MONITOR
de la niñez y la adolescencia

02

Suicidio adolescente en Argentina

unicef
para cada infancia

SERIE **MONITOR** | OCTUBRE **2026**

El suicidio es una de las expresiones más graves de mortalidad evitable durante la adolescencia.

Desde la perspectiva de la salud mental, la adolescencia representa una etapa de especial relevancia debido a los rápidos cambios físicos, emocionales y sociales que experimentan las personas, así como a la influencia que los entornos familiares, educativos, comunitarios y digitales ejercen sobre su bienestar.

La adolescencia no se vive de la misma manera en todos los contextos, sino que está atravesada por condiciones sociales, económicas, culturales, familiares y comunitarias. En ese marco, las y los adolescentes en riesgo de suicidio pueden enfrentar situaciones de fragilidad emocional o de salud mental, asociadas a múltiples factores. Entre ellos se encuentran los conflictos familiares graves, las situaciones de violencia o agresividad en el hogar, el abuso sexual, las dificultades en la trayectoria escolar, el bajo rendimiento académico, el rechazo por parte de pares y las experiencias de acoso escolar o bullying, que pueden expresarse mediante burlas, hostigamiento o agresiones reiteradas. Su análisis requiere considerar tanto su evolución en el tiempo como las diferencias significativas que presenta según la edad, el sexo y el territorio. En Argentina, la disponibilidad de dos fuentes complementarias permite abordar estas dimensiones desde perspectivas distintas. Por un lado, las estadísticas de defunciones de la Dirección de Estadísticas e Información de la Salud (DEIS) permiten reconstruir la trayectoria de largo plazo. Por otro, el Sistema de Alerta Temprana de Suicidios (SAT-SS) aporta, para los años recientes, información detallada sobre las características de las personas y de los hechos registrados.

Al analizar las estadísticas de suicidio adolescente, es posible que se presente cierto grado de subregistro y problemas de clasificación de las causas de muerte. Factores como el estigma social asociado al suicidio, las dificultades para determinar la intencionalidad en algunos casos y las diferencias en los sistemas de registro pueden llevar a que una parte de los suicidios no sea registrada como tal. Por este motivo, las cifras disponibles deben interpretarse como una aproximación y un piso mínimo de la magnitud del problema y no como una medida exhaustiva. Reconocer estas limitaciones resulta fundamental para fortalecer los sistemas de información, mejorar la calidad de los registros y desarrollar estrategias de prevención basadas en evidencia que permitan dimensionar adecuadamente los riesgos que enfrentan las y los adolescentes.

Hechos principales

- El suicidio adolescente en Argentina experimentó una transformación profunda durante las últimas décadas. Las tasas aumentaron con fuerza desde fines de los años noventa y alcanzaron sus niveles más elevados durante la primera mitad de la década de 2010. Desde 2014 se observa un descenso considerable para el rango de edad entre 10 y 19 años, mientras que para mayores de 20 años las tasas muestran incrementos.
- Entre 2014 y 2024 la tasa de 10 a 19 años se redujo alrededor de 36%. No obstante, permanece por sobre los niveles registrados durante buena parte de las décadas de 1980 y 1990.
- La reducción se observó tanto en la adolescencia temprana como en la tardía, aunque fue más pronunciada entre los 15 y 19 años: 36%, frente a 28,5% entre los 10 y 14 años.
- En contraste, la tasa entre jóvenes de 20 a 29 años pasó de 12,8 a 14,6 (+14%). También aumentó la tasa de la población de 30 años y más. La reducción observada entre adolescentes convive, por lo tanto, con un aumento en las edades posteriores, especialmente entre los 25 y 29 años.
- Esta divergencia amplía la distancia entre la adolescencia y la juventud y muestra que la mejora reciente no se extiende de manera uniforme a los distintos grupos de edad.
- Las diferencias por sexo se amplían con la edad. Entre los 10 y 14 años la distancia entre varones y mujeres es relativamente reducida; entre los 15 y 19 años las tasas masculinas aumentan con mucha mayor intensidad. Esta brecha continúa durante la juventud temprana.
- Las desigualdades territoriales son marcadas y aparecen tanto entre jurisdicciones como dentro de ellas. Las tasas jurisdiccionales más elevadas se concentran en el Norte del país, pero el análisis departamental revela focos de muy alta incidencia también en otras regiones.

- La información agregada del Sistema Nacional de Información Criminal - SNIC, disponible para 2000–2025, permite complementar esta información con los valores absolutos para el conjunto de edades y sumar información referida a 2025. La cantidad de víctimas registradas aumentó entre 2020 y 2025, pasando de 3.262 a 5.209. El último año presenta el mayor número de registros de la serie y supera en 22,6% el valor de 2024[1].
- Si bien se presentan datos para diferentes grupos de edad, el objetivo central del monitor es analizar al grupo de 10 a 19 años.

Trayectoria temporal

La trayectoria de largo plazo muestra una transformación del suicidio adolescente en Argentina. Como se observa en el Gráfico 1, durante buena parte de las décadas de 1980 y 1990 la tasa correspondiente a la población de 10 a 19 años se mantuvo por debajo de la registrada para el conjunto de la población, que fue estable con oscilaciones muy acotadas. Desde fines de los años noventa, la tasa adolescente comenzó a aumentar de manera significativa y se redujo la distancia respecto de la tasa del conjunto de la población, aunque todavía se mantuvo por debajo. La tasa de adolescentes pasó de valores cercanos a 2-3 suicidios por cien mil habitantes a niveles superiores a 6 por cien mil durante buena parte de la década de 2000 y los primeros años de la siguiente. El uso de tasas permite analizar si el suicidio adolescente aumentó o disminuyó en términos relativos, más allá de los cambios en la cantidad total de adolescentes. Para ello, la tasa relaciona los suicidios registrados cada año con el tamaño de la población adolescente correspondiente

En 2014 alcanzó 7,4 por cien mil, uno de los valores más altos de toda la serie. Entre 2014 y 2024 se registró una reducción, con oscilaciones interanuales, que llevó la tasa a 4,8 por cien mil. La reducción acumulada entre ambos años fue cercana al 36%. El descenso de la última década constituye, por lo tanto, uno de los cambios más importantes del período reciente, aunque el nivel de 2024 continúa siendo superior al observado durante los primeros quince años de la serie.

1. Esta variación requiere una precaución específica: en el informe se identifica una ruptura de serie asociada a mejoras de cobertura y clasificación en la provincia de Buenos Aires, por lo que el incremento registrado no puede atribuirse íntegramente a un aumento de la mortalidad por suicidio. Asimismo, la base nacional agregada no permite establecer cómo evolucionó el suicidio adolescente en 2025. Estos datos actualizan el contexto general, pero no permiten confirmar ni descartar la continuidad del descenso adolescente observado hasta 2024.

El descenso reciente observado en Argentina contrasta con la tendencia general registrada en las Américas. Estimaciones de la OPS/OMS para la población de 10 a 24 años muestran que la tasa regional de suicidio aumentó 38% entre 2000 y 2021, con incrementos particularmente intensos entre las mujeres y en el grupo de 10 a 14 años. Las trayectorias nacionales presentan, sin embargo, una marcada heterogeneidad.[2] En este contexto, la reducción argentina posterior a 2014 constituye una evolución diferenciada dentro de un escenario regional caracterizado por el aumento del suicidio entre adolescentes y jóvenes. La magnitud global del problema sigue siendo elevada: UNICEF estima que en 2024 murieron por suicidio 59.322 adolescentes de 15 a 19 años en el mundo, y ubica al suicidio entre las principales causas de muerte en la adolescencia tardía y la juventud.[3]

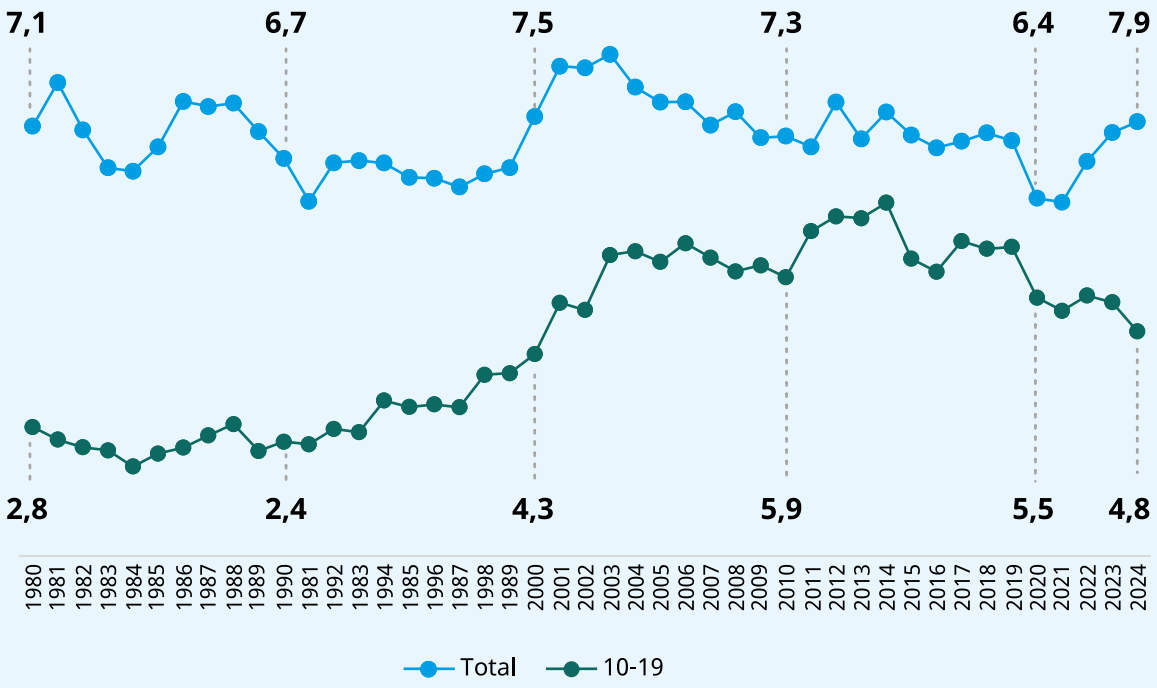
La apertura por grupos de edad permite identificar en qué etapas del ciclo de vida se concentra esa transformación. Como muestra el Gráfico 2, las trayectorias de 10-14 y 15-19 años son diferentes. Entre los 10 y 14 años las tasas permanecieron en niveles relativamente bajos durante todo el período, con oscilaciones y algunos aumentos puntuales. En la adolescencia tardía, en cambio, el crecimiento fue más pronunciado: la tasa de 15-19 años, que durante los años ochenta y comienzos de los noventa se situaba mayormente entre 3 y 5 por cien mil, aumentó con rapidez desde fines de esa década y superó los 10 por cien mil en los años posteriores. En 2014 alcanzó 12,9 por cien mil y en 2024 descendió a 8,3. El aumento histórico y la posterior reducción del agregado 10-19 están, por lo tanto, fuertemente determinados por lo ocurrido en la adolescencia tardía.

2. Nguyen, N., Martinez, R., Irarrazaval, M., e Souza, R. O., & Hennis, A. J. (2026). Suicide mortality among adolescents and young adults aged 10–24 years in the Americas, 2000–2021: an analysis using the WHO Global Health Estimates. The Lancet Regional Health–Americas, 60.

3. UNICEF (2026). World Mental Health Day 2026: Lived experiences heard: real voices, real change. A communication and advocacy activation resource for UNICEF Country Offices and National Committees. New York: UNICEF.

GRÁFICO 1

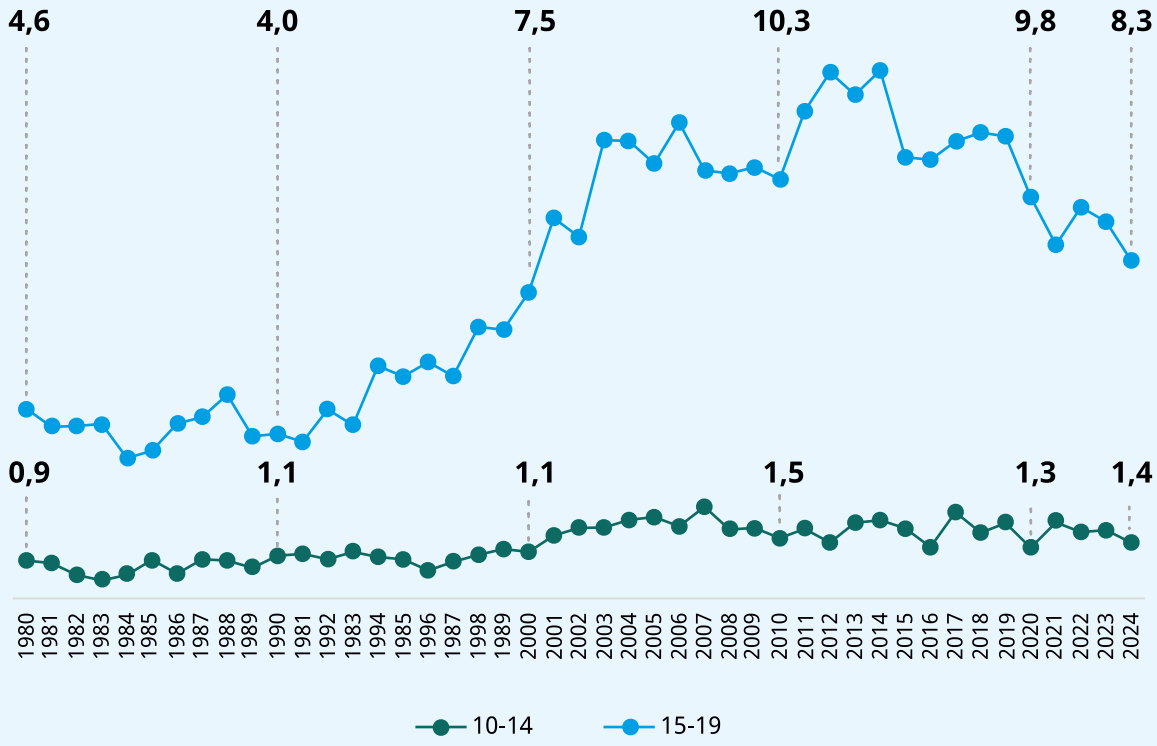
Evolución de la tasa de suicidio en la Argentina. Total de la población y adolescentes (10-19 años), 1980-2024



Fuente: Elaboración propia con datos de la DEIS, Estadísticas Vitales y World Population Prospects 2024.

GRÁFICO 2

Evolución de la tasa de suicidio adolescente en la Argentina. Adolescencia temprana (10-14 años) y tardía (15-19), 1980-2024



Fuente: Elaboración propia con datos de la DEIS, Estadísticas Vitales y World Population Prospects 2024.

En síntesis, durante la adolescencia temprana el fenómeno conserva niveles relativamente bajos, mientras que el ingreso en la adolescencia tardía está asociado con un riesgo varias veces superior. Es claro entonces que la distinción entre adolescencia temprana y tardía aporta algo más que una desagregación estadística. La serie de largo plazo muestra, además, que esta diferencia se amplificó a lo largo de la serie. El problema que emergió desde fines de los años noventa fue, entonces, doble: aumentó la incidencia del suicidio adolescente y, simultáneamente, se profundizó la distancia entre sus etapas temprana y tardía. Esta constatación resulta relevante para interpretar los análisis posteriores por sexo y territorio, porque indica que las desigualdades que se encuentran en ese sentido operan sobre un patrón etario ya fuertemente diferenciado.

Desde los máximos alcanzados durante la década de 2010 se observa una disminución en ambos tramos de la adolescencia. Entre 2014 y 2024, la tasa se redujo 28,5% entre los 10 y 14 años y 36% entre los 15 y 19. El descenso fue, por lo tanto, generalizado dentro de la población adolescente, aunque de mayor intensidad en la adolescencia tardía. Su magnitud reciente es relevante, pero la comparación con toda la serie agrega un desafío que persiste: en 2024 la tasa de ese grupo continúa muy por encima de los valores registrados durante buena parte de los años ochenta y noventa.

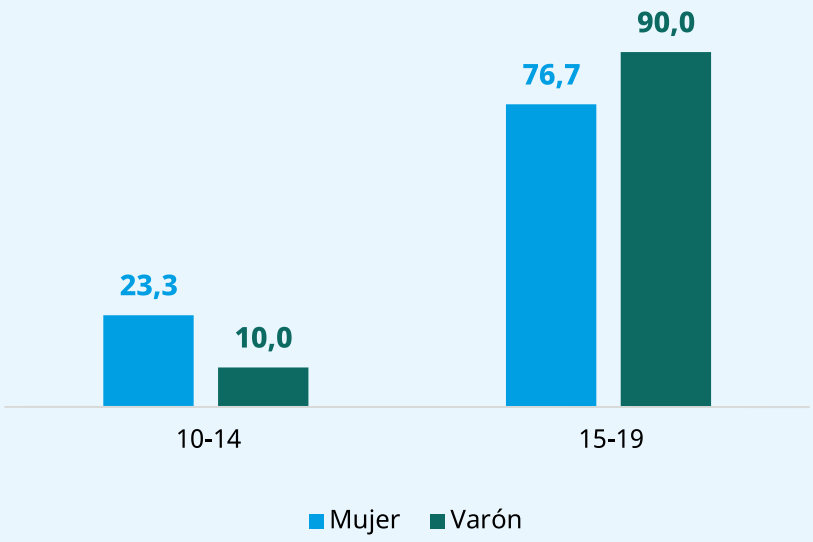
Análisis por perfiles

La importancia del suicidio dentro de la mortalidad general cambia marcadamente con la edad y presenta diferencias relevantes por sexo. En 2024, el suicidio representó el 6,3% de las defunciones entre los 10 y 14 años y ocupó el octavo lugar entre las grandes causas de muerte. Entre los 15 y 19 años explicó el 14,7% de las defunciones y se ubicó como segunda causa de muerte; esa posición se mantuvo entre los 20 y 24 años, donde representó el 17,1% del total. La desagregación por sexo agrega un matiz importante: entre las mujeres de 10 a 14 años el suicidio ocupó el tercer lugar entre las causas de muerte, mientras que entre los varones de esa edad se ubicó en el décimo. A partir de los 15 años, el suicidio pasó a ocupar el segundo lugar entre los varones y el tercero entre las mujeres, posiciones que se mantuvieron también entre los 20 y 24 años. Esta evidencia refuerza la discontinuidad observada al pasar de la adolescencia temprana a la tardía y muestra que la relevancia del suicidio dentro de la mortalidad juvenil adopta perfiles diferentes según sexo y edad.

La evidencia reciente permite profundizar el patrón identificado en la trayectoria de largo plazo. La adolescencia tardía concentra la mayor parte de los suicidios adolescentes en ambos sexos, aunque esta concentración es mayor entre los varones. Como muestra el Gráfico 3, entre las mujeres el 76,7% de los suicidios adolescentes ocurre entre los 15 y 19 años, mientras que entre los varones esa proporción alcanza el 90%. Se destaca que entre los 10 y los 14 años, entre las mujeres, la proporción de suicidios más que duplica la registrada entre los varones.

GRÁFICO 3

Distribución de los suicidios adolescentes por grupo de edad y sexo, 2017-2024

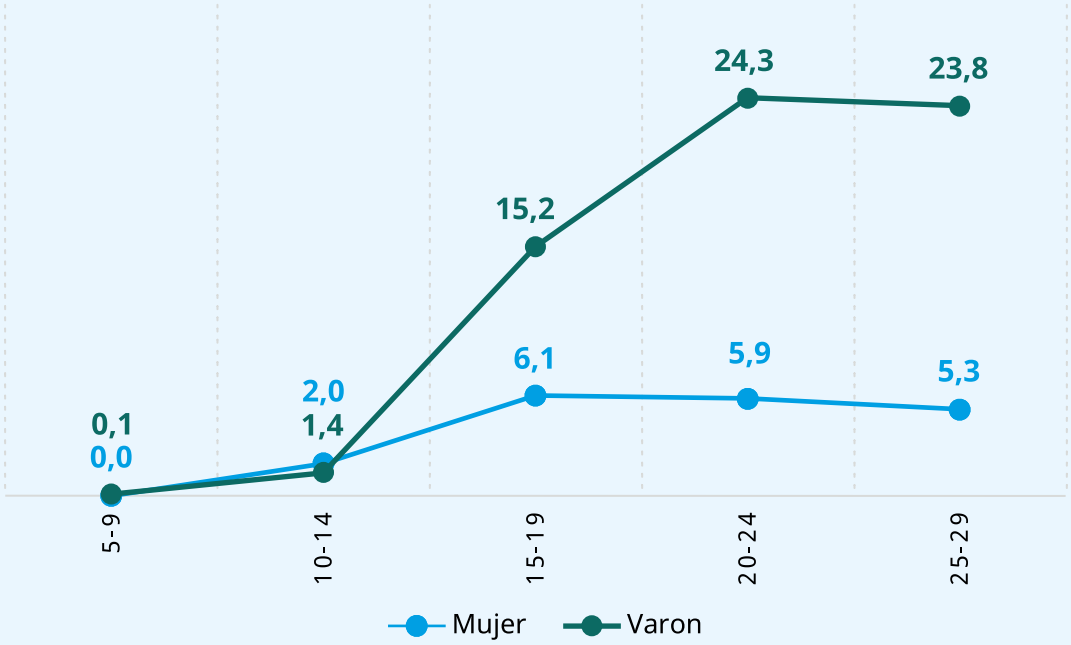


Fuente: Elaboración propia con datos del Sistema de Alerta Temprana de Suicidios (SAT-SS), Subsecretaría de Seguridad, Sistema Nacional de Información Criminal (SNIC).

La composición de las defunciones, sin embargo, ofrece sólo una parte de la evidencia. Resulta importante también diferenciar los niveles de riesgo diferenciales a lo largo del curso de vida de la población adolescente. Esto se logra mediante el cálculo de las tasas específicas de mortalidad por suicidio. Dichas tasas diferenciadas por edad y sexo muestran que el diferencial masculino se amplía con rapidez a partir de los 15 años. En 10-14, las tasas de mujeres y varones se encuentran relativamente próximas; en 15-19, la tasa masculina pasa a ubicarse muy por encima de la femenina, y la brecha permanece muy amplia en los grupos de 20-24 y 25-29 años. El Gráfico 4 muestra así que el mayor riesgo asociado a la adolescencia tardía se combina con una creciente diferenciación por sexo. La diferenciación que acompaña el tránsito hacia edades mayores se concentra especialmente entre los varones.

GRÁFICO 4

Tasas medias anuales de suicidio por grupo de edad y sexo, 2021–2023



Fuente: Elaboración propia con datos de la DEIS, Estadísticas Vitales. Para la población se usaron datos de INDEC, Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2022.

En síntesis, la adolescencia tardía no sólo presenta niveles de suicidio significativamente superiores a los de la adolescencia temprana, sino que es también el momento en que emerge con claridad la brecha entre varones y mujeres, que continúa en la transición hacia la juventud. La fuerte masculinización del riesgo aparece, así, como uno de los rasgos estructurales del suicidio en la adolescencia tardía y la juventud temprana.

Desigualdades territoriales I

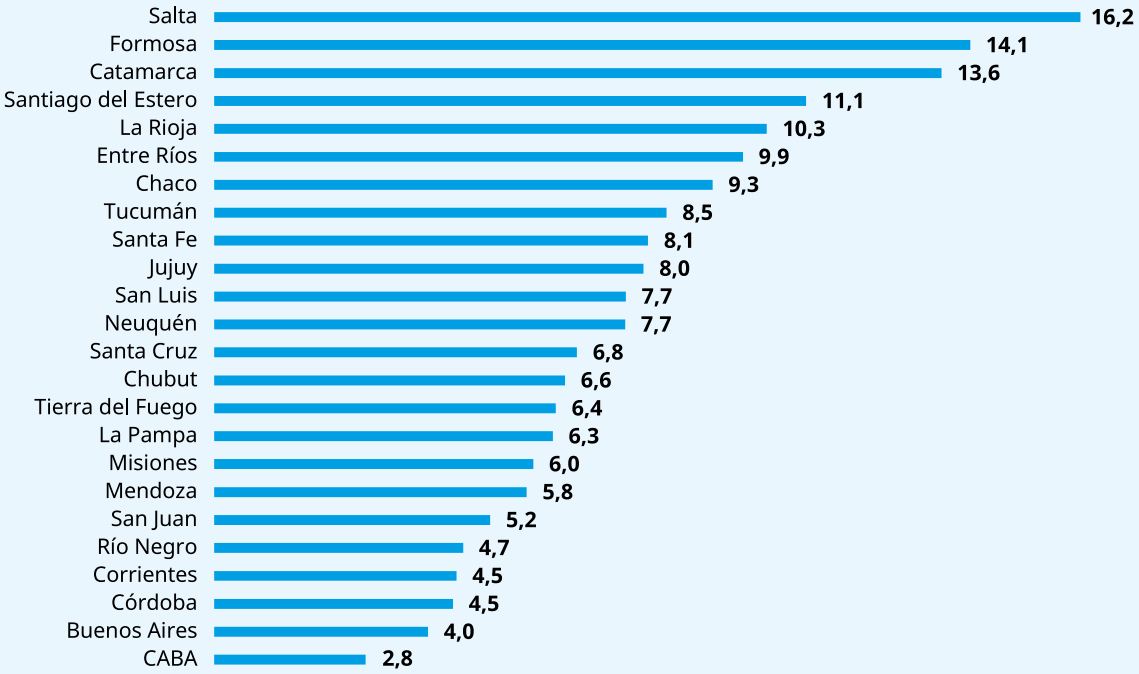
Jurisdicciones

La distribución territorial del suicidio adolescente introduce una dimensión adicional de heterogeneidad que resulta central para interpretar el fenómeno. Las cifras nacionales condensan situaciones jurisdiccionales muy diferentes y, en consecuencia, pueden ocultar concentraciones territoriales relevantes. Esta

distinción es importante porque el número absoluto de suicidios y la intensidad relativa del fenómeno responden a lógicas diferentes: las jurisdicciones más pobladas tienden a concentrar una mayor cantidad de casos, mientras que las tasas permiten aproximarse a la intensidad del fenómeno en relación con la población adolescente de cada jurisdicción. Examinar ambas dimensiones de manera conjunta permite distinguir entre territorios que concentran una cantidad elevada de suicidios por su tamaño demográfico y aquellos en los que el fenómeno alcanza una incidencia especialmente alta respecto de su población de 10 a 19 años.

GRÁFICO 5

Tasa media anual de suicidio de adolescentes de 10 a 19 años por jurisdicción, 2017–2024



Nota: Tasas por 100.000 adolescentes de 10 a 19 años, calculadas dividiendo los casos acumulados durante 2017–2024 por ocho y por la población del mismo grupo de edad del Censo 2022.

Fuente: Elaboración propia con datos del Sistema de Alerta Temprana de Suicidios (SAT-SS), Subsecretaría de Seguridad, Sistema Nacional de Información Criminal (SNIC) e INDEC, Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2022.

El Gráfico 5 muestra las tasas: Salta registra el valor más elevado del período, con 16,2 suicidios por cien mil adolescentes, seguida por Formosa (14,1), Catamarca (13,6), Santiago del Estero (11,1) y La Rioja (10,3). Buenos Aires, pese a concentrar una cuarta parte de los casos del país, presenta una de las tasas más bajas, con 4,0 por cien mil, mientras que CABA se ubica todavía por debajo, con 2,8. Además, la distancia entre los extremos es amplia: la tasa de Salta es casi seis veces la de CABA y alrededor de cuatro veces la de Buenos Aires. La concentración de tasas elevadas en varias jurisdicciones del Norte constituye, en este sentido, un rasgo que merece atención, aunque la presencia de excepciones y de niveles intermedios en otras regiones aconseja evitar una lectura puramente regional del fenómeno.

El promedio del período 2017-2024 puede ocultar, además, cambios importantes en la distribución reciente de los casos. Para explorar esta dimensión, la Tabla 1 compara la cantidad y las tasas[4] de suicidios adolescentes registradas durante dos períodos de igual duración, 2017-2020 y 2021-2024. Esta comparación permite identificar dónde aumentó o disminuyó el número de suicidios y complementa la imagen territorial proporcionada por las tasas del período.

4 Dado que en algunas jurisdicciones el número de casos es muy pequeño, puede suceder que la cantidad absoluta de casos de suicidios haya aumentado y la tasa disminuido.

TABLA 1

Suicidios de adolescentes de 10 a 19 años por jurisdicción. Argentina, 2017-2020 y 2021-2024

Jurisdicción	Casos 2017 - 2020	Tasa media anual 2017 - 2020	Casos 2021 - 2024	Tasa media anual 2021 - 2024	Cambio casos (%)	Cambio tasa (%)
Tierra del Fuego	5	4,4	10	8,5	100,0%	94,0%
Corrientes	33	4,4	41	5,5	24,2%	25,2%
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	36	2,3	44	2,8	22,2%	20,6%
Tucumán	87	7,7	105	9,2	20,7%	19,4%
La Rioja	24	9,5	28	11,3	16,7%	18,8%
San Luis	26	7,8	30	9,2	15,4%	17,6%
Catamarca	36	12,5	40	14,7	11,1%	17,8%
Buenos Aires	423	4,0	464	4,2	9,7%	4,5%
Chaco	69	8,1	72	8,5	4,3%	5,4%
Chubut	24	6,1	25	6,1	4,2%	-0,5%
Santa Cruz	16	6,5	15	5,6	-6,3%	-14,1%
TOTAL	**1.824**	**6,5**	**1.706**	**5,9**	**-6,5%**	**-8,5%**
Jujuy	45	8,3	42	7,9	-6,7%	-4,5%
San Juan	30	5,6		5,2	-6,7%	-6,8%
Córdoba	109	4,9	99	4,4	-9,2%	-10,7%
Salta	173	16,8	153	14,7	-11,6%	-12,2%
La Pampa	15	6,9	13	6,0	-13,3%	-13,3%
Mendoza	83	6,8		5,3	-18,1%	-21,1%
Formosa	66	14,8	54	12,6	-18,2%	-14,8%
Entre Ríos	98	11,1		8,8	-21,4%	-20,8%
Santa Fe	190	9,4	148	7,2	-22,1%	-23,7%
Misiones	63	6,7	46	5,0	-27,0%	-25,4%
Santiago del Estero	97	13,5	69	10,0	-28,9%	-25,4%
Río Negro	29	6,2	14	2,9	-51,7%	-52,5%
Neuquén	47	11,2	21	4,8	-55,3%	-57,3%

Fuente: Elaboración propia con datos del Sistema de Alerta Temprana de Suicidios (SAT-SS), Subsecretaría de Seguridad, Sistema Nacional de Información Criminal (SNIC). Para la población se usaron datos del World Population Prospects 2024.

La comparación entre los cuatrienios 2017-2020 y 2021-2024 muestra que las desigualdades territoriales también difieren en su evolución reciente. En el conjunto del país, la cantidad de suicidios de adolescentes de 10 a 19 años entre ambos períodos se redujo 6,5%, aunque ese descenso combinó trayectorias jurisdiccionales muy diversas. Algunas jurisdicciones con tasas elevadas para el período completo registraron reducciones significativas, como Santiago del Estero, Formosa y Salta, mientras que otras aumentaron, entre ellas La Rioja y Catamarca. También se observan incrementos en Tucumán, Corrientes y CABA, junto con descensos pronunciados en Neuquén, Río Negro, Misiones y Santa Fe.

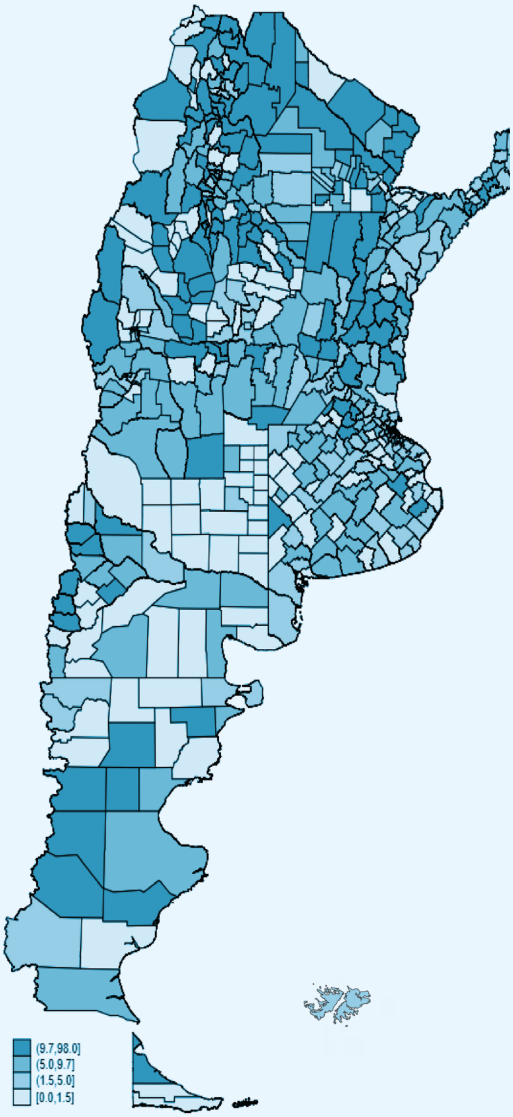
Desigualdades territoriales II

Departamentos

El análisis jurisdiccional permite identificar diferencias importantes en la incidencia del suicidio adolescente, pero cada jurisdicción reúne territorios con características demográficas, sociales y geográficas muy diversas. La escala departamental (Mapa 1) permite avanzar sobre esa heterogeneidad interna y distinguir configuraciones que quedan ocultas detrás de los promedios por jurisdicción. Una tasa elevada para una jurisdicción puede reflejar una incidencia relativamente extendida en su territorio o, por el contrario, una fuerte concentración en determinados departamentos. Examinar esta escala permite identificar con mayor precisión dónde se localizan los niveles más elevados y cuánto varía la intensidad del fenómeno dentro de una misma jurisdicción.

MAPA 1

Tasa media anual de suicidio de adolescentes de 10 a 19 años por departamento, 2017-2024



Nota: Tasas medias anuales por 100.000 adolescentes de 10 a 19 años, calculadas dividiendo los suicidios acumulados durante 2017–2024 por ocho y por la población departamental del mismo grupo de edad del Censo 2022.

Fuente: Elaboración propia con datos del Sistema de Alerta Temprana de Suicidios (SAT-SS), Sistema Nacional de Información Criminal (SNIC), e INDEC, Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2022.

Los niveles más elevados se concentran con particular intensidad en numerosos departamentos del Norte argentino, aunque el patrón dista de ser uniforme dentro de cada jurisdicción. Los Andes, Cachi y La Viña – todos pertenecientes a Salta- ocupan los tres primeros lugares, con tasas de 65,5, 48,4 y 41,1 suicidios por cien mil adolescentes, respectivamente, y Metán también aparece entre los diez primeros. Jujuy, Santiago del Estero y Catamarca aportan otros seis departamentos a este grupo de valores extremos. Sin embargo, también

aparecen focos de alta incidencia en departamentos de Santa Fe - San Javier, San Martín y San Jerónimo- y Entre Ríos -Federal-, así como en algunas áreas de Cuyo y la Patagonia. La escala departamental muestra así que las fronteras jurisdiccionales contienen realidades internas muy diferentes y que los niveles elevados de suicidio adolescente pueden concentrarse en espacios relativamente acotados dentro de jurisdicciones cuya tasa promedio resulta menos extrema. Este dato puede resultar de utilidad para las jurisdicciones a la hora de informar el diseño de políticas públicas y concentrar esfuerzos.

TABLA 2

Departamentos con las tasas medias anuales registradas más elevadas de suicidio adolescente, 2017–2024

Provincia	Departamento	Tasa media anual
Salta	Los Andes	65,5
Salta	Cachi	48,4
Salta	La Viña	41,1
Jujuy	Tilcara	38,8
Santa Fe	San Javier	28,4
Santiago del Estero	Atamisqui	27,3
Santiago del Estero	Choya	26,7
Salta	Metán	26,1
Jujuy	Cochinoca	25,1
Santa Fe	San Martín	23,9
Catamarca	Andalgalá	23,2
Catamarca	Capayán	22,0
Tucumán	Juan Bautista Alberdi	21,8
Santa Fe	San Jerónimo	21,4
Entre Ríos	Federal	21,2

Nota: Se incluyen únicamente departamentos con cinco o más suicidios de adolescentes de 10 a 19 años acumulados durante 2017-2024. Tasas por 100.000 habitantes calculadas con la población del Censo 2022. Las tasas correspondientes a poblaciones pequeñas pueden presentar variaciones importantes ante cambios de pocos casos; el ordenamiento debe interpretarse junto con la cantidad de víctimas.
Fuente: Elaboración propia con datos del Sistema de Alerta Temprana de Suicidios (SAT-SS), Subsecretaría de Seguridad, Sistema Nacional de Información Criminal (SNIC) e INDEC, Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2022.

La identificación de estos focos constituye un primer paso para comprender la dimensión territorial del fenómeno. Una explicación más completa de las diferencias observadas requiere vincular las tasas departamentales con características demográficas y sociales de los territorios —como ruralidad, dispersión poblacional, condiciones materiales de vida o composición étnica— y con la disponibilidad y accesibilidad de servicios de salud y salud mental. Este tipo de análisis permitiría avanzar desde la localización de áreas de alta incidencia hacia la identificación de factores territoriales potencialmente asociados.

Síntesis y orientaciones de política pública

La evolución del suicidio adolescente en Argentina combina cambios de largo plazo con una mejora reciente a ser destacada. El aumento iniciado hacia fines de la década de 1990 llevó las tasas a niveles históricamente elevados durante los años siguientes, mientras que desde 2014 se produjo una reducción significativa. El descenso de la última década constituye un cambio favorable y sustantivo, aunque el nivel alcanzado en 2024 continúa siendo superior al observado durante buena parte de los años ochenta y noventa. Esta trayectoria plantea la necesidad de sostener el seguimiento de la tendencia reciente y, al mismo tiempo, comprender los factores que explican tanto el crecimiento anterior como su posterior reversión.

Aunque el foco de análisis se concentra en la adolescencia, resulta importante señalar que el riesgo de suicidio no alcanza su nivel más alto en esta etapa. Por el contrario, las tasas aumentan de manera marcada en los años posteriores, especialmente entre los 25 y 29 años. Esta evidencia refuerza la necesidad de abordar la prevención desde una perspectiva de continuidad, fortaleciendo las acciones dirigidas a adolescentes y garantizando apoyos sostenidos durante la transición hacia la vida adulta.

La edad constituye una dimensión central para esa interpretación. La fuerte distancia entre las tasas de 10-14 y 15-19 años muestra que durante la adolescencia tardía se produce un cambio importante en la incidencia del suicidio. Sobre esa diferenciación etaria se superpone la desigualdad por sexo: la brecha entre varones y mujeres se amplía precisamente entre los 15 y 19 años y continúa hacia las edades jóvenes (20-24). Las estrategias de prevención requieren, por ello, reconocer que las necesidades y los factores asociados al riesgo cambian a lo largo de la adolescencia y que esa transición presenta características diferentes para varones y mujeres.

La dimensión territorial agrega una segunda fuente de heterogeneidad. Las diferencias entre jurisdicciones son amplias, pero los promedios jurisdiccionales ofrecen sólo una parte de la imagen. La escala departamental permite localizar áreas donde la incidencia es excepcionalmente elevada y muestra que dentro de una misma jurisdicción pueden coexistir situaciones muy diferentes. Esta evidencia refuerza la utilidad de estrategias territoriales capaces de identificar localidades prioritarias, fortalecer allí la capacidad de detección y respuesta, y adaptar las intervenciones a las características de las poblaciones y a la disponibilidad de servicios. El análisis territorial también permite orientar mejor la asignación de recursos, especialmente cuando se combina información sobre tasas, cantidad de casos y tamaño de la población expuesta.

Los resultados también muestran la importancia de mejorar la producción, el registro y la articulación de información. Las estadísticas vitales permiten reconstruir la trayectoria de largo plazo, mientras que los registros recientes aportan información sobre sexo, territorio, modalidad y características de los hechos. El fortalecimiento de la calidad, oportunidad y detalle territorial de estos registros permitiría reconocer cambios con mayor rapidez, identificar concentraciones espaciales y evaluar la evolución de las intervenciones.

En este marco, la prevención del suicidio adolescente debe constituir una prioridad sostenida de política pública e incorporarse en estrategias intersectoriales a nivel nacional, provincial y local. La evidencia muestra que el riesgo no se distribuye de manera homogénea: aumenta en la adolescencia tardía, se concentra especialmente entre varones y presenta marcadas diferencias territoriales. Por ello, las respuestas deben combinar acciones universales de promoción del bienestar y prevención temprana con intervenciones focalizadas en grupos y territorios de mayor riesgo.

Esto implica fortalecer la capacidad de detección temprana en escuelas, centros de salud, servicios de protección y espacios comunitarios; establecer rutas claras y oportunas de derivación; ampliar el acceso a servicios de salud mental adecuados para adolescentes; y asegurar el seguimiento posterior de niñas, niños y adolescentes identificados en situación de riesgo.

Para sostener la reducción observada en los últimos años, también es clave contar con información más completa, oportuna y desagregada. Registros consistentes permitirían detectar cambios tempranos, orientar mejor los recursos, monitorear las respuestas y evaluar si las intervenciones están teniendo el efecto esperado.

El descenso reciente muestra que las tendencias pueden modificarse. Sin embargo, el suicidio continúa siendo una expresión grave de mortalidad evitable en la adolescencia y la juventud, con desigualdades importantes por edad, sexo y territorio. El desafío de la política pública es sostener la reducción, prevenir nuevos casos y garantizar respuestas oportunas, pertinentes y cercanas para quienes enfrentan mayor riesgo

Dos fuentes para el registro de las defunciones por suicidio

Este Monitor utiliza dos fuentes de información que permiten contabilizar y caracterizar las defunciones por suicidio: las estadísticas de defunciones de la Dirección de Estadísticas e Información en Salud (DEIS), dependiente del Ministerio de Salud de la Nación, y el Sistema de Alerta Temprana de Suicidios (SAT-SS), integrado al Sistema Nacional de Información Criminal (SNIC) del Ministerio de Seguridad Nacional. Ambas registran suicidios consumados, pero responden a circuitos institucionales, procedimientos de recolección y finalidades diferentes. Por ese motivo, las cantidades de casos obtenidas de una y otra fuente no necesariamente coinciden.

La DEIS forma parte del Sistema Estadístico de Salud y produce las estadísticas vitales a partir de los registros de defunción. La causa básica de muerte se codifica de acuerdo con la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10); los suicidios corresponden a las lesiones autoinfligidas intencionalmente, códigos X60-X84. Esta fuente proporciona series históricas extensas y comparables y constituye la referencia utilizada en este Monitor para analizar la evolución temporal de la mortalidad por suicidio y calcular sus tasas. El SAT-SS responde a otra lógica de producción de información. Forma parte del Sistema Nacional de Información Criminal y reúne y sistematiza información sobre suicidios registrada por las fuerzas policiales provinciales, las fuerzas federales de seguridad y otras fuentes oficiales. Desde 2017 dispone de una base nominalizada para uso estadístico que contiene, además del número de víctimas, información sobre las características del hecho y de las personas involucradas. Esta riqueza de variables permite estudiar dimensiones que no están disponibles, o lo están con menor detalle, en las estadísticas vitales, como el mecanismo utilizado, el lugar de ocurrencia y otras circunstancias asociadas al hecho.

Las diferencias de resultados entre ambas fuentes pueden apreciarse en la Tabla A.1. Entre 2017 y 2024, DEIS registra 25.901 defunciones por suicidio en el conjunto de la población, mientras que SAT contabiliza 30.177, una diferencia de 4.276 casos, equivalente al 16,5% del total registrado por DEIS. La diferencia aparece en todos los años del período, aunque su magnitud varía considerablemente: desde 2,5% en 2017 hasta 27,3% en 2021. Por lo tanto, no se trata de una relación constante que permita obtener los valores de una fuente mediante un simple factor de corrección aplicado a la otra.

TABLA A.1

Defunciones por suicidio según fuente de información. Argentina, 2017-2024

Año	DEIS: total	SAT: total	Diferencia	Diferencia %
2017	3.222	3.304	82	+2,5
2018	3.322	3.903	581	+17,5
2019	3.297	3.647	350	+10,6
2020	2.872	3.262	390	+13,6
2021	2.865	3.648	783	+27,3
2022	3.221	3.959	738	+22,9
2023	3.488	4.205	717	+20,6
2024	3.614	4.249	635	+17,6
Acumulado	**25.901**	**30.177**	**4.276**	**+16,5**

Nota: La diferencia porcentual se calcula tomando como referencia el número de defunciones registrado por DEIS.

Fuente: elaboración propia sobre la base de DEIS, Ministerio de Salud de la Nación, y SNIC-SAT, Ministerio de Seguridad Nacional.

Cuando se restringe el análisis a la población adolescente, la discrepancia es sensiblemente menor (Tabla A.2). Para el conjunto de adolescentes de 10 a 19 años, DEIS registra 3.257 defunciones durante 2017-2024 y SAT 3.530, una diferencia acumulada de 273 casos, equivalente al 8,4%. En el grupo de 10 a 14 años los valores son particularmente próximos -483 casos en DEIS y 496 en SAT-, mientras que entre los 15 y 19 años la diferencia es algo mayor: 2.774 y 3.034 casos, respectivamente. Tampoco en estas edades existe una relación sistemática año por año: en 2017 y 2019 el número de casos registrado por DEIS supera ligeramente al informado por SAT.

TABLA A.2

Defunciones por suicidio de adolescentes según fuente de información y edad. Argentina, 2017-2024

Año	DEIS 10–14	SAT 10–14	DEIS 15–19	SAT 15–19	Diferencia 10–19[1]
2017	74	73	390	382	-9
2018	57	64	397	432	42
2019	66	59	393	390	-10
2020	45	50	341	374	38
2021	68	64	301	384	79
2022	60	62	334	381	49
2023	62	59	324	379	52
2024	51	65	294	312	32
Acumulado	**483**	**496**	**2,774**	**3,034**	**273**

[1] SAT menos DEIS, sumando ambos grupos de edad.

Fuente: elaboración propia sobre la base de DEIS, Ministerio de Salud de la Nación, y SNIC-SAT, Ministerio de Seguridad Nacional.

Estas diferencias no permiten concluir, por sí mismas, que una fuente subregistre o sobrerregistre los suicidios respecto de la otra. Para establecerlo sería necesario vincular los registros individuales y reconstruir el tratamiento de cada caso en ambos sistemas. Lo que muestran las tablas es que DEIS y SAT constituyen aproximaciones institucionales diferentes a un mismo fenómeno, cuya cobertura y clasificación pueden diferir. La comparación entre ambas constituye, por ello, un control de consistencia útil, pero no habilita a tratarlas como fuentes intercambiables.

En este Monitor se adopta, en consecuencia, un criterio de complementariedad. DEIS se utiliza como fuente principal para establecer niveles, tendencias y tasas de mortalidad por suicidio, por su pertenencia al sistema de estadísticas vitales, su clasificación normalizada de las causas de muerte y la extensión de sus series históricas. SAT se utiliza para profundizar la caracterización de los suicidios ocurridos desde 2017, aprovechando la información adicional que contiene sobre las víctimas y las circunstancias de los hechos. La utilización conjunta permite combinar comparabilidad temporal y riqueza descriptiva, manteniendo explícita la distinta naturaleza de ambos sistemas de información.

DIRECCIÓN EDITORIAL
María Elena Úbeda, Representante Adjunta de UNICEF.
Sebastián Waisgrais, especialista en Inclusión Social y Monitoreo de UNICEF.

REVISIÓN Y SUPERVISIÓN DE CONTENIDOS
Carolina Aulicino y Alejandra Beccaria – UNICEF.

© Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF)

Serie: Monitor de la niñez y la adolescencia. Suicidio adolescente.
Primera edición, Octubre de 2026

Diseño y Diagramación: Florencia Zamorano

COORDINACIÓN EDITORIAL
Matías Bohoslavsky

Cita sugerida: UNICEF Argentina. (2026). Suicidio adolescente. Serie Monitor de la niñez y la adolescencia. Buenos Aires: UNICEF Argentina.

Se autoriza la reproducción total o parcial de los textos aquí publicados, siempre y cuando no sean alterados, se asignen los créditos correspondientes y no sean utilizados con fines comerciales.

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF)
buenosaires@unicef.org
www.unicef.org.ar

unicef
para cada infancia