

SA LUD MEN TAL

IMPT
COLECCIÓN

INTERNACIONES POR RIESGO SUICIDA DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES

Estudio descriptivo de las notificaciones del año 2023
en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires



Ministerio Público Tutelar
Poder Judicial de la Ciudad de Buenos Aires



Ministerio Público Tutelar
Poder Judicial de la Ciudad de Buenos Aires

Tate, Andrés ; Gómez, Patricia ; Dosoretz, Maia

Internaciones por riesgo suicida de niñas, niños y adolescentes : estudio descriptivo de las notificaciones del año 2023 en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires / Andrés Tate ; Patricia Gómez; Dosoretz, Maia. - 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires : Ministerio Público Tutelar, 2025.
48 p. ; 30 x 21 cm.

ISBN 978-987-82893-6-6

1. Salud Mental. I. Tate, Andrés ; Gómez, Patricia ; Dosoretz, Maia II. Título
CDD 616.89

Asesora General Tutelar

Dra. Carolina Stanley

Secretaria General de Gestión

Lic. Pilar Molina

Departamento Especializado en Salud Mental y Derechos Humanos

Lic. 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

Revisión. Lic. Daniel Levy, Dra. Fernanda Schilman

Agradecemos la colaboración de Ariel Entrerrios

Diseño de tapa: Lisandro Aldegani, Lucía Nies

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 2023
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 2023 en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires a partir del análisis descriptivo y cuantitativo de 596 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 presentan los antecedentes y el contexto del tema de estudio, incluyendo datos estadísticos sobre América Latina y El Caribe y Argentina. 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) temporalidad de las internaciones y 5) centros hospitalarios. 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.

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
Perspectiva jurídica del suicidio: marco normativo y sistemas de registro y vigilancia en Argentina	10
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	29
Distribución temporal de las internaciones	31
Internaciones y centros hospitalarios informantes	33
Conclusiones	39
Fuentes Bibliográficas y Normativas	43

PRÓLOGO

Dra. Carolina Stanley

Nos encontramos frente a una situación grave: el suicidio es la primera causa de muerte violenta en el país. Y en los últimos 25 años, la mortalidad por suicidio se triplicó en la población joven y es la segunda causa de muerte en los menores de 19 años.

Según la Organización Mundial de la Salud se estima que por cada suicidio, ocurren entre 10 y 20 intentos.

Cada situación es desgarradora para su familia, amigos y allegados. Constituye un dolor incommensurable para cada uno de ellos y puede conllevar efectos duraderos a largo plazo. Cada hecho individual también es social y así debe abordarse.

Es un problema de salud pública que se debe abordar de manera multidimensional e interdisciplinaria. Requiere desplegar diversas estrategias para comprenderlo, prevenirlo e intervenir. Solo de este modo podremos hacer efectivos los derechos de niñas, niños y adolescentes, su salud mental, promoviendo su bienestar y su pleno desarrollo.

Desde un marco colaborativo intersectorial, entre distintos sectores del Estado, como el Poder Ejecutivo, el Poder Judicial y el Poder Legislativo, los actores de Sistema de Protección Integral de Derechos, la sociedad civil, el sector privado, y las familias podemos avanzar en la prevención para detectar y abordar tempranamente situaciones de riesgo suicida.

En ese sentido, desde el Ministerio Público Tutelar consideramos imperioso producir evidencia empírica que permita visibilizar esta problemática, y ofrecer 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.

Este estudio descriptivo sobre la situación en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, busca caracterizar la temática mediante la recolección y análisis de datos sociodemográficos y clínicos. Para ello se toman como fuente de información las notificaciones de internaciones por razones de salud mental asociadas al riesgo suicida 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, y por los hospitales públicos y privados del mismo distrito informados al y privados al Órgano Nacional de Revisión de Salud Mental para el año 2023.

Disponer de información de calidad es fundamental y urgente. Solo así podremos mejorar el abordaje del riesgo suicida y prevención del suicidio adolescente.

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el suicidio como el acto deliberado de quitarse la vida (2010), mientras que el intento de suicidio se refiere “toda acción autoinfligida con el objeto de generarse un daño potencialmente letal” (Ley 27.130 de Prevención del Suicidio, 2015).

El comportamiento suicida es una problemática compleja y multidimensional, en el que intervienen factores biológicos, psicológicos, sociales, culturales y ambientales, y que en ocasiones se desarrolla a lo largo de un continuo que puede incluir: ideas de muerte, ideación suicida¹, planificación, intento de suicidio y, en algunos casos, la consumación (OMS, 2025, párr. 2).

En las últimas cinco décadas, las tasas de suicidio han experimentado un alarmante incremento del 60 por ciento a nivel mundial (Santillán Pizarro & Pereyra, 2021).

Como señala la OMS el suicidio es la tercera causa de defunción entre las personas de 15 a 29 años a nivel global (2025).

Según datos de la Dirección Nacional de Estadística Criminal dependiente del Ministerio de Seguridad Nacional, durante 2024 se registraron 4.249 suicidios, es decir, una tasa de 9,8 suicidios cada 100.000 habitantes mayores a 5 años². Esta cifra indica que el suicidio es la primera causa de muerte violenta en el país y en comparación con el año 2021 –donde la tasa fue de 8,7– se observa un incremento preocupante. En este marco, es importante destacar que la población de menos de 20 años configura un 11,6 % con 438 casos³. En los últimos 25 años, la

1 Con *ideación suicida* nos referimos a pensamientos relacionados a generar la propia muerte con actos concretos. Diferente a esta idea son las *ideas de muerte* ya que se refieren a aquellos pensamientos relacionados al fin de vida sin actos concretos para generarlo. Por su parte, el *suicidio* es definido por la Organización Mundial de la Salud (2010) como la acción deliberada de quitarse la vida, mientras que el intento de suicidio es toda acción que tiene por objetivo realizarse un daño potencialmente letal sin llegar a la muerte.

2 Ministerio de Seguridad Nacional. (2025). *Informe Ejecutivo SNIC 2024*.

3 Ministerio de Seguridad Nacional. (2024). *Informe suicidios SNIC 2023*.

mortalidad por suicidio se triplicó en la población joven y este tipo de defunciones se ha constituido en la segunda causa de muerte en los menores de 19 años^{4 5}.

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.⁶

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 instituidos por la Ley Nacional 26.657 de Salud Mental (2010).

En este marco, a fines de 2022 el MPT advirtió un aumento en la proporción de las notificaciones de hospitalizaciones correspondientes a situaciones categorizables como riesgo suicida, sobre el total de internaciones de personas menores de 18 años por motivos de salud mental.

Frente a este escenario, el MPT ha considerado imperioso producir evidencia empírica que permita visibilizar esta problemática, y ofrecer 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.

El presente estudio descriptivo es producto del análisis estadístico de notificaciones, efectuadas por centros hospitalarios: hospitales públicos y centros de internación privados. El universo bajo estudio fue conformado gracias al acuerdo y al trabajo colaborativo llevado a cabo con la Secretaría Ejecutiva del Órgano de Revisión Nacional de Salud Mental (ONR)⁷, en el marco del Convenio suscripto el 12 de diciembre de 2024 y aprobado mediante Resolución AGT .

El estudio busca caracterizar a la población de NNyA e identificar patrones frecuentes mediante la recolección y análisis de datos sociodemográficos, incluyendo variables como edad, sexo/género, centro de vida, acompañantes durante la atención, centros hospitalarios, motivo de internación y diagnósticos presuntivos.

Los resultados presentados en este documento 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, fomentar vínculos de confianza y asegurar que cada niña, niño y adolescente reciba el apoyo adecuado en el momento justo.

Las mismas deben procurar un acompañamiento cercano, sostenible y especializado, capaz de generar vínculos de confianza y asegurar que cada niña, niño y adolescente reciba el apoyo y tratamiento que necesita en el momento oportuno.

Un adecuado abordaje de la problemática social del suicidio exige, además, la urgente identificación y abordaje de los factores de riesgo que inciden en las conductas suicidas. En tal sentido, desde el MPT nos encontramos realizando un segundo documento de trabajo que busca dar visibilidad a esas variables cuya unidad de análisis estará dada por las notificaciones de internaciones correspondientes al año 2024.

4 Santillán Pizarro, M. M., & 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. <https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/155769>

5 Ministerio de Salud de la Nación. (2023). Boletín N° 173, Dirección de Estadística e Información en Salud.

6 Ministerio Público Tutelar. (s.f.). Guía de procedimientos [Salud Mental]. Ministerio Público Tutelar. Recuperado de <https://mptutelar.gob.ar/sites/default/files/Guia-SM-procedimientos.pdf>

7 El Órgano Nacional de Revisión de Salud Mental (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 (N° 26.657) e integrada por Ley 27.149 en el ámbito del Ministerio Público de la Defensa de la Nación.

PERSPECTIVA JURÍDICA DEL SUICIDIO: MARCO NORMATIVO Y SISTEMAS DE REGISTRO Y VIGILANCIA EN ARGENTINA

La legislación argentina en salud mental se ha construido progresivamente, buscando un tratamiento integral e interdisciplinario que encuentra su primer hito en la **Ley Nacional 26.657 de Salud Mental (2010)** 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 integral, interdisciplinaria y humanizada, garantizando 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, tanto la Organización Panamericana de la Salud como 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 posvención⁸, mediante un abordaje coordinado, interdisciplinario e interinstitucional que 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).

Entre sus funciones más destacadas, la autoridad de aplicación tiene la de crear un programa nacional en el que se integren:

1. Protocolos de intervención en los servicios del primer nivel de atención de salud y los de emergencia hospitalaria,
2. Protocolo de coordinación entre los servicios de salud, la línea telefónica de emergencia y otros ámbitos comunitarios intervinientes.
3. Pautas de atención del paciente con riesgo suicida o con intento de suicidio, que contenga la identificación de factores predisponentes, psicofísicos sociodemográficos y ambientales, a los fines de poder definir las estrategias de intervención.

A su vez, se le encomienda al Ministerio de Salud Nacional la creación de un sistema de registro que contenga información estadística de los intentos de suicidios, suicidios cometidos, causa de los decesos, edad, sexo, temporalidad, modalidad utilizada y todo otro dato de interés a los fines del mejoramiento de la información estadística, la que será proporcionada por los sectores dedicados a la problemática del suicidio, públicos y privados.

La Ley 27.130 (2015) 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 de los Derechos del Niño (Naciones Unidas, 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**

⁸ 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

los Derechos de las Personas con Discapacidad (Naciones Unidas, 2006).

La reglamentación tardía de la Ley Nacional 27.130 mediante el **Decreto 603/2021** precisa que en casos de intentos de suicidio en niños, niñas 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.

A nivel local, la Ciudad Autónoma de Buenos Aires adhiera a la Ley Nacional 27.130 con la sanción de la **Ley 6.106 de Prevención, Asistencia y Posvención del Suicidio (CABA, 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)** elaborado por un comité intersectorial de expertos en salud mental que plantean un marco integral para la prevención, detección y manejo de conductas suicidas en jóvenes. Allí 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, 2022)** 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.

Complementa estas disposiciones de carácter operativo la **Resolución APN-MS 4012/2023 (Ministerio de Salud, 2023)** que aprueba 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 del GCBA 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. La norma establecía pautas de comunicación y monitoreo del Consejo de los Derechos de NNyA y del Ministerio Público Tutelar y fue derogada mediante Resolución 1/2023 del mismo Ministerio.

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 27.130 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. La reglamentación de la ley (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 fo-

renses 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. Algunas de las fuentes más importantes son:

REGISTRO DE SUICIDIOS	Dirección Nacional de Estadística Criminal (DNEC) del Ministerio de Seguridad Nacional	Registra el número total de suicidios en Argentina. Por ejemplo, en 2023 se registraron 4197, indicando un aumento respecto a 2021. La población menor de 20 años son el 11,6% de los casos en 2023, con 438 fallecimientos
	Dirección de Estadísticas e Información en Salud (DEIS) del Ministerio de Salud de la Nación	Publica el anuario <i>Estadísticas Vitales. Información Básica</i> , que también incluye datos sobre suicidios. Por ejemplo, en 2021 registra 2.865 suicidios en Argentina, con el 80% correspondiente a varones
	Sistema Nacional de Información Criminal - Sistema de Alerta Temprana (SNIC - SAT)	Presenta distribución de suicidios por jurisdicciones y patrones temporales como días, horarios y lugares de ocurrencia. Por ejemplo, en 2021, los días de mayor frecuencia lunes y domingos, ocurriendo en el hogar en el 73,8%
REGISTRO DE INTENTOS DE SUICIDIO	Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentina (SISA)	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 implementación progresiva desde el 1 de abril de 2023
	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 Nacional 27.130 de Prevención del Suicidio que obliga a profesionales de la salud, laboratorios y autoridades de establecimientos públicos o privados a notificar dichos intentos

ANTECEDENTES Y CONTEXTO

La Organización Mundial de la Salud (2025) refiere que el suicidio es un problema de salud pública de gran magnitud, provocando aproximadamente 720.000 muertes anuales en todo el mundo. En los últimos 50 años, las tasas de suicidio han aumentado en un 60 por ciento, consolidando al suicidio como una de las principales causas de muertes prevenibles a nivel mundial y un problema de salud de escala internacional (Santillán Pizarro & Pereyra, 2020, p. 162).

En las últimas décadas, la investigación sobre suicidio y conductas suicidas ha avanzado de manera significativa, con aportes de organismos internacionales y estudios académicos que han buscado dimensionar la problemática desde múltiples ángulos. Independientemente de esto, informes de la OMS (2025) y de la OPS (2021) advierten que, 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 sub registrar estos hechos, debido a la estigmatización, el sesgo de clasificación y la ambigüedad diagnóstica, especialmente en entornos con recursos escasos (Tie et al., 2025). Esta carencia de datos representativos y confiables limita seriamente la comprensión del fenómeno y la efectividad de las estrategias de prevención.

En este sentido, la OMS (2025) advierte que solo unos ochenta Estados Miembros disponen de estadísticas vitales de buena calidad para estimar tasas de suicidio con precisión. Países como Australia, Canadá, Chile y Brasil cuentan con sistemas de registro vital de alta calidad; mientras que en otros, especialmente de ingresos bajos y medios, la información es fragmentaria o presenta deficiencias en la clasificación. En el caso de Argentina, los datos se consideran de calidad media: el sistema de estadísticas vitales tiene una cobertura de defunciones cercana al 99 %, pero con problemas moderados en la certificación de la causa de muerte (OMS, 2023).

Esta brecha de información y generación de datos es especialmente evidente en América Latina y el Caribe (ALC), donde la mayoría de los sistemas de vigilancia no relevan de manera sistemática datos como pueden ser las internaciones hospitalarias por riesgo suicida ni distinguen las condiciones legales en que se producen, llevando a un subreporte y clasificación errónea (OPS, 2021).

En paralelo, informes recientes advierten sobre un deterioro sostenido del bienestar psicosocial y riesgos crecientes para la salud mental en ALC—acelerados por la pospandemia, transformaciones digitales y tensiones socioeconómicas—, factores que no hacen más que incrementar y poner en evidencia la temática del suicidio aquí estudiada (OPS, 2023).

Así, la ausencia de datos estructurados sobre internaciones, sumada al agravamiento de la salud mental en la región y a nivel internacional, hace indispensable relevar lo que sí se conoce sobre el suicidio en distintos niveles, de modo de construir un contexto sólido que sirva de base para el análisis específico de esta investigación.

Las estadísticas de la OMS (2021) muestran variaciones significativas entre regiones; en los países de ingresos altos, la tasa de suicidio en varones triplica la de mujeres; en los de ingresos medios y bajos, la diferencia se reduce a 1,5 hombres por cada mujer. Casi el 80 % de las muertes por suicidio a nivel mundial ocurren en países de ingresos bajos y medianos, lo cual refleja tanto la distribución demográfica mundial como las profundas desigualdades en el acceso a la prevención, los servicios de salud mental y las políticas de cuidado comunitario. Además, según la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones (2012), se estima que por cada muerte por suicidio se producen aproximadamente veinte intentos, lo que subraya la necesidad de políticas de prevención y posvención.

Según Lovero, Dos Santos, Come, Wainberg y Oquendo (2023), la prevalencia también varió según el nivel de ingresos, siendo los pensamientos suicidas más altos (19,7 %) en los países de ingresos bajos y los intentos más altos (17,6 %) en los países de ingresos medianos-altos.

En este contexto, las niñas, niños y adolescentes constituyen una población en alto riesgo: se encuentran en una etapa crucial de desarrollo y transformación, que abarca múltiples dimensiones (física, intelectual, emocional y social), y que requiere ser protegida desde una perspectiva de derechos para garantizar su bienestar integral (UNICEF, 2019).

La evidencia disponible en América Latina y el Caribe revela un panorama preocupante respecto al suicidio en población adolescente, especialmente entre los 15 y 19 años. Esta etapa del desarrollo se consolida como un periodo crítico para la intervención en salud mental, dado el aumento sostenido de muertes por suicidio y la

persistencia de patrones marcados por género, método y contexto socioeconómico (Johnson & Johnson, 2024).

Según Torales et al. (2023), en Paraguay, entre 2004 y 2022, se registraron 940 suicidios de NNyA, siendo el 51,17% varones y con un predominio del ahorcamiento y la asfixia (76,6%) como método. En Uruguay, el suicidio se ha posicionado como la principal causa de muerte entre adolescentes de 15 a 19 años. En 2021, la tasa fue de 16,4 por cada 100.000 habitantes, incrementándose a 18,3 en 2022. Ese mismo año se registró la cifra más alta de muertes por suicidio en adolescentes (45 casos), con una edad media de 17,2 años. El 72 % de las muertes correspondió a varones, lo que refuerza el patrón regional de mayor letalidad en hombres.

En Colombia, entre 2019 y 2020, el Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA) registró 17.211 intentos de suicidio en menores de 18 años, con una proporción mayor en niñas y adolescentes (74%). En México, los datos de 2021 evidencian que los jóvenes de 15 a 29 años constituyen el grupo con mayor riesgo, con una tasa de 10,4 por cada 100.000, y con los varones duplicando el riesgo (16,2) (Borges, Orozco, Benjet & Medina-Mora, 2010, p. 121).

En la región, los métodos más frecuentes son la asfixia (39,7%), el uso de armas de fuego (33,3%) y el envenenamiento (18,2%), aunque varían según subregión: predomina el uso de armas de fuego en América del Norte, la asfixia en Centroamérica, México, el Caribe hispano y América del Sur, y el envenenamiento en el Caribe no hispano.

Según el Informe Regional 2015-2019 de la OPS (2022), la adolescencia es un periodo de especial vulnerabilidad, donde las mujeres presentan un mayor número de intentos, aunque con métodos menos letales, y los varones registran mayor mortalidad por el uso de métodos más violentos. Este patrón, repetido tanto a nivel global como regional, confirma la urgencia de estrategias integrales de prevención que consideren los determinantes sociales de la salud mental y las diferencias culturales y de género.

ARGENTINA

En Argentina, el informe del Ministerio de Seguridad Nacional (2024), proporciona estadísticas y muestra que la situación sigue esta misma tendencia, siendo el suicidio la primer causa de muerte violenta (38,1% suicidios, 35,9% muertes viales y 18,6% homicidios dolosos).

El Informe Ejecutivo del Ministerio de Seguridad (2025) ofrece datos actualizados: se registraron en la Argentina 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.

Durante el año 2023 los dos mecanismos con mayor incidencia fueron ahorcamiento (61,7%) y arma de fuego con (10,9%). Las víctimas de sexo masculino presentan una mayor concentración comparativa en el uso de arma de fuego como método (13,0%). En el caso de mujeres, se da una mayor concentración comparativa en envenenamiento (6,2%) y en arrojar al vacío (5,1%). En cuanto a las víctimas entre 10 y 19 años, la gran mayoría (72,6%) utilizaron el ahorcamiento como método, seguido por el uso de armas de fuego en un porcentaje considerablemente menor (6,9%), otras modalidades suman el 4%. Resulta llamativo que exista un 16,6% en esta población, cuyo mecanismo no fue determinado⁹.

El Sistema de Alerta Temprana de Suicidios proporciona la distribución mensual de los casos registrados entre los años 2017 y 2021. En el año 2021, al igual que en 2017 y 2018, se observó una mayor concentración de suicidios en los meses de diciembre y noviembre.

Los grupos etarios más afectados en ambos sexos fueron los de adolescentes de 15 a 24 años.¹⁰

En la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, en 2023 la tasa fue de 6,1 por cada 100.000 habitantes (176 personas). El Sistema de Alerta Temprana mencionado anteriormente, tiene un módulo sobre Suicidios (SAT-SS) que indica para el mismo año que la distribución de los episodios se suelen presentar mayor concentración al principio y al final de año: enero, febrero, marzo, y septiembre, octubre, noviembre y diciembre.

La incorporación del intento de suicidio como Evento de Notificación Obligatoria (ENO) 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.

9 Cfr. Sistema de Alerta Temprana, Sistema Nacional de Información Criminal (diciembre 2024). *Suicidios Años 2017-2023*. Ministerio de Seguridad de la República Argentina. https://cloud-snic.minseg.gob.ar/Informes/SAT/SAT%20SS/Informe_Suicidios_2023.pdf

10 Resolución 4012/2023 - RESOL-2023-4012-APN-MS <https://www.boletinoficial.gob.ar>

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 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 sobrerrepresentación femenina entre los 15 y 19.” (Ministerio de Salud Nacional, 2025).

En consonancia con las tendencias globales, el grupo de adolescentes fue el que presentó la mayor frecuencia de notificaciones. 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, y por hospitales públicos y privados del mismo distrito informados al Órgano Nacional de Revisión de Salud Mental (en adelante, ONR), en cumplimiento de las normativas vigentes, en particular el capítulo VII de la Ley Nacional 26.657 de Salud Mental.

La normativa, establece que las internaciones en este ámbito son consideradas como “un recurso terapéutico de carácter restrictivo” y sólo pueden llevarse a cabo cuando aporten mayores beneficios que otras intervenciones, deben promover el mantenimiento de vínculos con sus afectos y entornos (excepto que el equipo interviniente lo desaconseje), y han de tener

una duración lo más breve posible (arts. 14 y 15). Además, deben incluir el registro de datos disponibles sobre la identidad y el entorno familiar (art. 16 inc. b). Las internaciones involuntarias son entendidas como excepcionales y deben cumplir ciertos requisitos, entre ellos la comunicación judicial (art. 20 a 25). Las hospitalizaciones de niñas, niños y adolescentes son así consideradas en los casos, teniendo como marco el sistema de protección de derechos.

En el capítulo X de la Ley 26.657, con la creación del Órgano de Revisión en el ámbito del Ministerio Público de la Defensa, se establece entre sus funciones el requerimiento de información a las instituciones públicas y privadas sobre la realización de los tratamientos y las condiciones de las internaciones, especialmente cuando se trata de internaciones involuntarias, y la colaboración con otros órganos similares de otras jurisdicciones.

Asimismo, en la Ley 27.130 de Prevención del Suicidio, se especifica la creación de un sistema de registro estadístico de los intentos de suicidios incluyendo “suicidios cometidos, causa de los decesos, edad, sexo, evolución mensual, modalidad utilizada y todo otro dato de interés a los fines del mejoramiento de la información estadística, la que será proporcionada por los sectores dedicados a la problemática del suicidio, públicos y privados” (art. 6 inc. e). Cuando se trata de niños, niñas y adolescentes que presentan intentos de suicidios, la comunicación a los organismos nacionales y/o locales de protección de derechos es obligatoria, sin que la misma sea una denuncia (art. 12).

Desde este marco legal y técnico, el Ministerio Público Tutelar de CABA y el Órgano Nacional de Revisión de Salud Mental del Ministerio Público de la Defensa realizaron un convenio específico en diciembre del año 2024, para compartir la información relevada a partir del año 2023. Ello permite contar con datos comparables y complementarios entre ambas fuentes de datos. A partir de ello, se conformó un equipo interdisciplinario de ambas instituciones que comenzó a trabajar en 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 nombres y apellidos, documento de identidad y fecha de nacimiento), datos sociodemográficos (como

sexo / género, lugar de residencia y quien le acompaña), motivo de internación y diagnóstico presuntivo.

Los datos que se presentan utilizan como fuente principal la información suministrada por el ONR ya que la cantidad de casos es tres veces más grande que las notificaciones recibidas por el MPT. Asimismo, 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 suicida recibidas entre enero y diciembre de 2023. 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.

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* se entienden los actos con la finalidad explícita de morir. (*Abordaje Integral del suicidio en las adolescencias 2021, SAP, UNICEF, Min. Sal. Nación*)

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 en cumplimiento de consideraciones éticas.

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 el análisis y la divulgación. Entre las técnicas utilizadas para este proceso se utilizó la supresión, la generalización y la agregación.

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. 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.

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 de Derechos del Niño. Ambos instrumentos legales parten de la premisa que los 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. 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 involucren el propio cuerpo.¹¹

11 Para un abordaje más pormenorizado de esta temática, cfr. Famá, V. (20/10/2015). "Capacidad progresiva de niñas, niños y adolescentes en el Código Civil y Comercial". *La Ley*. Cita online: AR/DOC/3698/2015

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
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 = 173 casos Órgano Nacional de Revisión de Salud Mental = 596 casos
Recolección de datos	Enero a diciembre 2023
Instrumentos	Notificaciones de internaciones 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

Como se mencionó anteriormente, uno de los principales objetivos es explorar y caracterizar la población de niñas, niños y adolescentes internados en hospitales y centros de salud por cuestiones asociadas al riesgo suicida en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Los datos obtenidos a partir de las notificaciones de internaciones de niñas, niños y adolescentes por razones de salud mental recibidas por el Ministerio Público Tutelar y el Órgano Nacional de Revisión de Salud Mental, presentan -en líneas generales- tendencias similares.

Para evitar la duplicidad de información, se utiliza como fuente principal la obtenida a partir de los datos del ONR, dado que comparte con el MPT los informes del subsistema público e incorpora además los de clínicas privadas y obras sociales. Las variables abordadas por el MPT, basadas en informes provenientes de hospitales públicos serán diferenciadas cuando ofrezcan un detalle no relevado por el ONR.

En 2023, los centros de salud de CABA notificaron al ONR un total de 1.013 internaciones de niños, niñas y adolescentes vinculadas a su salud mental, de las cuales 596 estuvieron asociadas a riesgo suicida (58,8%). Por su parte, al MPT se reportaron 387 internaciones, con 173 casos relacionados con riesgo suicida (44,7%).

A continuación, se presentan los datos obtenidos y se organizan en cinco ejes:

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

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE NNYA CON INTERNACIONES POR RIESGO SUICIDA

TABLA (1) Internaciones de NNYA asociadas al riesgo suicida según sexo/género

Sexo / Género	Porcentaje
Mujer	77,2%
Varón	20,6%
Trans	1,5%
Sin datos	0,7%
Total	100,0%

Fuente: Elaboración propia sobre datos de Órgano Nacional de Revisión de Salud Mental (2023) (N = 596)

La tabla 1 muestra que 8 de cada 10 de las internaciones de NNYA asociadas al riesgo suicida corresponden a mujeres (77,2%) y 2 de cada 10 a varones (20,6%) y un 1,5% a personas que se identifican como de género trans o no binario.

Estas proporciones guardan la misma proporción con la evidencia internacional, que muestra que las niñas y adolescentes suelen presentar una mayor frecuencia de intentos de suicidio, mientras que los niños y varones jóvenes concentran la mayoría de los suicidios consumados, que coincide con la utilización de procedimientos de mayor letalidad.

En relación con el 1,5% de las notificaciones correspondientes a personas con identidad de género trans o no binaria, cabe destacar que el mismo es susceptible de subregistro, ya que su correcta consignación depende de la sensibilización de los profesionales de la salud al derecho del paciente a ser escuchado y al respeto de su identidad, conforme al artículo 12 de la Ley 26.743.

TABLA (2) Internaciones de NNYA asociadas al riesgo suicida según tramos de edad

Tramos de Edad	Porcentaje
12 Años y menos	6,6%
13 a 15 años	48,3%
16 y 17 años	43,6%
Sin datos	1,5%
Total	100%

Fuente: Elaboración propia sobre datos de Órgano Nacional de Revisión de Salud Mental (2023) (N = 596) .

En cuanto a los tramos de edad de las internaciones asociadas al riesgo suicida de NNYA, la mitad (48,3%) corresponde a la franja etaria de 13 a 15 años. Seguidamente, la de 16 y 17 años alcanza a un 43,6% y la de menores de 12 años registra un 6,6%.

TABLA (3) Internaciones de NNyA asociadas al riesgo suicida según tramos de edad y sexo/género

Tramos de Edad	Sexo / Género				
	Mujer	Varón	Trans	Sin datos	Total
12 Años y menos	6,9%	5,7%			6,6%
13 A 15 años	48,9%	46,3%	44,4%	50,0%	48,3%
16 Y 17 años	42,2%	48,0%	55,6%	50,0%	43,6%
Sin datos	2,0%				1,5%
	100%	100%	100%	100%	100%

Fuente: Elaboración propia sobre datos de Órgano Nacional de Revisión de Salud Mental (2023) (N = 596) .

Al desagregar por género, las mujeres reproducen la tendencia observada en el total: la mayor proporción de internaciones asociadas al riesgo suicida se concentra en el tramo de 13 a 15 años. En los varones, en cambio, la distribución es inversa: el tramo de 16 a 17 años representa el 48,0% de las internaciones, mientras que el de 13 a 15 años alcanza el 46,3%.

Entre las personas trans se observa una mayor concentración de las internaciones (55,6%) en el tramo de 16 a 17 años, mientras que el tramo de 13 a 15 años corresponde al 44,4%. No se registraron internaciones en el grupo de NNyA 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) Internaciones de NNyA asociadas al riesgo suicida, según área geográfica del centro de vida y tramos de edad

Área geográfica del centro de vida		Tramos de edad				
		12 años y menos	13 a 15 años	16 y 17 años	Sin datos	Total
CABA	Total	43,6%	36,8%	35,0%	33,3%	36,4%
Conurbano bonaerense	Total	41,0%	41,0%	47,3%		43,1%
	Conurbano sur	37,4%	50,0%	47,1%		47,8%
	Conurbano norte	31,3%	21,2%	22,0%		22,2%
	Conurbano oeste	31,3%	28,8%	30,9%		30,0%
Otras zonas argentinas			1,0%	0,4%		0,7%
No indica / sin datos		15,4%	21,2%	17,3%	66,7%	19,8%
Total		100%	100%	100%	100%	100%

Fuente: Elaboración propia sobre datos de Órgano de Revisión de Salud Mental (2023) (N = 596).

El 43,1% registra el centro de vida en el Conurbano bonaerense y el 36,4% en la CABA. En 1 de cada 5 notificaciones no podemos conocer dónde tienen su centro de vida NNyA que son internados por riesgo suicida, y aumenta la proporción cuando tampoco tenemos datos etarios.

En cuanto a la distribución de las internaciones que corresponden al área geográfica de centro de vida Conurbano bonaerense, se distribuyen de la siguiente manera: La mitad (47,8%) corresponde al Conurbano sur, el 30% al Conurbano oeste y el 22,2% al Conurbano norte.

Al comparar la distribución según tramos de edad destaca que entre 16 y 17 años, la cifra de quienes corresponden al área geográfica Conurbano bonaerense asciende al 47,1% respecto al total (43,1%).

Para el centro de vida CABA, a medida que aumenta la edad, se observa una disminución de los casos. Para aquellos de 12 años y menos la cifra se eleva al 43,6% respecto al total (36,4%).

De las fuentes de información utilizadas, la correspondiente al registro nacional no incluye la desagregación

por comunas cuando el centro de vida de los NNyA se encuentra en la CABA. Por ello, a continuación, se incluye el detalle de las notificaciones recibidas por el MPT, agrupadas según comunas.

TABLA (5) Internaciones de NNyA asociadas al riesgo suicida según comunas y tramos de edad

Detalle de comunas CABA	Tramos de edad			
	12 años y menos	13 a 15 años	16 y 17 años	Total
CABA Comunas Sur	28,5%	54,5%	75,0%	60,3%
CABA Comunas Norte	42,9%	15,2%	14,3%	17,6%
CABA Comunas Oeste	14,3%	21,2%	7,1%	14,7%
Sin datos	14,3%	9,1%	3,6%	7,4%
Total	100%	100%	100%	100%

Fuente: Elaboración propia sobre datos de Ministerio Público Tutelar CABA (2023) (N = 173).

En cuanto las internaciones notificadas al MPT, cuyo centro de vida es el área geográfica CABA, 6 de cada 10 (60,3%) corresponden a las comunas sur, el 17,6% corresponde a las comunas norte, el 14,7% corresponde a las comunas oeste y un 7,4% no registran datos.

Al analizarlas de manera combinada según centro de vida y tramos de edad, para las comunas sur el tramo de edad de 16 y 17 se eleva al 75% y desciende a la mitad para el tramo de 12 años y menos (28,5%), respecto al total (60,3%).

En las comunas del norte, se destaca el tramo de 12 años y menos con un 42,9%, mientras que su participación en el total de notificaciones de CABA es del 17,6%.

Para las comunas oeste, el grupo de entre 13 y 15 años asciende un tercio (21,2%), respecto al total (14,7%).

Para los que no registran datos, el tramo de edad de 12 años y menos se duplica (14,3%) respecto al total (7,4%).

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) Internaciones de NNyA asociadas al riesgo suicida según características del acompañante y sexo/género

Características del acompañantes	Sexo / Género			
	Mujer	Varón	Trans	Total
Familiar femenino	63,3%	60,0%	100,0%	63,6%
Familiar masculino	9,4%	12,5%		9,8%
Familiar femenino y masculino juntos	8,6%	7,5%		8,1%
Persona no familiar	2,3%			1,7%
Sin datos	16,4%	20,0%		16,8%
Total	100%		100%	100%

Fuente: Elaboración propia sobre datos de Ministerio Público Tutelar (2023) (N = 173).

Dos terceras partes (63,6%) de las personas acompañantes de los NNyA en el momento de la internación son familiares de género femenino, un 9,8% corresponde a familiares del género masculino, en un 8,1% se trata de más de un familiar presente de diversos géneros, y un 1,7% corresponden a personas no familiares. En un 16,8% se omite la información acerca de las personas acompañantes, no permitiendo discernir si se trata de un dato que no fue consignado por el profesional o si, efectivamente, el NNyA se encontraba sin acompañante al momento del ingreso.

En cuanto a su distribución por sexo/género de los NNyA, las acompañantes femeninas alcanzan al 100% cuando se trata de adolescencias trans y desciende para varones (60%) respecto al total (63,6%).

Los acompañantes masculinos ascienden cuando se trata de un NNyA del sexo/género varón (12,5%) respecto al total (9,8%).

TABLA (7) Internaciones de NNyA asociadas al riesgo suicida según características del acompañante y tramos de edad

Características del acompañante	Tramos de edad			
	12 años y menos	13 a 15 años	16 y 17 años	Total
Familiar femenino	50,0%	59,8%	70,3%	63,6%
Familiar masculino	8,3%	10,3%	9,4%	9,8%
Familiar femenino y masculino juntos	25,0%	10,3%	2,7%	8,1%
Persona no familiar		3,5%		1,7%
Sin datos	16,7%	16,1%	17,6%	16,8%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Elaboración propia Ministerio Público Tutelar (2023) (N = 173)

En cuanto a la distribución de los acompañantes por tramos de edad de los NNyA, las femeninas ascienden a medida que aumenta la edad de los NNyA, alcanzado a 70,3% para el tramo de 16 y 17 años.

Las masculinas ascienden respecto al total para el tramo de 13 a 15 años (10,3%) respecto al total (9,8%).

Las femeninas y masculinas juntas se triplican (25%) para el tramo de 12 años y menos y van declinando a medida que aumenta la edad.¹²

¹² Tajer llega a conclusiones similares en la investigación sobre los roles de género en las crianzas que asisten a los servicios de salud de CABA, a partir de las entrevistas profesionales de hospitales públicos y privados, aunque con ciertas diferencias dependiendo del sector. Cf. Tajer, D. et. al (2020). "Infancias generizadas en la atención de la salud", en Tajer, D (dir). *Niñez, adolescencia y género: herramientas interdisciplinarias para equipos de salud y educación*. Noveduc, Buenos Aires, pp. 17 - 52,

MOTIVOS DE INTERNACIÓN

Los motivos de internación hace referencia a aquellas situaciones que implican un riesgo cierto e inminente para un NNyA o para terceras personas, o bien cuando la internación se configura como la alternativa terapéutica más adecuada¹³.

TABLA (8) Internaciones de NNyA asociadas al riesgo suicida según motivo de la internación

Motivo de internaciones		ONR
Ideación suicida	Ideación autolítica irreductible	45,3%
Intento de suicidio	Intento de suicidio	44,1%
Autolesión	Autolesiones con riesgo autolítico	10,6%
Total		100%

Fuente: Elaboración propia sobre datos de Órgano Nacional de Revisión de Salud Mental (2023) (N = 596)

Los motivos de internaciones de NNyA fueron organizados por el ONR a partir de las formas de la conducta suicida y de la conducta autolesiva estableciendo las siguientes categorías: ideación suicida, intento de suicidio y autolesión¹⁴.

La proporción de internaciones por ideación suicida (45,3%) y por intento de suicidio (44,1%) son similares y las por autolesiones son considerablemente menos frecuentes con un 10,6%.

La clasificación utilizada por el MPT para la sistematización de las notificaciones recibidas permite contar con información más específica de los motivos de internación en lo que refiere a intentos de suicidio.

¹³ Esta consideración se corresponde con lo establecido por la Ley Nacional de Salud Mental Nº 26.657.

¹⁴ Esta forma clasificatoria obedece a una nomenclatura elegida en la RESOLUCIÓN S.E. Nº 13/2022 del ONR.

TABLA (9) Internaciones de NNyA asociadas al riesgo suicida según motivo de la internación

Motivo de internaciones		MPT
Ideación suicida	Ideación autolítica irreductible	42,8%
Intento de suicidio	Sobreingesta medicamentosa	56,2%
	Intento autolítico no especificado	20,2%
	Intento de ahorcamiento	14,6%
	Intento de arrojar al vacío o a un medio de transporte en movimiento	3,4%
	Ingesta de productos de limpieza	2,2%
	No indica motivos de internación	3,4%
	Total	51,4%
Autolesión	Autolesiones con riesgo autolítico	5,8%
Total		100%

Fuente: Elaboración propia Ministerio Público Tutelar (2023) (N = 173)

Del total de las internaciones la ideación autolítica irreductible alcanza al 42,8%, el intento de suicidio a la mitad (51,4%) y la autolesiones con riesgo autolítico al 5,8%.

Asimismo, el intento de suicidio se distribuye de la siguiente manera, la sobreingesta medicamentosa alcanza a casi 6 de cada 10 (56,2%), el intento autolítico no especificado al 20,2%, el intento de ahorcamiento al 14,6%, el intento de arrojar al vacío o a un medio de transporte en movimiento al 3,4%, la ingesta de productos de limpieza al 2,2% y un 3,4% no indica los motivos de la internación.

TABLA (10) Internaciones de NNyA asociadas al riesgo suicida según motivo de la internación y tramos de edad

Motivo de internaciones	Tramos de edad				
	12 años y menos	13 a 15 años	16 y 17 años	Sin datos	Total
Ideación suicida	35,9%	41,7%	51,6%	22,2%	45,3%
Intento de suicidio	41,0%	45,5%	41,9%	77,8%	44,1%
Autolesión	23,1%	12,8%	6,5%		10,6%
Total	100%	100%	100%	100%	100%

Fuente: Elaboración propia sobre datos de Órgano Nacional de Revisión de Salud Mental (2023) (N = 596)

Al distribuir los motivos de las internaciones por rango etario, a medida que aumenta la edad se observa una mayor frecuencia de la ideación suicida, alcanzando a la mitad (51,6%) de las internaciones para el tramo de edad de 16 y 17 años. La autolesión tiene un comportamiento inverso, disminuyen con la edad, siendo el doble de la media para el tramo de edad de 12 años y menos (23%).

TABLA (11) Internaciones de NNyA asociadas al riesgo suicida según motivo de la internación y sexo / género

Motivo de internaciones	Sexo / Género				
	Mujer	Varón	Trans	Sin datos	Total
Ideación suicida	46,5%	42,3%	33,3%	25,0%	45,3%
Intento de suicidio	42,4%	49,6%	44,4%	75,0%	44,1%
Autolesión	11,1%	8,1%	22,3%		10,6%
Total	100%	100%	100%	100%	100%

Fuente:Elaboración propia sobre datos de Órgano Nacional de Revisión de Salud Mental (2023) (N = 596)

En lo que respecta a la distribución de los motivos de las internaciones según el género la ideación suicida aumenta para las mujeres (46,5%) y decrece para trans (33,3%) respecto al total (45,3%). El intento de suicidio aumenta para los varones a la mitad (49,6%) y la autolesión se duplica (22,3%) para el género trans, respecto al total (10,6%).

TABLA (12) Internaciones de NNyA asociadas al riesgo suicida según motivo de la internación y sexo / género

Motivos de internación		Sexo / Género			Total
		Mujer	Varon	Trans	
Ideación suicida	Ideación autolítica irreductible	45,3%	32,5%	60,0%	42,8%
Intento de suicidio	Total	49,2%	62,5%	20,0%	51,4%
	Sobreingesta medicamentosa	61,9%	40,0%	100,0%	56,2%
	Intento autolítico no especificado	19,0%	24,0%		20,2%
	Intento de ahorcamiento	12,7%	20,0%		14,6%
	Intento de arrojarse al vacío o a un medio de transporte en movimiento	3,2%	4,0%		3,4%
	Ingesta de productos de limpieza	1,6%	4,0%		2,2%
	No indica motivos de internación	1,6%	8,0%		3,4%
Autolesión	Autolesiones con riesgo autolítico	5,5%	5,0%	20,0%	5,8%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Elaboración propia Ministerio Público Tutelar (2023)
(N = 173)

De los datos sistematizados por el MPT, los intentos de suicidio son la mitad de los motivos de internación de NNyA (51,4%), seguidos por la ideación autolítica irreductible (42,8%), y las autolesiones con riesgo autolítico alcanzan un 5,8%

En lo que hace a la ideación suicida, para los varones decrece (32,5%) en relación al total (42,8%) y en lo que refiere a intentos de suicidio la superan (62,5%) en relación al total (51,4%).

Al analizar los intentos de suicidio específicamente, se observa que más de la mitad de los motivos son por la ingesta medicamentosa (56,2%), cifra que se eleva para las mujeres (61,9%) y para las personas trans (100%). Los intentos de ahorcamiento presentan una proporción mayor para los varones (20,0%) en relación al total (14,6%).

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) Internaciones de NNyA asociadas al riesgo suicida según diagnóstico presuntivo y tramos de edad

Diagnóstico al momento de la internación	Tramos de edad			
	12 años y menos	13 a 15 años	16 y 17 años	Total
F29 (Trastorno del espectro de la esquizofrenia no especificado y otro trastorno psicótico)	8,3%	18,4%	29,7%	22,5%
F39 (Trastorno del ánimo no especificado)		15,0%	14,8%	13,9%
F63.9 (Trastorno de los hábitos y del control de los impulsos sin especificación)	8,3%	5,7%	4,1%	5,2%
F60.9 (Trastorno de pers. Sin especificar)	8,3%	4,6%		2,9%
F20 (Esquizofrenia)		2,3%		1,2%
F43.1 (Trastorno por estrés post traumático)		2,3%		1,2%
TCA (Trastorno de la conducta alimentaria sin especificar)	8,3%	1,1%		1,2%
Trastorno por consumo de sustancias	8,3%		1,4%	1,2%
F32 (Trastorno depresivo)		1,1%		0,6%
F79 (Discapacidad intelectual no especificada)		1,1%		0,6%
F90.9 (Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo no especificado)	8,3%			0,6%
No especifica diagnóstico	33,4%	18,4%	23,0%	21,3%
No indica diagnóstico	16,8%	30,0%	27,0%	27,6%
Total	100%	100%	100%	100%

Fuente: Elaboración propia Ministerio Público Tutelar (2023)
(N = 173)

Al desagregar las internaciones de NNyA asociadas al riesgo suicida notificadas al MPT por diagnóstico presunto según las clasificaciones del DSM-V¹⁵, un 22,5% corresponde al trastorno del espectro de la esquizofrenia no especificado y otro trastorno psicótico (F29)¹⁶ y un 13,9% al trastorno del estado de ánimo no especificado (F39).

Se destaca que en la mitad de los casos, no se especifica diagnóstico (21,3%) o no se indica diagnóstico (27,6%).

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. (2014).** *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5.ª ed., p. 172). Editorial Médica Panamericana.

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 MPT¹⁷. A continuación se incluyen agrupados por los meses calendarios del año 2023.

TABLA (14) Internaciones de NNyA asociadas al riesgo suicida según mes y tramos de edad

Mes	Tramos de edad				
	12 años y menos	13 a 15 años	16 y 17 años	Sin datos	Total
Enero	2,6%	3,8%	5,8%		4,5%
Febrero	2,6%	9,4%	5,8%	11,1%	7,4%
Marzo	2,6%	8,7%	6,9%	22,2%	7,7%
Abril	10,3%	8,3%	13,4%	22,2%	10,8%
Mayo	12,8%	11,8%	11,2%		11,4%
Junio	2,5%	7,3%	9,2%	11,1%	7,9%
Julio	10,3%	5,9%	6,5%		6,4%
Agosto	12,8%	11,5%	8,5%		10,1%
Septiembre	12,8%	7,6%	11,2%	22,2%	9,7%
Octubre	10,2%	12,1%	9,2%		10,6%
Noviembre	15,4%	10,1%	7,3%		9,1%
Diciembre	5,1%	3,5%	5,0%	11,2%	4,4%
Total	100%	100%	100%	100%	100%

Fuente: Elaboración propia sobre datos de Órgano Nacional de Revisión de Salud Mental (2023) (N = 596)

Las internaciones de NNyA asociadas al riesgo suicida son más altas en los meses de abril (10,8%), mayo (11,4%) y octubre (10,6%). Y los menores son enero (4,5%) y diciembre (4,4%).

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.

TABLA (15) Internaciones de NNyA asociadas al riesgo suicida según mes y sexo/género

Mes	Sexo / Género				
	Mujer	Varón	Trans	Sin datos	Total
Enero	4,1%	5,7%	11,1%		4,6%
Febrero	8,0%	4,9%		25,0%	7,3%
Marzo	7,6%	6,6%	11,1%	50,0%	7,4%
Abril	11,6%	9,7%			11,1%
Mayo	11,7%	11,4%			11,5%
Junio	7,6%	9,7%			7,9%
Julio	6,5%	6,5%			6,4%
Agosto	10,4%	9,7%			10,1%
Septiembre	9,4%	8,9%	44,5%		9,8%
Octubre	10,7%	11,4%			10,6%
Noviembre	8,3%	11,4%	22,2%		9,1%
Diciembre	4,1%	4,1%	11,1%	25,0%	4,2%
Total	100%	100%	100%	100%	100%

Fuente: Elaboración propia sobre datos de Órgano Nacional de Revisión de Salud Mental (2023) (N = 596)

En cuanto a distribución temporal de las internaciones según el rango de edad de los NNyA, para el grupo de 12 años y menos los meses de mayor frecuencia son noviembre (15,4%), seguido por mayo, agosto y septiembre (12,8% cada uno). Los de menor frecuencia son enero, febrero y marzo (2,6% cada uno).

Para el grupo de 13 a 15 años octubre es el mes con más internaciones (12,1%), seguido por mayo (11,8%), agosto (11,5%) y noviembre (10,1%). Diciembre (3,5%) y enero (3,8%) presentan las cifras más bajas.

En lo que refiere al rango de 16 y 17 años abril es el mes de mayor porcentaje de internaciones (13,4%), le siguen mayo y septiembre (11,2% cada uno). Los meses de

diciembre (5%), enero y febrero (5,8%) son los de menor frecuencia.

Para las mujeres los meses de mayor frecuencia son mayo (11,6%) y abril (11,7%), seguidos por octubre (10,7%), agosto (10,4%) y septiembre (9,4%). Los meses con menor incidencia son enero y diciembre, ambos con un 4,1%. Para los varones los meses de mayor valor son mayo, octubre y noviembre (11,4%), mientras que los de menor son diciembre (4,1%) y febrero (4,9%).

Para las personas trans la mitad corresponde al mes septiembre (44,5%) y no se registran notificaciones en los meses febrero, abril, mayo, junio, julio, agosto, y octubre. La baja cantidad de casos podría explicar la distribución de los datos.

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 sistema¹⁸, especialización psiquiátrica y especialización pediátrica.

TABLA (16) Internaciones de NNyA asociadas al riesgo suicida según sector del sistema de salud de los centros hospitalarios

Sector del sistema de salud de los centros hospitalarios	Porcentaje
Sector público	60,9%
Sector privado	39,1%
Total	100%

Fuente: Elaboración propia sobre datos de Órgano Nacional de Revisión de Salud Mental 2023) (N = 596)

Durante el año 2023, 6 de cada 10 internaciones se realizaron en hospitales del sector público (60,9%).

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). Internaciones de NNyA asociadas al riesgo suicida según hospitales del sector público

Hospitales de internación del sector público ^{19 20}	Porcentaje
Hospital Infanto Juvenil Carolina Tobar García *	36,4%
Hospital General de Niños Ricardo Gutiérrez	22,3%
Hospital General de Niños Pedro de Elizalde	15,4%
Hospital General de Agudos Cecilia Grierson	4,1%
Hospital de Pediatría Prof. Dr. Juan P. Garrahan	3,3%
Hospital General de Agudos F. Santojanni	3,3%
Hospital General de Agudos José María Ramos Mejía	2,4%
Hospital General de Agudos Dr. Cosme Argerich	1,7%
Hospital de Emergencias Psiquiátricas Torcuato de Alvear	1,7%
Hospital General de Agudos Abel Zubizarreta *	1,7%
Hospital General de Agudos Juan Fernández *	1,4%
Hospital General de Agudos José María Penna	1,4%
Hospital General de Agudos Parmenio Piñero	1,1%
Hospital General de Agudos Teodoro Álvarez *	1,1%
Hospital General de Agudos Carlos G. Durand *	0,8%
Hospital General de Agudos Dr. Ignacio Pirovano	0,8%
Hospital General de Agudos Dalmacio Vélez Sarsfield *	0,8%
Hospital General de Agudos Dr. Enrique Tornú *	0,3%
Total	100%

Fuente: Elaboración propia sobre datos de Órgano Nacional de Revisión de Salud Mental (2023) (N = 596)

19 Todos dependen del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (en adelante, GCABA), 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>

20 Los hospitales señalados con un * forman parte de la Red de Orientación en Trabajo y Educación (ROTE) está integrada por los Servicios y Equipos de Orientación Vocacional 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 Rehabilitación Manuel Rocca*, el *Centro de Salud Mental N° 3 Dr. Arturo Ameghino*, y el *Hospital Interdisciplinario Psicoasistencial José Tiburcio Borda*.

TABLA (18). Internaciones de NNyA asociadas al riesgo suicida según hospitales del sector privado

Hospitales de internación del sector privado	Porcentaje
Clínica Dharma	29,2%
Clínica Santa Rosa	27,0%
Flores Salud Mental (Clínica Flores)	13,3%
Hospital Italiano de Buenos Aires	12,0%
Hospital Médico Policial Churruca Visca	6,8%
Sanatorio Franchín	3,0%
Instituto Frenopático	2,6%
Clínica Moravia	1,7%
Centro Gallego de Buenos Aires	0,9%
Sanatorio Güemes	0,9%
Sanatorio Dr. Julio Méndez	0,9%
Sanatorio de La Trinidad	0,9%
Hospital Militar Central Cirujano Mayor Dr Cosme Argerich	0,4%
Sanatorio Sagrado Corazón	0,4%
Total	100%

Fuente: Elaboración propia sobre datos de Órgano Nacional de Revisión de Salud Mental (2023) (N = 596)

Para el sector público los hospitales que realizan mayores internaciones son el Hospital Infanto Juvenil Carolina Tobar García (36,4%), seguidos del Hospital General de Niños Ricardo Gutiérrez (22,3%) y del Hospital General de Niños Pedro de Elizalde (15,4%), todos ellos especializados en pediatría. Los 3 centros representan el 75% de las internaciones del sector.

En el sector privado, mayores internaciones se realizan en la Clínica Dharma (29,2%), seguida de Clínica Santa Rosa (27,5%) y de Flores Salud Mental (Clínica Flores) (13,3%), todas ellas especializadas en Salud Mental.

Teniendo en cuenta tanto el sector público como privado, el Hospital Infanto Juvenil Carolina Tobar García (único especializado en salud mental infanto juvenil) es el que más notificaciones reporta con 132 internaciones. 2 de cada 10 NNyA son internados en el Tobar García.

TABLA (19) Internaciones de NNyA asociadas al riesgo suicida según especialización hospitalaria en salud mental

Hospital especializado en salud mental	52,3%
Hospital NO especializado en salud mental	47,7%
Total	100%

Fuente: Elaboración propia sobre datos de Órgano Nacional de Revisión de Salud Mental (ONR) (2023) (N = 596)

En cuanto la desagregación de las internaciones según la especialización en salud mental de los centros hospitalarios, el 52,3% se especializa en salud mental mientras que el 47,7% no cuentan con especialización.

TABLA (20) Internaciones de NNyA asociadas al riesgo suicida según especialización hospitalaria en salud mental y sector del sistema de salud de los centros hospitalarios

Tipo de especialización hospital	Sector público	Sector privado	Porcentaje
Hospital especializado en salud mental	38,0%	74,7%	52,3%
Hospital NO especializado en salud mental	62,0%	25,3%	47,7%
Total	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Elaboración propia sobre datos de Órgano Nacional de Revisión de Salud Mental (ONR) (2023) (N = 596)

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 centros hospitalarios tienen especialización en salud mental y en el sector privado 7 de cada 10.

Se presume que estos datos son consecuencia que un mayor número de camas de internación del subsector privado pertenecen a instituciones especializadas en salud mental, y que existen unidades de salud mental con guardias de psicología y psiquiatría en centros públicos como *Hospital General de Niños Ricardo Gutiérrez*

TABLA (21) Internaciones de NNyA asociadas al riesgo suicida, por especialización hospitalaria en pediatría y sector del sistema de salud de los centros hospitalarios

Tipo de especialización hospital	Sector público	Sector privado	Porcentaje
Hospital especializado en pediatría	77,4%		47,1%
Hospital NO especializado en pediatría	22,6%	100,0%	52,9%
Total	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente Elaboración propia sobre datos de Órgano Nacional de Revisión de Salud Mental (ONR) (2023) (N = 596)

En lo que refiere a las internaciones según sector del sistema de salud y especialización de los centros hospitalarios, se observa que en el sector público 8 de cada 10 tienen especialización en pediatría y en el sector privado el 100% no tiene especialización en pediatría.

TABLA (22) Internaciones de NNyA asociadas al riesgo suicida según especialización hospitalaria en pediatría

Tipo de especialización hospital	Sexo / Género				
	Mujer	Varón	Trans	Sin datos	Total
Hospital especializado en pediatría	48,9%	38,2%	55,6%	100,0%	47,1%
Hospital NO especializado en pediatría	51,1%	61,8%	44,4%		52,9%
Total	100%	100%	100%	100%	100%

Fuente: Elaboración propia sobre datos de Órgano de Revisión de Salud Mental (N = 596)

En lo que refiere a la distribución de las internaciones entre los hospitales generales y pediátricos según sexo/género, los varones superan la media en lo que hace a las internaciones en centros hospitalarios no especializados en pediatría (61,8%), la distribución de las mujeres es similar a la media (51,1%) respecto al total (52,9%). Para las personas trans las internaciones en hospitales especializados en pediatría alcanza al 100%.

TABLA (23) Internaciones de NNyA asociadas al riesgo suicida según especialización hospitalaria en salud mental

Tipo de especialización hospital	Tramos de edad				
	12 años y menos	13 a 15 años	16 y 17 años	Sin datos	Total
Hospital especializado en salud mental	41,0%	47,2%	61,5%		52,3%
Hospital no especializado en salud mental	59,0%	52,8%	38,5%	100,0%	47,7%
Total	100%	100%	100%	100%	100%

Fuente: Elaboración propia sobre datos de Órgano de Revisión de Salud Mental MPD (N = 596)

A medida que aumenta la edad, se incrementa la proporción de internaciones en centros hospitalarios especializados en salud mental, siendo del 41,0% en el grupo de 12 años y menos y alcanzando al 61,5% para el tramo de 16 y 17 años.

Este patrón podría reflejar las trayectorias habituales de los NNyA en el sistema de salud. Es esperable que la puerta de entrada para un niño o niña con una crisis de salud, más allá de la dolencia específica, sea el hospital pediátrico. En cambio, en la adolescencia tardía, es esperable que existan diagnósticos previos o tratamientos en curso que orienten la derivación directamente hacia un centro especializado en salud mental.

CONCLUSIONES

El presente estudio descriptivo permite caracterizar las internaciones por riesgo suicida de niñas, niños y adolescentes ocurridas en la Ciudad de Buenos Aires durante 2023, 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 revelan distintos patrones que exponen desafíos críticos en los sistemas de registro y atención.

En relación con **las características sociodemográficas**, los datos muestran una marcada sobrerrepresentación de mujeres adolescentes, con un pico de prevalencia en la adolescencia temprana (13 a 15 años). En contraste, en los varones y en las adolescencias trans, la frecuencia de internaciones aumenta en la adolescencia tardía (16 a 17 años) lo que sugiere trayectorias diferenciales según género y etapa vital.

Esta diferencia es coherente con la evidencia internacional que señala que las mujeres presentan mayor número de intentos de suicidio, mientras que los varones registran mayor mortalidad por el uso de métodos más violentos, una tendencia visible incluso en los datos del MPT sobre modalidades de intento.

El 1,5% del universo fueron notificados como trans, aunque este porcentaje podría no obedecer a la identidad de género en sí misma sino a las situaciones de discriminación y rechazo, incluso en sus entornos más cercanos. Múltiples estudios de campo en varios países muestran que en las personas trans y no binarias, en su niñez, adolescencia y juventud, presentan un riesgo significativamente más alto de ideación e intento de suicidio que sus pares cisgénero^{21 22}. El llamado “modelo de estrés mi-

noritario” (denominación acuñada por Ilan H. Meyer en 2003) da cuenta de las disparidades en la salud mental y física que se observan en las personas pertenecientes a grupos minoritarios estigmatizados, como la comunidad LGTBQ²³.

En cuanto al relevamiento de **factores territoriales y socioeconómicos**, el análisis geográfico revela una concentración de casos en las comunas del sur de la CABA y el conurbano bonaerense sur, zonas de conocidas condiciones socioeconómicas desfavorables. Esta tendencia se intensifica en la adolescencia tardía, donde el 75% de los casos de residentes de CABA provienen de las comunas del sur. No obstante, no resulta una relación causal demostrable por el momento.

Si bien los resultados permiten identificar asociaciones relevantes entre las variables analizadas, no es posible desprender de ellos una inferencia causal definitiva hasta tanto se realicen análisis que permitan establecer sesgos, ponderaciones y relaciones de variables independientes.

Sin embargo, en la niñez (menores de 12 años), el patrón se invierte, con un aumento significativo de casos en las comunas del norte. Esta dinámica sugiere que, si bien los determinantes socioeconómicos parecen tener un peso preponderante en la adolescencia, en la niñez podrían influir otros factores que merecen ser investigados.

Esta inversión del patrón geográfico sugiere que los factores de riesgo asociados a las internaciones podrían ser diferentes en cada etapa del desarrollo según el centro de vida de NNyA, lo que subraya la necesidad de diseñar políticas de prevención territorialmente diferenciadas.

21 Refiere a las personas cuya identidad de género coincide con el sexo asignado al nacer

22 Un estudio multitudinario realizado recientemente en USA estima que adolescentes y jóvenes trans (entre 6 y 21 años) tienen una probabilidad entre cuatro y cinco veces mayor de presentar hospitalizaciones por intento de suicidio o autolesiones, si se compara con quienes son cisgénero Cr. Mitchell, H. K., Mitchell, T. S., & Mitchell, B. B. (2022). Prevalence of gender dysphoria and

suicidality and self-harm in a national database of paediatric inpatients in the USA: a population-based, serial cross-sectional study. *The Lancet Child & Adolescent Health*, 6(12), 856-864. DOI: 10.1016/S2352-4642(22)00280-2

23 Cr. Frost DM, Meyer IH. Minority stress theory: Application, critique, and continued relevance. *Curr Opin Psychol*. 2023 Jun;51:101579. DOI: 10.1016/j.copsyc.2023.101579

Cabe destacar que en 1 de cada 5 notificaciones no se consigna el centro de vida, lo que constituye una limitación seria para la caracterización poblacional y el diseño de políticas públicas basadas en evidencia territorial.

Respecto a los **acompañantes al momento de la internación**, los datos evidencian la centralidad de las mujeres –principalmente las madres– mientras que la presencia masculina es significativamente menor. Esta asimetría refuerza la necesidad de políticas públicas que aborden el cuidado con perspectiva de género.

Este hallazgo adquiere una nueva dimensión a la luz de la reciente Opinión Consultiva N° 31/25 de la Corte Interamericana de Derechos Humanos, que reconoce el cuidado como un derecho humano autónomo: establece que “ser cuidado” es el derecho de toda persona en situación de dependencia a recibir atenciones de calidad que aseguren su bienestar físico, espiritual, mental y cultural para vivir con dignidad.

En este contexto, un NNyA hospitalizado por riesgo suicida es un sujeto titular de este derecho, y la presencia (o ausencia) de acompañantes es un indicador clave de su red de cuidado. La falta de datos en el 16,8% de los casos sobre quién acompaña a estos NNyA es, por tanto, una señal de alerta, ya que invisibiliza una pieza fundamental para garantizar su derecho a ser cuidados en un momento de máxima vulnerabilidad.

En relación con los **motivos de internación**, casi el 90% de los casos se explican por ideación suicida o intento de suicidio, con un predominio de la sobreingesta medicamentosa como modalidad prevalente en los intentos. Llama la atención que quienes tienen de 12 años y menos, las tentativas adoptan con mayor frecuencia métodos de alta letalidad, lo que constituye una señal de alarma para la detección temprana e intervención urgente en ámbitos educativos y comunitarios.

En el plano de los **diagnósticos presuntivos**, los trastornos del espectro de la esquizofrenia no especificado y otro trastorno psicótico (F29) y del ánimo no especificado (F39) son los más frecuentes. No obstante, casi la mitad de los casos carecen de referencias claras sobre antecedentes psicopatológicos o estresores contextuales, aunque no es asignable a profesionales que realizan los informes ya que no es una exigencia formal del sistema de notificación. La falta de criterios unificados para el registro y la coexistencia de distintos manuales diagnósticos refuerzan la necesidad de protocolos estandarizados y exhaustivos de notificación. Sin embargo, aún

cuando es destacada la cantidad de internaciones por riesgo suicida que presentan diagnósticos previos en salud mental, resulta crucial no reducir los intentos de suicidio a una causa clínica y destacar su multicausalidad. El complejo entramado de variables que afectan el bienestar emocional de niñas, niños y adolescentes nos exige evitar una mirada patologizante y, en cambio, profundizar el análisis de los factores de riesgo que inciden en el desarrollo de esta problemática.

En cuanto a la **distribución temporal de las internaciones**, se observa una levemente mayor incidencia en el segundo semestre del año, con picos en los meses de abril-mayo y agosto-octubre, mientras que los extremos del calendario (enero y diciembre) concentran los valores más bajos. La ausencia de información sobre escolaridad constituye una limitación central para explorar la posible incidencia de factores ligados al calendario educativo. Este hallazgo sugiere la necesidad de explorar factores contextuales, escolares y sociales que puedan incidir en dichos períodos críticos.

Inicialmente se consideró de relevancia incorporar la variable “ciclo lectivo escolar” y su eventual impacto en las conductas bajo estudio. No obstante, el equipo de investigación advirtió la imposibilidad de determinar si niñas, niños y adolescentes se encontraban efectivamente escolarizados al momento de la internación, dado que en la mayoría de las notificaciones no se consigna información sobre este aspecto.

Esta limitación pone de relieve la necesidad de relevar datos vinculados a la escolarización –asistencia, tipo de jornada y modalidad educativa– con el fin de generar conclusiones e hipótesis más sólidas que permitan indagar en la relación entre los factores de riesgo y protección y la experiencia escolar, e implementar estrategias preventivas institucionales.

Por último, en relación con las **trayectorias de atención en el Sistema de Salud**, los centros hospitalarios públicos asumen un rol protagónico, registrando seis de cada diez internaciones. La atención se concentra fuertemente en la red de hospitales pediátricos de referencia (Tobar García, Gutiérrez y Elizalde), que gestionan tres de cada cuatro internaciones del sector público.

En el sector privado, la concentración también se replica en tres instituciones especializadas en salud mental (Clínica Dharma, Santa Rosa y Flores Salud Mental). Se observa, además, que las internaciones en hospitales especializados en salud mental aumentan significativa-

mente en la adolescencia tardía, lo que podría asociarse a procesos previos de tratamiento y diagnóstico.

En síntesis, el perfil predominante de internación por riesgo suicida en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en 2023 corresponde a **mujeres en la adolescencia temprana (13-15 años), residentes en zonas de vulnerabilidad socioeconómica y acompañadas por familiares femeninas**, que son atendidas en la red de hospitales pediátricos públicos.

La principal debilidad detectada es la calidad deficiente e inconsistente de los registros en variables críticas como centro de vida, diagnóstico, sexo / género, escolaridad y redes de cuidado. Esta brecha informativa, reconocida por organismos internacionales como un obstáculo global para la prevención, plantea el desafío urgente de fortalecer y estandarizar los sistemas de notificación.

Sólo con datos fiables y completos, en línea con los avances propiciados por el Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS2.0, será posible diseñar, monitorear y evaluar políticas públicas intersectoriales que protejan y promuevan la salud mental de cada niño, niña y adolescente, garantizando que reciban el apoyo que necesitan en el momento oportuno.

PARA SEGUIR TRABAJANDO

A partir de estas conclusiones, las futuras investigaciones deberán orientarse a identificar de forma más precisa los factores de riesgo psicosociales involucrados y desarrollar intervenciones contextualizadas. La carencia de información sistemática sobre la historia evolutiva y psicopatológica de niñas, niños y adolescentes que cursan internaciones por riesgo suicida, limita la comprensión de los factores psicosociales que podrían influir en estos cuadros.

La incorporación de información detallada sobre la historia evolutiva, la trayectoria escolar y la red de apoyo de niñas, niños y adolescentes que presentan internaciones por riesgo suicida, es clave para enriquecer el análisis clínico y epidemiológico y el desarrollo de series estadísticas confiables.

La ausencia de información sobre la escolarización en niños y adolescentes es un dato relevante teniendo en cuenta que es obligatoria en estas edades y es lo que nos permitirá el establecimiento (o no) de su relación con el patrón de agregación temporal, así como también, para ahondar en los determinantes psicosociales que puedan generar las conductas de riesgo y analizar las redes de contención comunitaria.

Asimismo, es imprescindible contar con un sistema de recolección de datos más uniforme y completo, tanto en hospitales públicos como privados, que permita abordar la complejidad de estos casos desde una perspectiva integral, intersectorial y orientada a la prevención. La colaboración intra e interinstitucional constituye una herramienta estratégica para mejorar la comprensión y el abordaje de este fenómeno creciente en la población infantojuvenil, al igual que el intercambio de conocimientos entre investigadores a nivel nacional e internacional pueden enriquecer la comprensión de este problema global y contribuir a soluciones más efectivas.

FUENTES BIBLIOGRÁFICAS Y NORMATIVAS

- American Psychiatric Association. (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5.ª ed.). Autor.
- Argentina. (2005). *Ley 26.061 de Protección Integral de los Derechos de los Niños, Niñas y Adolescentes*. Boletín Oficial de la República Argentina.
- Argentina. (2009). *Ley 26.529 de Derechos del Paciente, Historia Clínica y Consentimiento Informado*. Boletín Oficial de la República Argentina.
- Argentina. (2010). *Ley 26.657 de Salud Mental*. Boletín Oficial de la República Argentina.
- Argentina. (2015). *Ley 27.130 de Prevención del Suicidio*. Boletín Oficial de la República Argentina.
- Banco Mundial. (2025, 25 de mayo). *Invertir en salud mental en América Latina y el Caribe*. Blogs del Banco Mundial. <https://blogs.worldbank.org/es/latina-america/invertir-salud-mental-america-latina-caribe>
- Benton, T. D., Muhrer, E., Jones, J. D., & Lewis, J. (2021). Dysregulation and suicide in children and adolescents. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 30(3), 389–399. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2021.02.005>
- Borges, Guilherme; Orozco, Ricardo; Benjet, Corina; y Medina-Mora, María Elena (2010). Suicidio y conductas suicidas en México: retrospectiva y situación actual. *Salud pública Méx*, vol.52, n.4, pp.292-304. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0036-36342010000400005&script=sci_abstract
- Ciudad Autónoma de Buenos Aires. (2019). *Ley 6.106 de Prevención, Asistencia y Posvención del Suicidio*. Boletín Oficial de la Ciudad de Buenos Aires.
- Corte Interamericana de Derechos Humanos. (2025, 7 de agosto). *La Corte Interamericana reconoce la existencia de un derecho humano autónomo al cuidado* (Comunicado de Prensa CP-55/2025). https://www.corteidh.or.cr/docs/comunicados/cp_55_2025.pdf
- Dirección Nacional de Estadística Criminal. (2023). *Informe anual de estadísticas criminales*. Ministerio de Seguridad de la Nación.
- Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones (2012). *Lineamientos para la atención del intento de suicidio en adolescentes*. Ministerio de Salud de la Nación.
- Frost, D. M., & Meyer, I. H. (2023). Minority stress theory: Application, critique, and continued relevance. *Current Opinion in Psychology*, 51, 101579. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2023.101579>
- Johnson & Johnson. (2024). *Actuando contra el suicidio: Comprendiendo una importante amenaza para la salud pública en América Latina*. <https://static.innovativemedicine.jnj.com/b7/0e/2d7eaa634a-5f86e6617dda87d0e3/actuando-contra-el-suicidio-comprendiendo-una-importante-amenaza-para-la-salud-publica-en-america-latina.pdf>
- Kim, M. J., Paek, S. H., Kwon, J. H., Park, S. H., Chung, H. J., & Byun, Y. H. (2022). Changes in suicide rate and characteristics according to age of suicide attempters before and after COVID-19. *Children*, 9(2), 151. <https://doi.org/10.3390/children9020151>
- Lovero, K. L., Dos Santos, P. F., Come, A. X., Wainberg, M. L., & Oquendo, M. A. (2023). "Suicide in Global Mental Health". *Current Psychiatry Reports*, 25(6), 255–262. <https://doi.org/10.1007/s11920-023-01423-x>
- Ministerio de Salud de la Nación. (2012). *Lineamientos para la atención del intento de suicidio en adolescentes*. Ministerio de Salud de la Nación.

- Ministerio de Salud de la Nación. (2022). *Resolución 1717/2022. Programa de Abordaje Integral del Suicidio*. Boletín Oficial de la República Argentina.
- Ministerio de Salud de la Nación. (2023). *Resolución 4012/2023. Consenso: recomendaciones para la atención telefónica de situaciones de crisis de salud mental y riesgo de suicidio*. Boletín Oficial de la República Argentina.
- Ministerio de Salud de la Nación. (2025). *Boletín Epidemiológico Nacional, N° 758, Semana Epidemiológica 21*. Dirección de Epidemiología. https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2025/01/ben-758-se-21_02062025.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2010). *Prevención del suicidio: Un instrumento para profesionales de la salud mental*. OMS.
- Organización Mundial de la Salud. (2023). *WHO Policy Brief on the health aspects of decriminalization of suicide and suicide attempts*. OMS.
- Organización Mundial de la Salud. (2025, 25 de marzo). *Suicidio*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
- Organización Mundial de la Salud. (2021, 16 de junio). *Suicide worldwide in 2019: Global health estimates*. World Health Organization. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/341728/9789240026643-eng.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud & Organización Mundial de la Salud. (2014). *Prevención del suicidio: un imperativo global*. OPS. <https://iris.paho.org>
- Organización Panamericana de la Salud (2022). *Mortalidad por suicidio en la región de las Américas. Informe Regional 2015-2019*. Washington, D.C. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/55737>
- Santillán Pizarro, M. M., & 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. <https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/155769>
- Santillán Pizarro, M., & Pereyra, G. (2020). *El suicidio en América Latina: tendencias y desafíos para la salud pública*. Revista Latinoamericana de Salud Mental, 12(2), 45–62.
- UNICEF. (2019). *El desarrollo integral de las adolescencias en la Argentina*. UNICEF. <https://www.unicef.org/argentina/media/16466/file/El%20Desarrollo%20Integral%20de%20las%20Adolescencias%20en%20la%20Argentina..pdf>
- 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. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2025.1571579>



mptutelar.gob.ar/publicaciones

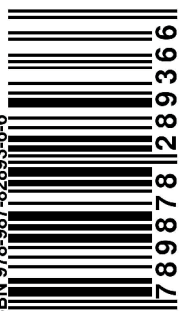
El Ministerio Público Tutelar en las redes.



mptutelar



ISBN 978-987-82893-6-6



9 789878 289366



Ministerio Público Tutelar
Poder Judicial de la Ciudad de Buenos Aires