento en relación con la edad: el 20,4% para quienes tienen 12 años o menos y alcanzan al 43,5% para el grupo de 16 y 17 años.

Las autolesiones muestran un comportamiento inverso en cuanto a la edad con una mayor incidencia en los menores de 12 años (14,3%), disminuyendo progresivamente a medida que aumenta la edad: 9,1% para el grupo de 16 y 17 años.

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

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

Motivos de internación	Sexo/género				Total
	Mujer	Varón	Trans/no binaria	No consta	
Ideación suicida	48,7%	49,1%	58,1%	100,0%	49,4 %
Intento de suicidio	38,8%	41,9%	29,0%	—	38,9 %
Autolesiones	12,5%	9,0%	12,9%	—	11,7 %
Total	100%	100%	100%	100%	100%

Fuente: elaboración propia sobre datos 2025 del Órgano Nacional de Revisión de Salud Mental (N = 686)

Al analizar los motivos de internación según sexo/género, se observa que la ideación suicida se ubica como el motivo principal, representando el 48,7% en mujeres, el 49,1% en varones y el 58,1% en personas trans o no binarias.

Los intentos de suicidio representan el segundo motivo de internación, aumentando levemente para los varones (41,9%) en comparación con las mujeres (38,8%) y las personas trans o no binarias (29,0%).

TABLA (12)

Motivos de internación detalladas de NNyA asociadas al riesgo suicida según sexo/género

Motivos de internación		Sexo/género				Total
		Mujer	Varón	Trans/no binaria	Total	
Ideación suicida	Ideación autolítica irreductible	59,6%	52,6%	50,0%	—	59,6 %
Intento de suicidio	Sobreingesta medicamentosa	67,2%	45,0%	100,0%	62,5%	26,5 %
	Intento autolítico no especificado	26,9%	45,0%	—	30,7%	
	Intento de ahorcamiento	1,5%	—	—	1,1%	
	Intento de arrojar al vacío o a un medio de transporte en movimiento	1,5%	—	—	1,1%	
	Ingesta de productos tóxicos no medicamentosos	—	5,0%	—	1,1%	
	No indica motivos de internación	2,9%	5,0%	—	3,5%	
	Total intento de suicidio	34,0%	44,7%	14,3%		
Autolesiones	Autolesiones con fines autolíticos	6,4%	2,7%	35,7%	—	13,9 %
Total general		100%	100%	100%	—	100 %

Fuente: elaboración propia sobre datos 2025 del Ministerio Público Tutelar (N = 379)

Al analizar los intentos de suicidio específicamente, de los datos sistematizados por el MPT la sobreingesta medicamentosa constituye la modalidad predominante para mujeres (67,2%), y las personas trans o no binarias en su totalidad.

Por su parte, las autolesiones con fines autolíticos muestran una participación significativamente más elevada en las personas trans o no binarias (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 como en el peso relativo de las autolesiones.

DIAGNÓSTICOS PRESUNTIVOS

Los diagnósticos presentados en las notificaciones son de carácter presuntivo, ya que se formulan 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 tramos de edad

Diagnóstico presuntivo	Tramos de edad			Total
	12 años o menos	13 a 15 años	16 y 17 años	
F19 - Trastornos por consumo de otras sustancias (o sustancias desconocidas)	—	—	0,6%	0,3%
F29 - Trastorno de espectro de esquizofrenia no especificado y otro trastorno psicótico	12,1%	15,8%	14,9%	15,0%
F32.9 - Trastorno depresivo no especificado	—	0,6%	0,6%	0,5%
F39 - Trastorno del ánimo no especificado	3,0%	9,9%	11,4%	10,0%
F43.1 - Trastorno de estrés postraumático		2,9%	1,1%	1,8%
F60.3 - Trastorno límite de la personalidad	3,0%	0,6%	0,6%	0,8%
F63.9 - Trastorno de los hábitos y del control de los impulsos no especificado	—	2,9%	2,3%	2,4%
F89 - Trastorno del neurodesarrollo no especificado	—	1,2%	1,1%	1,1%
No especifica diagnóstico presuntivo ¹⁸	15,2%	22,8%	20,0%	20,8%
No consta diagnóstico presuntivo ¹⁹	66,7%	43,3%	47,4%	47,3%
Total	100%	100%	100%	100%

Fuente: elaboración propia sobre datos 2025 del Ministerio Público Tutelar (N = 379)

18 Refiere a las notificaciones de internaciones de cuya lectura se desprende la existencia de un diagnóstico presuntivo de salud mental previo, pero que no se consigna.

19 Refiere a las notificaciones de internaciones en las que no se consigna información alguna que permita inferir la existencia de un diagnóstico presuntivo previo.

Al desagregar las internaciones de NNyA asociadas al riesgo suicida notificadas al MPT por diagnóstico presuntivo según las clasificaciones del DSM-V²⁰ (usando la nomenclatura CIE-10), un 15,0% corresponde al trastorno del espectro de la esquizofrenia no especificado y otro trastorno psicótico (F29)²¹ y un 10,0 % al trastorno del estado de ánimo no especificado (F39). Cabe señalar que en una de cada cinco internaciones (20,8%) no se consigna un diagnóstico presuntivo y en casi la mitad de las notificaciones (47,2%) no consta dicho diagnóstico.

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

21 "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 remitidas en un plazo de 48 a 72 horas por los efectores de salud al ONR y al MPT.²² A continuación se incluyen agrupados por los meses calendarios del año 2025.

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	4,1%	7,5%	9,8%	40%	8,5%
Febrero	4,1%	5,8%	8,8%	20%	7,0%
Marzo	4,1%	6,9%	7,4%	—	6,9%
Abril	12,2%	6,1%	7,0%	—	6,9%
Mayo	12,2%	10,7%	7,7%	—	9,5%
Junio	10,2%	11,8%	10,2%	—	10,9%
Julio	12,2%	2,6%	8,4%	—	5,7%
Agosto	6,1%	6,1%	3,5%	—	5,0%
Septiembre	8,3%	12,5%	11,2%	20%	11,6%
Octubre	6,1%	10,1%	8,8%	—	9,2%
Noviembre	10,2%	14,1%	8,4%	—	11,4%
Diciembre	10,2%	5,8%	8,8%	20%	7,4%
Total	100%	100%	100%	100%	100%

Fuente: elaboración propia sobre datos 2025 del Órgano Nacional de Revisión de Salud Mental (N = 686)

La distribución de las internaciones asociadas al riesgo suicida a lo largo del año no presenta una concentración exclusiva en un único período, aunque se observan algunas variaciones según el grupo etario analizado.

22 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.

Los meses con mayor proporción de internaciones fueron septiembre (11,6%), noviembre (11,4%) y junio (10,9%), mientras que agosto (5,0%), julio (5,7%), marzo y abril (6,9% respectivamente) registraron las menores participaciones relativas.

Entre las niñas y los niños de 12 años o menos las internaciones con mayores porcentajes fueron en abril, mayo y julio (12,2% en cada mes), superando la media respectiva. En el grupo de 13 a 15 años los porcentajes más elevados se observan en noviembre (14,1%), septiembre (12,5%) y junio (11,8%). Por su parte, entre los adolescentes de 16 y 17 años las internaciones alcanzan sus mayores valores en septiembre (11,2%), junio (10,2%) y enero (9,8%).

En conjunto, los datos sugieren una distribución relativamente estable de las internaciones asociadas al riesgo suicida durante el año, sin evidenciar patrones estacionales claramente definidos. No obstante, se advierte una leve concentración de casos durante los meses de junio, septiembre y noviembre.

TABLA (15)

Mes de internaciones de NNyA asociadas al riesgo suicida según sexo/género

Mes de internaciones	Sexo/género				Total
	Mujer	Varón	Trans/no binaria	No consta	
Enero	9,3%	6,5%	6,5%	—	8,5%
Febrero	6,4%	9,7%	3,2%	—	7,0%
Marzo	7,2%	7,1%	—	—	6,9%
Abril	5,4%	11,6%	6,5%	—	6,9%
Mayo	9,9%	8,4%	6,5%	33,3%	9,5%
Junio	10,5%	10,3%	19,4%	33,3%	10,9%
Julio	5,6%	4,5%	12,9%	—	5,7%
Agosto	5,0%	4,5%	6,5%	—	5,0%
Septiembre	11,3%	10,3%	25,6%	33,4%	11,6%
Octubre	9,9%	8,4%	3,2%	—	9,2%
Noviembre	12,1%	11,0%	3,2%	—	11,4%
Diciembre	7,4%	7,7%	6,5%	—	7,4%
Total	100%	100%	100%	100%	100%

Fuente: elaboración propia sobre datos 2025 del Órgano Nacional de Revisión de Salud Mental (N = 686)

Al analizar la distribución mensual de las internaciones asociadas al riesgo suicida según sexo/género, se observa una distribución relativamente homogénea a lo largo del año, sin evidenciarse patrones estacionales claramente definidos.

Entre las mujeres, los mayores porcentajes de internaciones se registran en noviembre (12,1%), septiembre (11,3%) y junio (10,5%). Por su parte, entre los varones los meses con mayor participación corresponden a abril (11,6%), noviembre (11,0%), junio y septiembre (10,3% respectivamente). En ambos grupos se advierte una distribución relativamente similar de los casos durante el año.

Asimismo, entre las personas trans o no binarias se identifican mayores concentraciones relativas en septiembre (25,6%), junio (19,4%) y julio (12,9%). Sin embargo, dado que este grupo representa una proporción reducida del total de casos, estas variaciones deben interpretarse con cautela.

En términos generales, los resultados sugieren que las internaciones asociadas al riesgo suicida según sexo/género se distribuyen a lo largo de todo el año sin concentrarse de manera exclusiva en períodos específicos.

CENTROS HOSPITALARIOS INFORMANTES

Esta variable refiere a las características de los 34 centros de salud de la CABA que informaron internaciones asociadas al riesgo suicida de NNyA y se describen según subsectores del sistema²³, 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	60,5%
Sector privado	39,5%
Total	100%

Fuente: elaboración propia sobre datos 2025 del Órgano Nacional de Revisión de Salud Mental (N = 686)

En relación con el sector del sistema de salud en el que se realizaron las internaciones asociadas al riesgo suicida, el 60,5% de las internaciones fueron registradas en establecimientos del sector público. Y para el sector privado corresponde el 39,5%.

²³ 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 suicida^{24 25}

Hospitales de internación del sector público	Porcentaje
Hospital Infanto Juvenil Carolina Tobar García	28,7%
Hospital General de Niños Dr. Pedro de Elizalde	14,1%
Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez	11,8%
Hospital General de Agudos Donación Francisco Santojanni	8,5%
Hospital de Emergencias Psiquiátricas Torcuato de Alvear	5,8%
Hospital General de Agudos Carlos G. Durand	4,3%
Hospital General de Agudos Dra. Cecilia Grierson	3,9%
Hospital de Pediatría S.A.M.I.C. Prof. Dr. Juan P. Garrahan	3,6%
Hospital General de Agudos Dr. Ignacio Pirovano	3,6%
Hospital General de Agudos José María Ramos Mejía	2,7%
Hospital General de Agudos Parmenio Piñero	2,7%
Hospital Dr. Abel Zubizarreta	1,9%
Hospital General de Agudos José María Penna	1,9%
Hospital General de Agudos Dr. Enrique Tornú	1,7%
Hospital General de Agudos Dr. Cosme Argerich	1,4%
Hospital General de Agudos D. Vélez Sarsfield	1,2%
Hospital General de Agudos Dr. Teodoro Álvarez	1,0%
Hospital General de Agudos Dr. Juan A. Fernández	0,7%
Hospital de Clínicas José de San Martín	0,2%
Hospital General de Agudos Bernardino Rivadavia	0,2%
Total	100%

Fuente: elaboración propia sobre datos 2025 del Órgano Nacional de Revisión de Salud Mental (N = 686)

Entre los establecimientos del subsector público que realizaron internaciones de niñas, niños y adolescentes asociadas al riesgo suicida se observa una marcada concentración de los casos en un número reducido de hospitales. El Hospital Infanto Juvenil Carolina Tobar García registra la mayor proporción de internaciones, representando el 28,7%.

24 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 gobierno local, mientras que el 80% restante corresponde a la jurisdicción nacional. Véase <https://www.garrahan.gov.ar/hospital/bienvenida>.

25 Los NNyA que son internados por riesgo suicida en los hospitales públicos en CABA son 414, lo que representa el 60,5% de las internaciones informadas al ORN.

Luego se ubica el Hospital General de Niños Dr. Pedro de Elizalde (14,1%) y el Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez (11,8%). En conjunto, estos tres establecimientos concentran más de la mitad de las internaciones registradas en hospitales públicos (54,6%).

Con porcentajes considerablemente menores se encuentran el Hospital General de Agudos Donación Francisco Santojanni (8,5%) y el Hospital de Emergencias Psiquiátricas Torcuato de Alvear (5,8%). El resto de los establecimientos presenta participaciones individuales inferiores al 5%.

TABLA (18)

Establecimientos privados que realizaron internaciones de NNyA asociadas al riesgo suicida ²⁶

Establecimientos de internación del sector privado	Porcentaje
Sanatorio San José	29,4%
Clínica Santa Rosa	14,7%
Flores Salud Mental	13,2%
Complejo Médico Churruca Visca	12,9%
Clínica Dharma	11,4%
Hospital Italiano de Buenos Aires	9,1%
Centro Gallego de Buenos Aires	4,4%
Clínica Moravia	1,5%
Sanatorio Franchin	1,1%
Hospital Militar Central Cirujano Mayor Dr. Cosme Argerich	0,7%
Centro de Educación Médica e Investigaciones Clínicas Norberto Quirno (CEMIC)	0,4%
Hospital Alemán de Buenos Aires	0,4%
Instituto Frenopático	0,4%
Sanatorio de los Arcos	0,4%
Total	100%

Fuente: elaboración propia sobre datos 2025 del Órgano Nacional de Revisión de Salud Mental (N = 686)

En el subsector privado las internaciones de niñas, niños y adolescentes asociadas al riesgo suicida también presentan una concentración en un número reducido de establecimientos. El Sanatorio San José registra el 29,4% de las internaciones realizadas en instituciones privadas.

²⁶ Los NNyA que son internados por riesgo suicida en los establecimientos privados en CABA son 272, lo que representa el 39,5% de las internaciones informadas al ORN.

Por su parte, cuentan con internaciones: la Clínica Santa Rosa (14,7%), Flores Salud Mental (13,2%), el Complejo Médico Churruca Visca (12,9%) y la Clínica Dharma (11,4%). En conjunto, estos cinco establecimientos concentran el 81,6% de las internaciones en el subsector privado.

En un segundo nivel de participación se encuentra el Hospital Italiano de Buenos Aires, que representa el 9,1% de los casos. El resto de las instituciones registran porcentajes considerablemente menores, inferiores al 5% del total.

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	37,2%
Hospital NO especializado en salud mental	62,8%
Total	100%

Fuente: elaboración propia sobre datos 2025 del Órgano Nacional de Revisión de Salud Mental (N = 686)

En relación con la especialización se observa que la mayor parte de las internaciones por riesgo suicida fueron atendidas en hospitales no especializados en salud mental, que concentran el 62,8% de las internaciones registradas. Y los hospitales especializados en salud mental representan el 37,2% de los establecimientos.

Estos datos indican que las situaciones de riesgo suicida que requieren internación en niñas, niños y adolescentes son abordadas de manera predominante en instituciones generales, pediátricas o de otras especialidades, y no exclusivamente en establecimientos específicamente orientados a la atención de la salud mental.

En términos generales, la información pone de manifiesto que el abordaje de las internaciones asociadas al riesgo suicida involucra a una amplia diversidad de actores del sistema de salud.

TABLA (20)

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

Tipo de especialización hospital	Tramos de edad				Total
	12 años o menos	13 a 15 años	16 y 17 años	No consta	
Hospital especializado en salud mental	24,5%	32,6%	45,6%	—	37,2%
Hospital NO especializado en salud mental	75,5%	67,4%	54,4%	100,0%	62,8%
Total	100%	100%	100%	100%	100%

Fuente: elaboración propia sobre datos 2025 del Órgano Nacional de Revisión de Salud Mental (N = 686)

En los hospitales no especializados, la cantidad de internaciones decrece a medida que aumenta la edad, pasando de 75,5% para quienes tienen 12 años o menos al 54,4% 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 24,5% y casi se duplica para los de 16 y 17 años (45,6%).

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	
Hospital especializado en salud mental	34,5%	41,2%	37,2%
Hospital NO especializado en salud mental	65,5%	58,8%	62,8%
Total	100%	100%	100%

Fuente: elaboración propia sobre datos 2025 del Órgano Nacional de Revisión de Salud Mental (N = 686)

Al analizar la especialización en salud mental de los establecimientos según el sector del sistema de salud se advierte que en ambos subsistemas predominan las internaciones realizadas en hospitales no especializados en salud mental. En el sector público, este tipo de instituciones concentra el 65,5% de las internaciones asociadas al riesgo suicida, mientras que en el sector privado representa el 58,8% de los casos.

Por su parte, los hospitales especializados en salud mental reúnen el 34,5% de las internaciones realizadas en el subsector público y el 41,2% de las correspondientes al subsector privado. De este modo, aunque la atención en instituciones especializadas tiene una presencia relativamente mayor en el sector privado, en ambos subsistemas la mayoría de las internaciones se realizan en establecimientos no especializados.

Los datos sugieren que el abordaje de las situaciones de riesgo suicida que requieren internación en niñas, niños y adolescentes se desarrolla principalmente en hospitales generales y otros efectores no especializados en salud mental, independientemente de su pertenencia al sistema público o privado.

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	
Hospital especializado en pediatría	58,2%	—	35,1%
Hospital NO especializado en pediatría	41,8%	100,0%	64,9%
Total	100%	100%	100%

Fuente: elaboración propia sobre datos 2025 del Órgano Nacional de Revisión de Salud Mental (N = 686)

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 (58,2%), mientras que el 41,8% 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 éstos 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 binaria	No consta	
Hospital especializado en pediatría	34,2%	36,8%	41,9%	33,3%	35,1%
Hospital NO especializado en pediatría	65,8%	63,2%	58,1%	66,7%	64,9%
Total	100%	100%	100%	100%	100%

Fuente: elaboración propia sobre datos 2025 del Órgano Nacional de Revisión de Salud Mental (N = 686)

La distribución de las internaciones es similar según sexo/género. En todos los grupos se destaca una participación mayoritaria de hospitales no especializados en pediatría. La mayor proporción de internaciones de personas trans o no binarias en hospitales pediátricos constituye 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 2025, 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 se presentan organizados por ejes estratégicos que exponen los desafíos en los sistemas de registro y atención a niñas, niños y adolescentes.

Con relación a las **características sociodemográficas**, las notificaciones de internaciones asociadas al riesgo suicida se concentran de manera significativa en la población adolescente: 9 de cada 10 corresponden a quienes tienen entre 13 y 17 años. Dentro de este grupo, se advierte un mayor peso relativo en el 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. Los varones representan una menor proporción relativa, mientras que las personas trans o no binarias, si bien configuran 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 o no binarias, la mayor concentración se registra en la adolescencia media (13 a 15 años), mientras que los varones presentan una distribución más equilibrada en la adolescencia tardía (16 y 17 años).

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 de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y una proporción similar del conurbano bonaerense.

En el ámbito de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires se advierte que casi dos tercios 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 más de la mitad de las notificaciones las personas acompañantes son referentes femeninas, independientemente de la edad de las niñas, niños y adolescentes internados. Asimismo, se observa una elevada proporción de registros en los que no se consigna información sobre las personas acompañantes, lo que constituye una limitación para el análisis de esta variable.

En lo que refiere a los **motivos de internación y expresión clínica del riesgo suicida**, cerca del 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 resulta la modalidad predominante.

Asimismo, se registran diferencias en la expresión del riesgo suicida según sexo/género y edad. La ideación suicida predomina en los grupos de menor edad, mientras que los intentos de suicidio aumentan progresivamente durante la adolescencia. Según sexo/género, los varones presentan una mayor proporción relativa de intentos de suicidio y las personas trans o no binarias 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). Resulta significativo que cerca de

la mitad de las notificaciones no 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 un motivo clínico. 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 los meses de junio, septiembre y noviembre, con variaciones según grupos etarios y sexo/género.

Con respecto a la **organización del sistema de salud y respuesta institucional**, según las notificaciones recibidas, los centros hospitalarios públicos concentran aproximadamente seis de cada diez internaciones de niñas, niños y adolescentes asociadas al riesgo suicida. Dentro del sistema de salud público, el 54,6% de las internaciones se realiza en el Hospital Infante Juvenil “Carolina Tobar García”, el Hospital General de Niños Dr. Pedro de Elizalde y el Hospital General de Niños Dr. Ricardo Gutiérrez. En el sector privado, el 81,6% de las internaciones se concentran principalmente en el Sanatorio San José, la Clínica Santa Rosa, Flores Salud Mental, el Complejo Médico Churruca Visca y la Clínica Dharma.

Asimismo, se observa que casi dos tercios de las notificaciones corresponden a internaciones llevadas a cabo

en hospitales no especializados en salud mental. Esta distribución se registra tanto en el subsector público como en el privado, por lo que el abordaje de niñas, niños y adolescentes con riesgo suicida no recae exclusivamente en instituciones especializadas en salud mental, sino que compromete al conjunto del sistema sanitario.

Por otra parte, en el subsector público la mayor parte de las internaciones se realiza en hospitales especializados en pediatría, mientras que en el subsector privado las internaciones corresponden exclusivamente a establecimientos no especializados en atención pediátrica.

En síntesis, el perfil predominante de las notificaciones de internación por riesgo suicida en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires durante 2025 corresponde a mujeres en la adolescencia temprana (entre 13 y 15 años), residentes principalmente en comunas del sur de la Ciudad y zonas del conurbano bonaerense; acompañadas por referentes femeninas, que son atendidas predominantemente en hospitales públicos y, en su mayoría, en establecimientos no especializados en salud mental.

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.](#)
- Nguyen, N., Martinez, R., Irarrazaval, M. et al (2026). "Suicide mortality among adolescents and young adults aged 10–24 years in the Americas, 2000–2021: an analysis using the WHO Global Health Estimates", *The Lancet Regional Health – Americas*, 60. [Disponible en internet.](#)
- 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 (2026). *SNIC 2025*. Dirección Nacional de Estadística Criminal. [Disponible en internet.](#)
- Ministerio de Salud de la Nación (2025), *Boletín Epidemiológico Nacional N° 788*. Dirección de Epidemiología, Semana Epidemiológica 51. Fecha de Publicación 29/12/2025. 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 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 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.](#)

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.](#)



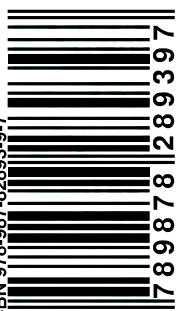
mptutelar.gob.ar/publicaciones

El Ministerio Público Tutelar en las redes.



mptutelar

ISBN 978-987-82993-9-7



9 789878 289397



Ministerio Público Tutelar
Poder Judicial de la Ciudad de Buenos Aires