

# Análisis estadístico del Registro Provincial de Eventos de Suicidio en Misiones

Período 2024-2026



## **AUTORIDADES**

### **GOBERNADOR**

HUGO PASSALACQUA

### **VICEGOBERNADOR**

LUCAS ROMERO SPINELLI

### **DIRECTORA EJECUTIVA INSTITUTO PROVINCIAL DE ESTADÍSTICA Y CENSOS**

SILVANA DEA LABAT

### **COORDINADORA GENERAL DE LA COMISIÓN PARA EL ABORDAJE INTEGRAL DEL SUICIDIO**

NATALIA BEATRIZ FALCONE

## Nota sobre la colaboración interinstitucional

El presente documento constituye una colaboración técnica del Instituto Provincial de Estadística y Censos hacia la Comisión para el Abordaje Integral del Suicidio, en el marco de las competencias del Instituto en materia de producción y análisis de información sociodemográfica. Su finalidad es aportar evidencia rigurosa, anonimizada y orientada hacia el diseño de políticas públicas de prevención, conforme los principios de precisión científica, claridad comunicacional y responsabilidad institucional que rigen la labor del IPEC.

## Advertencia sobre el tratamiento del tema

El suicidio es un fenómeno complejo y multicausal. Esta producción evita todo enfoque sensacionalista y se atiene a una comunicación responsable de la información estadística. Los datos se presentan en forma agregada, con resguardo de la confidencialidad de las personas conforme el secreto estadístico. La estadística dimensiona, distribuye y advierte sobre el fenómeno a escala poblacional; no explica la conducta de un individuo en particular ni permite predecir casos singulares.

## Recursos de acompañamiento

Quien atraviese una situación de sufrimiento psíquico, o acompañe a alguien que la atraviese, puede solicitar ayuda en cualquier momento. En la provincia de Misiones se encuentran disponibles la línea de emergencias 911 y la línea de prevención del Instituto de Previsión Social, 3765-481000, con atención durante las veinticuatro horas.

## CONTENIDO

|                                                                     |    |
|---------------------------------------------------------------------|----|
| INTRODUCCIÓN .....                                                  | 6  |
| RESUMEN EJECUTIVO .....                                             | 7  |
| CLAVES INTERPRETATIVAS DESDE LA EVIDENCIA CIENTÍFICA RECIENTE ..... | 7  |
| 1. MARCO INSTITUCIONAL .....                                        | 11 |
| 2. CONSIDERACIONES METODOLÓGICAS Y ALCANCES .....                   | 11 |
| 3. FUENTES DE DATOS .....                                           | 11 |
| 4. CALIDAD Y COMPLETITUD DEL REGISTRO .....                         | 11 |
| 5. MAGNITUD Y COMPOSICIÓN DE LOS EVENTOS .....                      | 12 |
| 6. EL PERFIL POR EDAD Y SEXO: LA PARADOJA DE GÉNERO .....           | 14 |
| 7. DINÁMICA TEMPORAL Y ESTACIONALIDAD .....                         | 15 |
| 8. CALIBRACIÓN CON LA MORTALIDAD OFICIAL (DEIS) .....               | 16 |
| 9. SÍNTESIS DE HALLAZGOS .....                                      | 18 |
| 10. RECOMENDACIONES DE POLÍTICA PÚBLICA .....                       | 18 |
| 11. LIMITACIONES DEL ESTUDIO .....                                  | 19 |
| 12. CONSIDERACIONES FINALES .....                                   | 19 |
| REFLEXIÓN SOBRE LA LECTURA DE LOS DATOS .....                       | 19 |
| REFERENCIAS .....                                                   | 22 |
| ANEXO A. NOTA METODOLÓGICA .....                                    | 23 |
| ANEXO B. REPRODUCIBILIDAD COMPUTACIONAL .....                       | 23 |

## ÍNDICE DE CUADROS Y GRÁFICOS

|                                                                                                                                          |    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Cuadro 1. Composición de los eventos según tipo, en cantidad y porcentaje. Provincia de Misiones. Septiembre 2024-Junio 2026             | 13 |
| Cuadro 2. Tasas brutas de eventos según tipo, por cada 100.000 habitantes. Provincia de Misiones. Año 2025                               | 13 |
| Cuadro 3. Defunciones por suicidio y tasa según fuente, en cantidad y por cada 100.000 habitantes. Provincia de Misiones. Años 2022-2025 | 17 |
| Gráfico 1. Completitud de las variables del registro, en porcentaje. Provincia de Misiones. Septiembre 2024-Junio 2026                   | 12 |
| Gráfico 2. Tasas de intento y de concreción según sexo, por cada 100.000 habitantes. Provincia de Misiones. Año 2025                     | 14 |
| Gráfico 3. Eventos según mes calendario. En cantidad, acumulado del período. Provincia de Misiones. Años 2024-2026                       | 16 |
| Gráfico 4. Concreciones registradas y defunciones por suicidio de la DEIS, en cantidad. Provincia de Misiones. Años 2022-2026            | 17 |

## INTRODUCCIÓN

El suicidio constituye una problemática compleja de salud pública que interpela a instituciones, comunidades y sistemas de cuidado debido a su impacto subjetivo, familiar y social. Su abordaje requiere una perspectiva interdisciplinaria y contextualizada, dado que las conductas suicidas no responden a una única causa ni a explicaciones lineales. La evidencia internacional indica que en su configuración intervienen factores psicológicos, sociales, culturales, económicos, ambientales e institucionales que interactúan a lo largo del curso de vida (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2025).

En este marco, el presente informe debe interpretarse como un aporte técnico orientado a la comprensión poblacional del fenómeno, más que como una explicación de casos individuales. La estadística permite dimensionar magnitudes, identificar patrones y orientar decisiones públicas; sin embargo, no posibilita establecer causalidades singulares ni predecir conductas individuales. Esta distinción resulta importante para evitar interpretaciones reduccionistas o estigmatizantes en el análisis de una problemática sensible (National Institute for Health and Care Excellence [NICE], 2022).

Asimismo, las conductas suicidas se manifiestan en un continuo que incluye etapas previas a la ideación, la ideación propiamente dicha, el intento, el suicidio consumado y los procesos posteriores. Considerar esta gradación amplía la mirada más allá de la mortalidad y permite reconocer situaciones en las que aún es posible intervenir. En consecuencia, los registros que incorporan eventos no fatales adquieren relevancia epidemiológica y preventiva, al visibilizar formas de sufrimiento que suelen quedar excluidas (Ministerio de Salud de la Nación Argentina, 2022).

En relación con ello, el análisis cuantitativo desarrollado en este informe aborda dimensiones que requieren una interpretación integrada. La magnitud de los eventos, su distribución por edad y sexo, los métodos utilizados, la letalidad diferencial y la calidad del registro no constituyen datos aislados, sino indicadores que adquieren sentido cuando se los vincula con condiciones institucionales, territoriales y comunitarias más amplias. Por ello, su lectura demanda una perspectiva interdisciplinaria capaz de articular el análisis estadístico con criterios clínicos, educativos, sanitarios, psicológicos, sociales y de gestión pública, sin reducir los resultados a una explicación única o lineal (NICE, 2022).

Por otra parte, la presencia significativa de adolescentes y jóvenes en los registros exige considerar las particularidades de esta etapa vital, sin caer en generalizaciones que naturalicen el sufrimiento juvenil. La adolescencia y la juventud temprana se encuentran atravesadas por transformaciones subjetivas, vinculares, familiares, escolares y sociales que pueden incidir en los modos de expresar el malestar y en las posibilidades de solicitar ayuda. En este sentido, la evidencia reciente sobre programas de prevención en adolescentes destaca la importancia de fortalecer habilidades socioemocionales, promover la búsqueda de ayuda, capacitar a adultos significativos y consolidar redes institucionales de detección y acompañamiento oportuno (González Sánchez et al., 2024).

En la misma línea, la posvención adquiere relevancia como estrategia preventiva y ética, ya que el impacto de una muerte por suicidio no se limita al hecho en sí, sino que alcanza a familiares, pares, instituciones y comunidades. El acompañamiento posterior permite atender el duelo, reducir el aislamiento, disminuir el estigma y fortalecer redes de apoyo ante situaciones de especial vulnerabilidad. Desde esta perspectiva, la posvención no debe entenderse como una acción secundaria o tardía, sino como parte constitutiva de una política integral de prevención, especialmente cuando se organiza de manera oportuna, coordinada y sostenida en el tiempo (Ferreira et al., 2024).

## RESUMEN EJECUTIVO

El Instituto Provincial de Estadística y Censos analizó el registro operativo de eventos de suicidio de la Comisión para el Abordaje Integral del Suicidio, que reúne 2.425 eventos ocurridos entre septiembre de 2024 y junio de 2026. El estudio integró, además, los denominadores poblacionales del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2022 y las proyecciones provinciales, así como la mortalidad oficial por suicidio de la Dirección de Estadísticas e Información en Salud (DEIS) del Ministerio de Salud de la Nación, empleada como patrón de referencia externo.

La composición de los eventos distingue 823 ideaciones (33,9%), 1.353 intentos (55,8%) y 249 concreciones (10,3%). La tasa bruta de eventos registrados en 2025, único año calendario completo de la serie, es de 97,9 por cada 100.000 habitantes, con una tasa de concreción de 11,8. Tres hallazgos ordenan el diagnóstico:

- Paradoja de género. Las mujeres concentran los intentos, mientras que los varones concentran el acto.
- Restricción de medios. La reducción de la mortalidad se vincula estrechamente con la limitación del acceso a los medios de mayor letalidad.
- Registro validado. El registro capta las muertes con una completitud comparable a la de la mortalidad oficial de la DEIS y reproduce sus patrones de sexo y de método.

Sobre esta base, el documento propone un conjunto priorizado de recomendaciones de política pública, detalladas en la sección 11, que abarcan la reducción del acceso a medios de alta letalidad, el fortalecimiento territorial del dispositivo, la mejora continua del registro, la ampliación de la posvención y la prevención en el ámbito educativo.

## CLAVES INTERPRETATIVAS DESDE LA EVIDENCIA CIENTÍFICA RECIENTE

Los hallazgos sintetizados en el resumen ejecutivo deben comprenderse como indicadores poblacionales que orientan decisiones públicas, y no como explicaciones cerradas sobre situaciones individuales (Silva et al., 2024). El suicidio y las conductas suicidas constituyen fenómenos complejos, multicausales y dinámicos, en los que interactúan factores individuales, relacionales, comunitarios y estructurales. Desde marcos teóricos contemporáneos (los modelos ecológicos y los enfoques de determinantes sociales de la salud) se reconoce que estas conductas no pueden explicarse por una única causa, sino por la convergencia de vulnerabilidades y condiciones contextuales que se configuran a lo largo del tiempo (Carretta et al., 2023). En este sentido, resulta necesario distinguir entre la descripción estadística, la interpretación epidemiológica y la comprensión clínica o psicosocial, sin incurrir en reduccionismos, estigmatizaciones o inferencias causales que los datos no sostienen (Silva et al., 2024).

Desde esta perspectiva, la inclusión de ideaciones, intentos y concreciones amplía significativamente la comprensión del fenómeno (Bebbington et al., 2023). Mientras que las estadísticas de mortalidad captan únicamente el desenlace fatal, los registros que incorporan eventos no fatales permiten visibilizar etapas previas de sufrimiento, crisis y demanda de cuidado, lo que se alinea con modelos teóricos que conciben el comportamiento suicida como un proceso continuo más que como un evento aislado (Silva et al., 2024). Esta ampliación no solo enriquece el diagnóstico, sino que también identifica momentos críticos en los que aún es posible intervenir, interrumpir trayectorias de riesgo y fortalecer factores protectores (Arnon et al., 2024). La literatura reciente destaca que los sistemas de vigilancia más útiles integran tanto eventos fatales como no fatales, junto con información sobre contactos con servicios y trayectorias de seguimiento, aunque su valor depende de la calidad del registro, la estandarización de definiciones y la articulación interinstitucional (Bebbington et al., 2023). En consecuencia,

un mayor número de eventos no fatales puede reflejar tanto un aumento real como una mejora en la detección institucional, por lo que los datos deben leerse simultáneamente como expresión del fenómeno y de la capacidad del sistema para registrarlo (Silva et al., 2024).

En relación con la distribución por género, el patrón observado (mayor proporción de intentos en mujeres y mayor proporción de muertes en varones) ha sido ampliamente documentado en la literatura internacional (Carretta et al., 2023). Este fenómeno, frecuentemente denominado «paradoja de género», puede comprenderse a partir de marcos teóricos que consideran las diferencias en socialización, normas culturales, construcción de identidades y acceso diferencial a recursos de cuidado. Las mujeres tienden a expresar el malestar de formas más visibles y a buscar ayuda con mayor frecuencia, mientras que los varones suelen enfrentar mayores barreras para la expresión emocional y la consulta, lo que puede derivar en intervenciones más tardías (Carretta et al., 2023). A su vez, la evidencia muestra que la letalidad de los métodos desempeña un papel central en estas diferencias: mientras que el uso de armas de fuego o el ahorcamiento presenta una probabilidad de muerte significativamente mayor, otros métodos como la intoxicación o los cortes tienen menor letalidad (Cai et al., 2022). Por ello, la interpretación adecuada requiere considerar simultáneamente la frecuencia de los eventos y su probabilidad de desenlace fatal, lo que implica diseñar estrategias diferenciadas tanto para la atención de intentos como para la reducción de la mortalidad (Steege et al., 2025).

En este marco, la restricción de medios debe entenderse como una estrategia de salud pública orientada a disminuir la probabilidad de muerte, y no como una explicación única del fenómeno (Steege et al., 2025). Desde una perspectiva teórica, esta estrategia se inscribe en enfoques de prevención ambiental que buscan modificar condiciones externas para reducir riesgos, con el reconocimiento de que muchas conductas suicidas ocurren en contextos de crisis aguda y con alta impulsividad. Los métodos de alta letalidad reducen el margen temporal para la interrupción del acto o la intervención de terceros, lo que incrementa el riesgo de desenlaces fatales (Cai et al., 2022). La evidencia indica que las intervenciones sobre el acceso a estos medios pueden contribuir a reducir la mortalidad, aunque su efectividad depende del contexto, la regulación y la implementación sostenida (Steege et al., 2025). De este modo, la prevención requiere articular respuestas clínicas y comunitarias para el volumen de crisis con intervenciones ambientales y normativas que limiten el acceso a medios altamente letales (Steege et al., 2025).

Por otra parte, la continuidad de cuidados emerge como un punto crítico en el circuito asistencial. Desde marcos teóricos centrados en la atención integral y la salud mental comunitaria, la continuidad no se limita a la existencia de una consulta posterior, sino que implica la construcción de trayectorias de cuidado sostenidas, coordinadas y accesibles. La ausencia de seguimiento, especialmente después de intentos, no debe interpretarse únicamente como un dato administrativo, sino como una posible interrupción en la cadena de cuidado (Arnon et al., 2024). El período posterior a una crisis constituye una etapa de alta vulnerabilidad, pero también una oportunidad clave para intervenir, fortalecer vínculos terapéuticos y prevenir recurrencias (Homan et al., 2026). La evidencia reciente subraya la importancia de estrategias de seguimiento activo, contactos tempranos y dispositivos de bajo umbral que faciliten la vinculación con servicios, especialmente si se considera que muchas personas no acceden a tratamientos sostenidos tras un intento (Homan et al., 2026). En este sentido, fortalecer la continuidad implica no solo garantizar consultas posteriores, sino también articular niveles de atención, coordinar actores y sostener respuestas oportunas ante nuevas crisis (Arnon et al., 2024).

Asimismo, las diferencias territoriales observadas deben interpretarse con cautela. Desde el enfoque de determinantes sociales de la salud, las desigualdades territoriales reflejan no solo variaciones en la ocurrencia del fenómeno, sino también en las condiciones de vida, el acceso a servicios, la disponibilidad de recursos y la capacidad institucional. Una menor cantidad de registros en determinadas áreas no necesariamente indica menor incidencia del fenómeno, sino que puede reflejar limitaciones en la detección, el acceso a servicios o la capacidad institucional para registrar y acompañar los casos. Por ello, los datos territoriales deben leerse tanto como un mapa del fenómeno como de su visibilidad institucional (Silva et al., 2024). Esta interpretación tiene implicancias directas para la política pública, ya que la equidad territorial no se limita a mejorar la notificación, sino que requiere fortalecer las condiciones de cuidado, la formación de equipos, la articulación intersectorial y la accesibilidad a dispositivos de atención (Silva et al., 2024).

En relación con la concentración de eventos en adolescentes y jóvenes, resulta necesario evitar interpretaciones simplificadoras que atribuyan el fenómeno exclusivamente a características propias de la edad. Desde perspectivas del desarrollo y la salud mental comunitaria, esta etapa se caracteriza por procesos de construcción identitaria, cambios en los vínculos y mayor sensibilidad a factores contextuales, lo que puede incrementar la vulnerabilidad en determinados escenarios. Sin embargo, las conductas suicidas deben entenderse en interacción con factores sociales, familiares, institucionales y de salud mental (Corassa et al., 2025). La evidencia destaca el papel de las intervenciones escolares y comunitarias en la prevención, no como sustitutas del abordaje clínico, sino como espacios clave para la detección temprana, la construcción de redes de apoyo y la derivación oportuna (González Sánchez et al., 2024). En este sentido, el fortalecimiento del rol preventivo de las instituciones educativas requiere protocolos claros, formación y articulación con el sistema de salud, sin generar sobrecarga institucional y con promoción de respuestas coordinadas (Walsh et al., 2023).

Por otro lado, la posvención debe considerarse parte integral de la prevención (Abbate et al., 2024). Desde marcos teóricos que abordan el impacto comunitario del suicidio, se reconoce que la muerte por esta causa genera efectos que trascienden a la persona fallecida y alcanzan a familias, instituciones y comunidades (Nicholls et al., 2024). Estos efectos pueden incluir procesos de duelo complejo, aumento del riesgo en personas cercanas y alteraciones en el funcionamiento institucional. Por ello, el acompañamiento posterior no constituye una acción secundaria, sino una estrategia necesaria para reducir el sufrimiento, prevenir efectos de contagio y sostener a quienes quedan en situación de mayor vulnerabilidad (Abbate et al., 2024; Nicholls et al., 2024). La evidencia señala la importancia de dispositivos específicos de apoyo al duelo, así como de respuestas institucionales coordinadas que eviten tanto el silencio como la exposición inadecuada del evento (Nicholls et al., 2024).

Finalmente, la validación del registro frente a las estadísticas oficiales de mortalidad constituye una fortaleza relevante, aunque no elimina el desafío del subregistro en eventos no fatales (Bebbington et al., 2023). Desde una perspectiva de vigilancia epidemiológica, los sistemas de información no solo reflejan la ocurrencia de los eventos, sino también la capacidad institucional para detectarlos, clasificarlos y darles seguimiento. Los eventos no fatales suelen depender en mayor medida del contacto con servicios y presentan mayores dificultades de captación y estandarización (Silva et al., 2024). Por ello, mejorar la calidad del registro implica no solo fortalecer los procesos técnicos, sino también ampliar la capacidad del sistema para detectar, acompañar y dar seguimiento a las situaciones de vulnerabilidad (Bebbington et al., 2023; Silva et al., 2024). En este sentido, registrar mejor no es únicamente una tarea metodológica, sino una condición para mejorar las respuestas de cuidado y orientar políticas basadas en evidencia (Silva et al., 2024).

En conjunto, los hallazgos del resumen ejecutivo configuran un acercamiento que permite orientar la acción pública desde una perspectiva integral (Steeg et al., 2025). Su lectura, apoyada en la evidencia científica y en marcos teóricos contemporáneos, invita a comprender no solo la magnitud del fenómeno, sino también sus puntos críticos: las diferencias en letalidad de los métodos, las brechas en la continuidad de cuidados, las desigualdades territoriales y las limitaciones del registro (Cai et al., 2022; Arnon et al., 2024; Silva et al., 2024). De este modo, los datos no constituyen un cierre interpretativo, sino el punto de partida para una agenda de prevención, acompañamiento y fortalecimiento institucional, orientada a reducir riesgos, mejorar la accesibilidad y garantizar respuestas integrales y sostenidas en el tiempo (Steeg et al., 2025).

## 1. MARCO INSTITUCIONAL

La Comisión para el Abordaje Integral del Suicidio fue creada por el Decreto Provincial N° 1.945/2024 como instancia interministerial destinada hacia la articulación de las acciones de prevención, atención y posvención en la provincia de Misiones. En el ejercicio de esa misión, la Comisión sostiene un registro operativo de los eventos que llegan a conocimiento del sistema, que constituye una fuente de información de particular valor: a diferencia de las estadísticas vitales, que contabilizan exclusivamente las defunciones, este registro documenta también la ideación y el intento, esto es, la porción no fatal del fenómeno que habitualmente permanece invisible. El propósito de esta colaboración consiste en transformar ese acervo operativo en evidencia útil para la decisión.

## 2. CONSIDERACIONES METODOLÓGICAS Y ALCANCES

La interpretación de los resultados exige tener presentes algunas reservas que la disciplina estadística impone. En primer término, la asociación poblacional no equivale a la causalidad individual: que dos rasgos aparezcan juntos con frecuencia en el agregado no autoriza a afirmar que uno provoque al otro en una persona concreta. En segundo término, la estadística describe y dimensiona, pero no predice el caso singular ni explica la decisión de un individuo. En tercer término, todo recuento depende de la capacidad de detección del dispositivo: un aumento de los casos registrados puede reflejar una mejora del registro antes que un alza real del fenómeno.

En consecuencia, los resultados se presentan en forma agregada, con resguardo de la confidencialidad. Las variables que caracterizan la vulnerabilidad (factores de riesgo, consumos, antecedentes de salud mental) se analizan únicamente sobre los casos con dato consignado y, dada su baja completitud, no se proyectan al universo. Las tasas se calculan con denominadores poblacionales reescalados desde la estructura censal de 2022 hacia el año de referencia mediante las proyecciones provinciales (véase el Anexo A).

## 3. FUENTES DE DATOS

El análisis articula cuatro fuentes complementarias:

- Registro de la C.A.I.S. Volcado íntegro del sistema de gestión de la Comisión, con 2.425 eventos y sus tablas asociadas de seguimientos, estados, posvenciones y judicialización.
- Censo 2022. Estructura de población por sexo y edad del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2022, procesada mediante REDATAM, como denominador de las tasas.
- Proyecciones de población. Estimaciones municipales y provinciales 2022-2032 del IPEC, empleadas para reescalar los denominadores hacia los años de referencia.
- Mortalidad DEIS. Defunciones por suicidio (CIE-10, códigos X60 a X84) de la provincia de Misiones, años 2022 a 2024, como patrón de referencia externo de la mortalidad.

La integración de estas fuentes permite pasar de los recuentos brutos hacia indicadores comparables y, finalmente, hacia una validación independiente del registro.

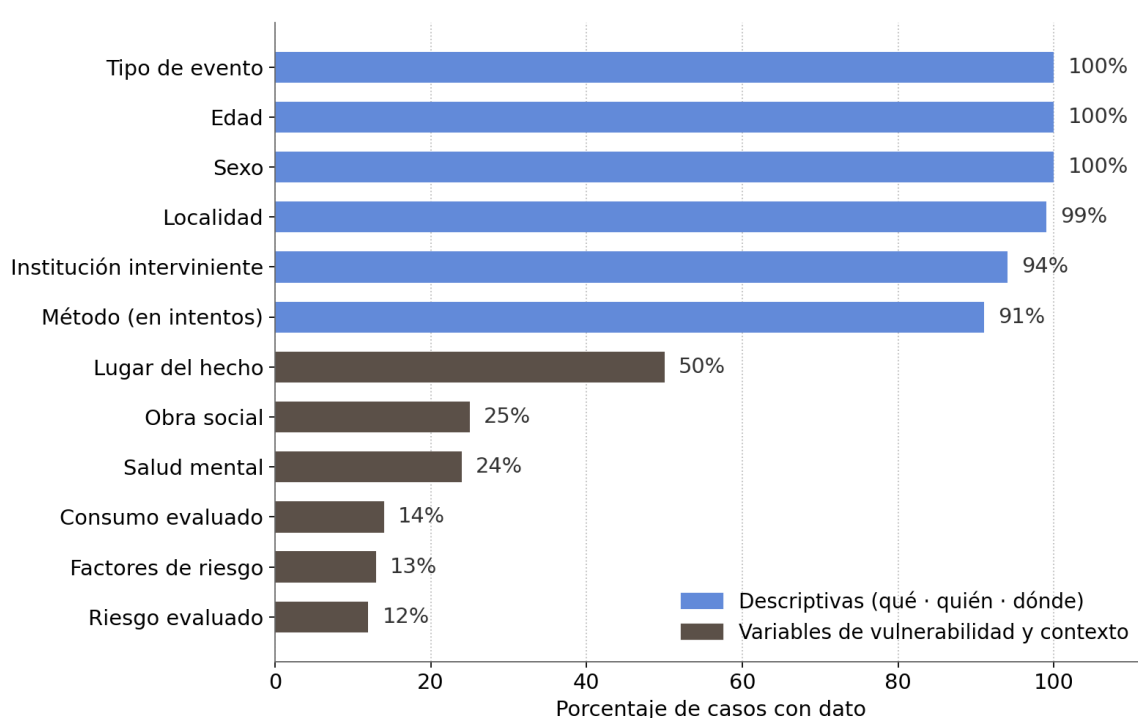
## 4. CALIDAD Y COMPLETITUD DEL REGISTRO

La calidad y la completitud de la información constituyen dimensiones centrales para valorar las posibilidades analíticas de un sistema de registro. En este sentido, el Registro C.A.I.S. presenta niveles elevados de completitud en las variables que conforman su núcleo descriptivo: tipo de evento, edad, sexo y fecha alcanzan valores cercanos o

iguales al 100%, mientras que la localidad y la institución interviniente también muestran una cobertura elevada. Asimismo, la información correspondiente al método presenta una proporción importante de registros completos en los eventos para los cuales esta variable resulta aplicable.

En contraste, algunas variables vinculadas con la caracterización de situaciones de vulnerabilidad presentan menores niveles de completitud. Entre ellas se encuentran los factores de riesgo, la evaluación de consumo, los antecedentes de salud mental y la evaluación del nivel de riesgo. Esta situación constituye un aspecto actualmente susceptible de fortalecimiento dentro del proceso de consolidación y mejora continua del registro.

**Gráfico 1.** Completitud de las variables del registro, en porcentaje. Provincia de Misiones. Septiembre 2024-Junio 2026



**Fuente:** IPEC, elaborado en base a datos de la C.A.I.S.

Los resultados permiten distinguir dos niveles de consolidación de la información. Por una parte, las variables básicas necesarias para describir la distribución de los eventos presentan una elevada completitud. Por otra, determinadas dimensiones complementarias vinculadas con condiciones de vulnerabilidad y contexto requieren continuar siendo fortalecidas. La mejora progresiva de estos campos ampliará las posibilidades de caracterización estadística y favorecerá análisis más integrales orientados a la planificación de acciones preventivas.

## 5. MAGNITUD Y COMPOSICIÓN DE LOS EVENTOS

Los 2.425 eventos se distribuyen según su tipo del modo que consigna el cuadro 1. El intento constituye la categoría predominante, seguido de la ideación; la concreción representa uno de cada diez registros.

**Cuadro 1.** Composición de los eventos según tipo, en cantidad y porcentaje. Provincia de Misiones. Septiembre 2024-Junio 2026

| Tipo de evento | Eventos      | Porcentaje   |
|----------------|--------------|--------------|
| Intento        | 1.353        | 55,8         |
| Ideación       | 823          | 33,9         |
| Concreción     | 249          | 10,3         |
| <b>Total</b>   | <b>2.425</b> | <b>100,0</b> |

Fuente: IPEC, elaborado en base a datos de la C.A.I.S.

Expresada en términos poblacionales, la magnitud del fenómeno detectado durante 2025, único año calendario completo del registro, se sintetiza en el cuadro 2. La tasa total de eventos asciende a 97,9 por 100.000 habitantes, de la cual la concreción aporta 11,8.

**Cuadro 2.** Tasas brutas de eventos según tipo, por cada 100.000 habitantes. Provincia de Misiones. Año 2025

| Tipo de evento          | Tasa por 100.000 habitantes |
|-------------------------|-----------------------------|
| <b>Total de eventos</b> | <b>97,9</b>                 |
| Intento                 | 55,4                        |
| Ideación                | 30,7                        |
| Concreción              | 11,8                        |

**Nota:** el denominador corresponde a la población provincial estimada para 2025 a partir de la estructura censal de 2022 y las proyecciones del IPEC.

**Fuente:** IPEC, elaborado en base a datos de la C.A.I.S. y proyecciones de población.

La edad mediana de las personas alcanzadas se ubica en 24 años, con una concentración marcada en la adolescencia: el tramo de 12 a 17 años reúne el mayor número de eventos. Esta presencia juvenil, sumada al peso del establecimiento educativo como ámbito de ocurrencia y de notificación, perfila a la escuela como un escenario central de la prevención.

En este marco, la condición de escolarización no solo delimita un grupo etario, sino que habilita una vía concreta de intervención preventiva basada en la proximidad cotidiana y la continuidad del vínculo institucional. La escuela, como espacio donde confluyen estudiantes, docentes, equipos de orientación y familias, permite detectar cambios en el comportamiento, registrar señales de alerta y activar tempranamente circuitos de acompañamiento, lo cual ha sido señalado como un componente clave en la detección precoz del riesgo suicida en adolescentes (Walsh et al., 2023). Asimismo, su carácter territorial y su inserción comunitaria la posicionan como un nodo estratégico para articular con servicios de salud, dispositivos de protección y redes locales, con el favorecimiento de respuestas integrales y sostenidas en el tiempo, en línea con lo planteado por revisiones recientes que destacan la importancia de la coordinación intersectorial en la prevención del suicidio juvenil (Silva et al., 2024).

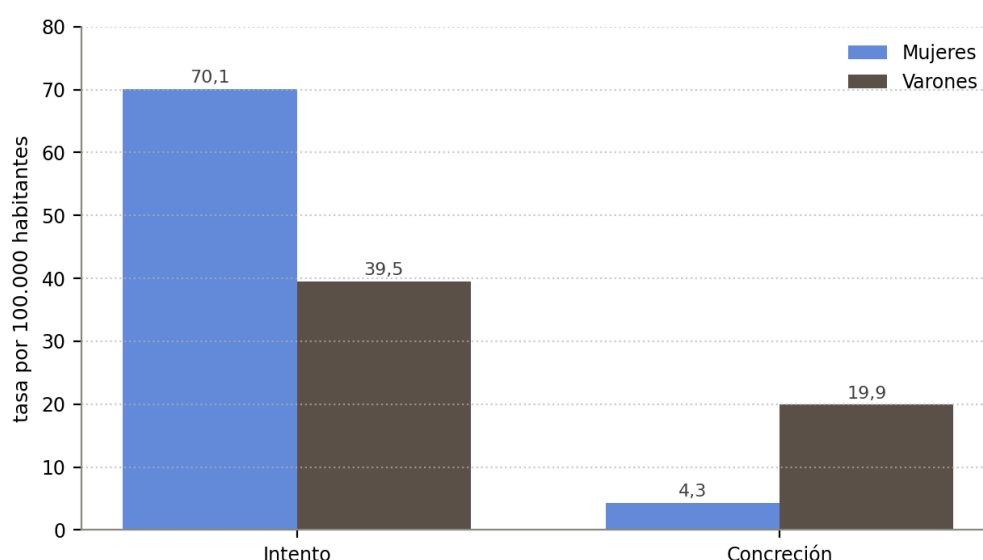
Desde una perspectiva teórica, la literatura en prevención del suicidio adolescente sostiene que los entornos escolares constituyen escenarios privilegiados para el desarrollo de intervenciones universales y selectivas, orientadas a la promoción de la salud mental, el fortalecimiento de habilidades socioemocionales y la facilitación de la búsqueda de ayuda (González Sánchez et al., 2024). Estas intervenciones muestran mayor efectividad cuando se implementan con protocolos claros, capacitación docente y articulación con redes especializadas, sin generar sobrecarga institucional y con garantía de derivación oportuna hacia servicios de salud mental (Walsh et al., 2023). De este modo, la presencia juvenil en el registro no solo señala una población prioritaria, sino también un escenario privilegiado desde el cual fortalecer estrategias de prevención, cuidado y seguimiento, siempre que dichas acciones se sostengan en evidencia científica

y en dispositivos institucionales adecuados. No obstante, conviene subrayar que este énfasis en la escuela como recurso preventivo no implica desatender otros grupos etarios ni otros ámbitos de intervención: se trata de una estrategia complementaria dentro de un abordaje integral, que debe contemplar también a personas fuera del sistema educativo y a otros espacios comunitarios donde se expresan situaciones de vulnerabilidad.

## 6. EL PERFIL POR EDAD Y SEXO: LA PARADOJA DE GÉNERO

La desagregación por sexo revela un patrón consistentemente documentado y, a la vez, poco intuitivo. Las mujeres protagonizan la mayoría de los intentos, mientras que los varones concentran las muertes. El gráfico 2 cuantifica esa inversión: la tasa de intento femenina casi duplica la masculina, mientras que la tasa de concreción masculina supera en más de cuatro veces a la femenina.

**Gráfico 2.** Tasas de intento y de concreción según sexo, por cada 100.000 habitantes. Provincia de Misiones. Año 2025



Fuente: IPEC, elaborado en base a datos de la C.A.I.S. y proyecciones de población.

La explicación de esta paradoja no reside en una diferencia en la intensidad del padecimiento, sino en la letalidad del medio empleado. El hallazgo posee una consecuencia preventiva inmediata: desaconseja toda lectura que minimice el sufrimiento femenino por su menor mortalidad, y orienta la mirada hacia el método como variable decisiva del desenlace.

El patrón diferencial entre intentos y concreciones puede interpretarse a partir de dimensiones psicosociales vinculadas con los modos de socialización, la expresión del malestar y el acceso a redes de cuidado. La evidencia reciente señala que las normas de género influyen en la forma en que se reconoce, comunica y gestiona el sufrimiento psíquico, así como en la disposición a solicitar ayuda. En este sentido, diversos estudios indican que los varones tienden a enfrentar mayores barreras para expresar vulnerabilidad emocional y acceder tempranamente a servicios de salud mental, lo que puede contribuir a que las situaciones de crisis resulten menos visibles para las redes institucionales y familiares (Carretta et al., 2023; WHO, 2023).

A su vez, la mayor frecuencia de intentos registrados en mujeres podría estar asociada tanto con una mayor exposición a determinadas formas de malestar (incluidos factores

como la violencia de género o la sobrecarga emocional) como con mayores oportunidades de detección y contacto con dispositivos de atención (OECD, 2024). Desde esta perspectiva, la diferencia observada no debe interpretarse como una oposición entre grupos, sino como la coexistencia de trayectorias diferenciadas en la expresión del sufrimiento y en la vinculación con los sistemas de cuidado. La literatura sugiere que, en algunos casos, el malestar logra ingresar al sistema a través de intentos no fatales que habilitan intervenciones, mientras que en otros puede permanecer menos visible hasta manifestarse en eventos de mayor letalidad (WHO, 2023; Turecki et al., 2023). Esta lectura refuerza la importancia de sostener estrategias preventivas que contemplen tanto la detección temprana como la accesibilidad a dispositivos de escucha, acompañamiento y seguimiento continuo.

Asimismo, un elemento central para comprender la diferencia entre intentos y concreciones es la letalidad diferencial de los métodos utilizados. La evidencia muestra que ciertos métodos, como el uso de armas de fuego o el ahorcamiento, presentan una probabilidad significativamente mayor de resultar en muerte en comparación con otros, como la intoxicación medicamentosa o los cortes (Cai et al., 2022; WHO, 2023). Esta dimensión resulta clave, ya que el acceso a métodos altamente letales puede transformar una crisis aguda en un desenlace fatal, incluso en ausencia de diferencias sustantivas en el nivel de sufrimiento.

Desde el punto de vista de la política pública, el gráfico permite distinguir entre el volumen de eventos y el riesgo de desenlace fatal, lo que orienta intervenciones diferenciadas pero complementarias. Por un lado, la alta frecuencia de intentos sugiere la necesidad de fortalecer dispositivos de seguimiento, abordaje del sufrimiento y articulación con instituciones educativas, sanitarias y comunitarias. Por otro, la mayor proporción de concreciones en varones indica la relevancia de promover estrategias que favorezcan la consulta temprana, reduzcan el aislamiento social y cuestionen mandatos de género que dificultan la expresión emocional y la búsqueda de ayuda (OECD, 2024; Turecki et al., 2023).

En conjunto, esta doble lectura permite considerar la denominada «paradoja de género» como una orientación relevante para la prevención, sin explicaciones simplificadas y con reconocimiento de la necesidad de contextualizar estos hallazgos en cada territorio. Asimismo, la evidencia internacional destaca que la restricción del acceso a métodos altamente letales constituye una de las estrategias más efectivas para reducir la mortalidad por suicidio, lo que refuerza la importancia de integrar esta dimensión en el análisis y en el diseño de políticas públicas (WHO, 2023; Steeg et al., 2025). En este marco, resulta fundamental promover una cultura institucional y social que habilite el diálogo abierto sobre el sufrimiento psíquico y el suicidio, sin ocultamiento ni silenciamiento. Hablar de estos temas de manera responsable, informada y sin estigmas no incrementa el riesgo, sino que contribuye a visibilizar el problema, facilitar la búsqueda de ayuda y fortalecer las redes de cuidado.

## 7. DINÁMICA TEMPORAL Y ESTACIONALIDAD

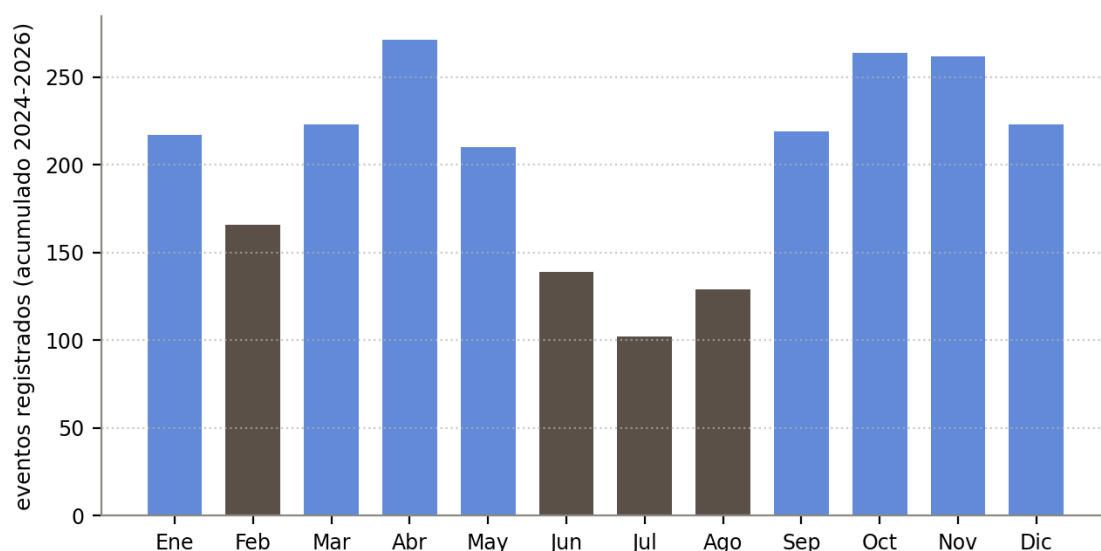
La distribución mensual de los eventos requiere una interpretación cautelosa. Dado que el registro corresponde a un sistema relativamente reciente y en proceso de consolidación, las variaciones observadas a lo largo del período no deben interpretarse de manera directa como modificaciones en la incidencia del fenómeno. Parte de estas diferencias podría vincularse con cambios progresivos en la capacidad institucional de detección, notificación y registro.

En cuanto a la estacionalidad, el gráfico 3 permite reconocer fluctuaciones en la cantidad de eventos registrados según el mes calendario. Los valores más altos corresponden a

abril, octubre y noviembre, con un mínimo pronunciado durante el invierno. La literatura internacional ha documentado patrones estacionales en las conductas suicidas, con incrementos durante períodos de primavera y verano en diversos contextos. Sin embargo, estos patrones presentan variaciones según las características poblacionales, geográficas y sociales de cada territorio, por lo que no corresponde asumir una relación causal directa entre la estación del año y la ocurrencia de los eventos (Zhang & Volkow, 2023).

Por otra parte, el gráfico muestra una disminución de los registros durante junio, julio y agosto, con el valor más bajo en julio. Este comportamiento coincide temporalmente con períodos de menor actividad escolar en la provincia. En población infantil y adolescente, investigaciones recientes han identificado variaciones en las consultas y hospitalizaciones por ideación e intento suicida asociadas con el calendario escolar, con menores frecuencias durante períodos de cierre de las instituciones educativas (Kim et al., 2023).

**Gráfico 3.** Eventos según mes calendario. En cantidad, acumulado del período. Provincia de Misiones. Años 2024-2026



**Nota:** en color diferenciado se destacan los cuatro meses con menor cantidad de eventos registrados.

**Fuente:** IPEC, elaborado en base a datos de la C.A.I.S.

En el contexto del registro provincial, este descenso adquiere especial interés debido al papel que desempeñan las instituciones educativas como espacios de detección y notificación. Durante los períodos de receso disminuyen las oportunidades institucionales de identificar, derivar y registrar determinadas situaciones, lo que podría contribuir parcialmente a la reducción observada. No obstante, los datos disponibles no permiten establecer cuánto de esta disminución responde a una menor detección y cuánto podría corresponder a variaciones efectivas en la ocurrencia de los eventos. En consecuencia, la dinámica mensual debe interpretarse con consideración simultánea de la posible estacionalidad del fenómeno y de las condiciones institucionales que intervienen en su visibilización estadística.

## 8. CALIBRACIÓN CON LA MORTALIDAD OFICIAL (DEIS)

El contraste del registro con la mortalidad oficial de la Dirección de Estadísticas e Información en Salud (DEIS) aporta una validación externa que las verificaciones internas no pueden proporcionar, y precisa la interpretación del subregistro. La DEIS contabilizó

150, 129 y 124 suicidios en Misiones durante 2022, 2023 y 2024, respectivamente, con tasas comprendidas entre 9,4 y 11,7 por 100.000 habitantes (cuadro 3).

**Cuadro 3.** Defunciones por suicidio y tasa según fuente, en cantidad y por cada 100.000 habitantes. Provincia de Misiones. Años 2022-2025

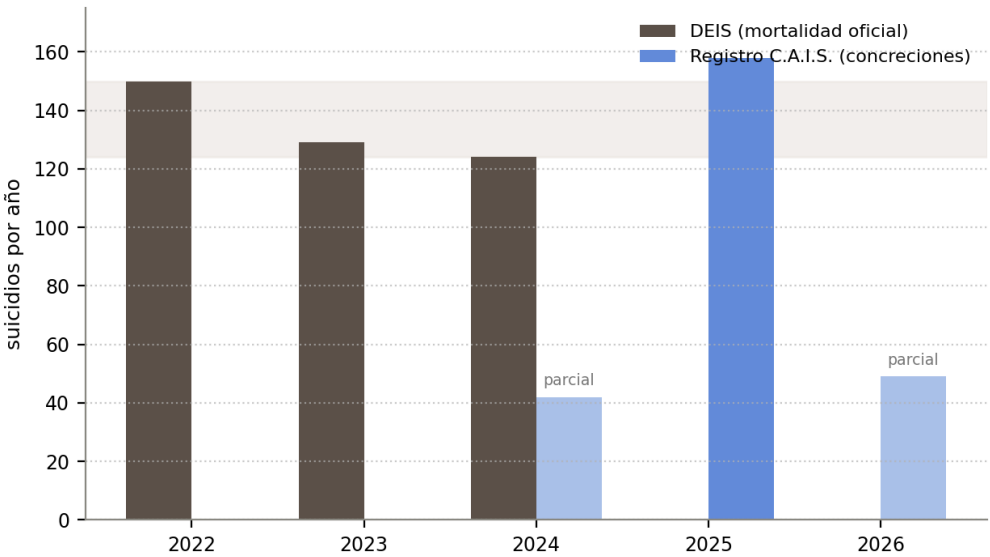
| Año  | Fuente            | Defunciones | Tasa por 100.000 habitantes |
|------|-------------------|-------------|-----------------------------|
| 2022 | DEIS              | 150         | 11,7                        |
| 2023 | DEIS              | 129         | 9,9                         |
| 2024 | DEIS              | 124         | 9,4                         |
| 2025 | Registro C.A.I.S. | 158         | 11,8                        |

**Nota:** las cifras de la DEIS corresponden al criterio de residencia de las estadísticas vitales; las del Registro C.A.I.S., al criterio de ocurrencia. La fila de 2025 consigna concreciones registradas, no defunciones certificadas.

**Fuente:** IPEC, elaborado en base a datos de la DEIS (Ministerio de Salud de la Nación) y de la C.A.I.S.

El registro contabilizó 158 concreciones en 2025, cifra que se ubica dentro del rango de la mortalidad oficial e incluso lo supera levemente, con una razón de 1,18 respecto del promedio 2022-2024, como ilustra el gráfico 4. El contraste indica que la Comisión capta las muertes con completitud, de modo que el subregistro detectado en el territorio afecta a los eventos no fatales y no a las defunciones.

**Gráfico 4.** Concreciones registradas y defunciones por suicidio de la DEIS, en cantidad. Provincia de Misiones. Años 2022-2026



**Nota:** la franja sombreada representa el rango de la mortalidad registrada por la DEIS entre 2022 y 2024. Los años 2024 y 2026 del Registro C.A.I.S. corresponden a periodos parciales.

**Fuente:** IPEC, elaborado en base a datos de la C.A.I.S. y de la DEIS.

La validación se extiende a los patrones estructurales: la predominancia masculina (81,0% en el registro frente al 77,0% en la DEIS) y el método letal dominante (el ahorcamiento, seguido del arma de fuego) coinciden entre ambas fuentes. Esta convergencia de tres dimensiones independientes (sexo, mecanismo y magnitud) respalda la fidelidad estructural del sistema. Cabe consignar, además, que la tasa provincial se ubica por encima del promedio nacional, dato que refuerza la prioridad de la política provincial.

## 9. SÍNTESIS DE HALLAZGOS

El análisis realizado permite identificar algunos patrones relevantes para orientar la planificación de acciones preventivas y el fortalecimiento de los dispositivos institucionales. Los eventos registrados presentan una importante concentración en población adolescente y joven, mientras que también se observan diferencias según sexo en la distribución de los eventos no fatales y las concreciones.

Asimismo, los resultados muestran variaciones territoriales en la capacidad de detección, registro y acompañamiento, lo que señala la importancia de continuar fortaleciendo la cobertura institucional en toda la provincia.

En términos generales, el Registro C.A.I.S. constituye una fuente de información de considerable valor para describir la magnitud y las principales características de los eventos registrados. Al mismo tiempo, el análisis permite reconocer algunas dimensiones susceptibles de mejora, particularmente aquellas vinculadas con la ampliación de la cobertura territorial, la calidad de determinadas variables y el fortalecimiento de las estrategias de prevención, seguimiento y posvención.

En este sentido, los hallazgos deben entenderse no solo como una descripción de la situación actual, sino también como una herramienta para orientar progresivamente decisiones de política pública basadas en evidencia.

## 10. RECOMENDACIONES DE POLÍTICA PÚBLICA

A partir de los resultados obtenidos, se proponen las siguientes líneas de acción orientadas al fortalecimiento progresivo de las estrategias provinciales de prevención:

1. Reducción del acceso a medios de alta letalidad. Promover acciones preventivas orientadas a disminuir la disponibilidad y la accesibilidad de medios potencialmente letales, en articulación con estrategias sanitarias, comunitarias, educativas e institucionales basadas en evidencia.
2. Fortalecimiento territorial. Continuar la ampliación de la capacidad de detección, registro, derivación y acompañamiento en las distintas localidades de la provincia, con el propósito de favorecer condiciones de acceso más equitativas a los dispositivos de prevención y cuidado.
3. Mejora continua del registro. Profundizar el proceso de fortalecimiento del Registro C.A.I.S., con incremento progresivo de la completitud de las variables vinculadas con situaciones de vulnerabilidad, factores asociados y evaluación del riesgo. Asimismo, resulta pertinente continuar la revisión y la estandarización de las categorías de registro, con el propósito de mejorar la calidad de la información disponible para la planificación de acciones preventivas.
4. Fortalecimiento de la posvención. Ampliar progresivamente las estrategias de acompañamiento dirigidas a familiares, personas cercanas, instituciones y comunidades afectadas por una muerte por suicidio, con consideración de la posvención como una dimensión integrada dentro de las políticas de prevención.
5. Prevención en el ámbito educativo. Fortalecer el papel de las instituciones educativas como espacios de promoción del bienestar, detección temprana, orientación y articulación con los dispositivos especializados. Asimismo, resulta conveniente desarrollar estrategias que permitan sostener las redes de cuidado durante los períodos de menor actividad escolar, sin circunscribir la prevención exclusivamente al ámbito educativo.

## 11. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Conviene explicitar las limitaciones que circunscriben el alcance de las conclusiones. El registro abarca un período breve y no dispone aún de un segundo año calendario completo, lo que restringe el análisis de tendencias. La baja completitud de las variables de vulnerabilidad impide su proyección poblacional. La calibración con la DEIS compara años no plenamente coincidentes y se ve afectada por las diferencias entre el criterio de residencia, propio de las estadísticas vitales, y el de ocurrencia, así como por la conocida subestimación que introduce la clasificación de ciertas muertes como de intención indeterminada. Ninguna de estas reservas altera el cuadro de fondo, pero todas aconsejan prudencia en la lectura de los valores puntuales.

## 12. CONSIDERACIONES FINALES

El presente trabajo pone de relieve que el registro de la Comisión constituye una fuente de información de valor epidemiológico y de gestión, con capacidad para aportar evidencia relevante al diseño y al fortalecimiento de políticas públicas de prevención. Entre sus principales fortalezas se encuentra la incorporación de eventos no fatales, lo que permite ampliar la comprensión del fenómeno más allá de la mortalidad y visibilizar situaciones susceptibles de intervención temprana.

A partir de los avances alcanzados, el registro ofrece asimismo oportunidades para continuar el fortalecimiento de su alcance territorial y la profundización de la calidad de la información vinculada con situaciones de vulnerabilidad.

## REFLEXIÓN SOBRE LA LECTURA DE LOS DATOS

Los resultados de este informe permiten identificar grupos, territorios y momentos especialmente relevantes para la prevención. Sin embargo, aquello que aparece con mayor visibilidad estadística no agota la complejidad del fenómeno. Que los eventos registrados se concentren con mayor fuerza en adolescentes y jóvenes no implica desatender a niñas, niños, personas adultas o personas mayores, ni reducir las estrategias preventivas al ámbito escolar. La escuela constituye un recurso preventivo central cuando se trabaja con población escolarizada, pero no es el único espacio desde el cual se puede cuidar. La prevención también requiere intervenir en centros de salud, hospitales, lugares de trabajo, espacios comunitarios, clubes, organizaciones sociales, instituciones religiosas, fuerzas de seguridad, medios de comunicación, familias y redes barriales. Desde un enfoque de salud pública, el suicidio debe abordarse en los múltiples escenarios donde transcurre la vida social, con el reconocimiento de que los determinantes del sufrimiento no se distribuyen de manera homogénea ni se expresan siempre en los mismos ámbitos (Pirkis et al., 2024).

En este sentido, los datos no deben leerse como un cierre, sino como una orientación para decidir mejor. Un registro estadístico permite dimensionar el fenómeno, reconocer patrones, identificar brechas y priorizar acciones, pero también invita a formular nuevas preguntas. ¿Qué situaciones no llegan a registrarse? ¿Qué grupos consultan menos? ¿Qué malestares quedan silenciados? ¿Qué territorios cuentan con menos dispositivos de escucha? ¿Qué instituciones detectan, pero no siempre logran derivar? Estas preguntas son tan importantes como las cifras, porque permiten transformar la información en decisiones públicas más sensibles, equitativas y oportunas. En una problemática tan delicada, producir datos no significa reducir vidas a números, sino construir herramientas para cuidar mejor.

Asimismo, resulta necesario avanzar hacia una cultura institucional y social que deje atrás la idea de que hablar sobre suicidio incrementa necesariamente el riesgo. La evidencia

reciente muestra que el problema no reside en hablar, sino en cómo se habla. Los abordajes sensacionalistas, culpabilizantes o descriptivos de métodos pueden resultar dañinos; en cambio, una comunicación responsable, sobria, cuidadosa y orientada a la búsqueda de ayuda puede favorecer la prevención. Las narrativas que muestran posibilidades de afrontamiento, recuperación, acompañamiento y pedido de ayuda han sido asociadas con efectos protectores, en línea con el denominado efecto Papageno (Niederkrotenthaler et al., 2022). Por ello, el silencio no debe confundirse con cuidado. Muchas veces, el silencio profundiza el estigma, mientras que la palabra responsable puede abrir una vía de acompañamiento.

El estigma constituye una barrera especialmente relevante. Las personas con ideación suicida, quienes atravesaron intentos, las familias en duelo y las comunidades afectadas pueden experimentar vergüenza, culpa, temor al juicio social o aislamiento. Estas formas de estigmatización dificultan pedir ayuda, hablar del sufrimiento y sostener redes de apoyo. La revisión de Wyllie et al. (2025) señala que el estigma vinculado con el suicidio se asocia con menor búsqueda de ayuda, peor salud mental, mayor dificultad en el duelo y mayor riesgo suicida. Por esta razón, prevenir también implica construir lenguajes institucionales y comunitarios que no etiqueten, no culpabilicen y no reduzcan el sufrimiento a debilidad, dramatización o fracaso personal.

Esta reflexión adquiere especial importancia al considerar las diferencias por género. Así como resulta indispensable sostener políticas de protección, igualdad y reconocimiento de derechos para mujeres y diversidades, también es necesario abrir espacios donde los varones puedan expresar vulnerabilidad, tristeza, miedo, angustia o desesperanza sin quedar atrapados en mandatos de autosuficiencia, dureza emocional o silencio. La evidencia reciente sobre masculinidades y suicidio advierte que ciertos rasgos asociados con normas tradicionales de masculinidad, en particular la restricción emocional y la presión por sostener fortaleza o estatus, pueden relacionarse con mayores dificultades para pedir ayuda y con formas más letales de conducta suicida (Starkey & Moore, 2026). Esto no debe interpretarse como una culpabilización de los varones, sino como una invitación a ampliar las posibilidades subjetivas y sociales disponibles para ellos.

Desde una perspectiva pedagógica, decir que todas las personas podemos ser sensibles no constituye una frase menor. Significa reconocer que el malestar psíquico puede atravesar a cualquiera, aunque no siempre se exprese de la misma manera ni encuentre los mismos canales para ser escuchado. Llorar, pedir ayuda, nombrar el dolor, hablar con alguien de confianza o acudir a un servicio de salud no deberían constituir actos excepcionales ni vergonzantes, sino formas legítimas de cuidado. En este punto, la prevención del suicidio se vincula también con una educación emocional y social más amplia: aprender a reconocer señales de sufrimiento, habilitar la conversación, escuchar sin juzgar, acompañar sin invadir y derivar sin abandonar.

Por ello, la lectura de este informe no debería limitarse a señalar un grupo prioritario o un ámbito privilegiado de intervención. La concentración adolescente y el papel de la escuela ofrecen una oportunidad concreta de prevención, pero el abordaje debe permanecer abierto a otras edades, otros territorios y otros espacios de la vida comunitaria. Las personas adultas pueden atravesar crisis vinculadas con desempleo, deudas, separaciones, consumos, violencias, soledad o enfermedades crónicas. Las personas mayores pueden enfrentar duelos, aislamiento, pérdida de autonomía o padecimientos físicos persistentes. Quienes trabajan en instituciones de cuidado también pueden experimentar desgaste emocional. Cada grupo requiere lenguajes, dispositivos y formas de acompañamiento acordes con su realidad.

En suma, los datos ofrecen una brújula, no un límite. Indican dónde comenzar, pero también muestran la responsabilidad de ampliar la mirada. La prevención del suicidio exige registros de calidad, decisiones basadas en evidencia, intervenciones

intersectoriales y una ética pública del cuidado. Supone hablar del tema sin sensacionalismo, acompañar sin estigmatizar, reconocer diferencias sin oponer sufrimientos y construir condiciones para que pedir ayuda sea posible. En ese horizonte, el valor principal de este informe no reside solo en describir lo ocurrido, sino en abrir caminos para que las instituciones, las comunidades y las personas puedan responder antes, mejor y con mayor humanidad.

## REFERENCIAS

- Abbate, L., Chopra, J., Poole, H., & Saini, P. (2024). Evaluating postvention services and the acceptability of models of postvention: A systematic review. *OMEGA—Journal of Death and Dying*, 90(2), 865–905. <https://doi.org/10.1177/00302228221112723>
- Arnon, S., Shahar, G., & Klomek, A. B. (2024). Continuity of care in suicide prevention: Current status and future directions. *Frontiers in Public Health*, 11, 1266717. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1266717>
- Bebbington, E., Poole, R., Kumar, S. P., Krayner, A., Krishna, M., Taylor, P., Hawton, K., Raman, R., Kakola, M., Srinivasarangan, M., & Robinson, C. (2023). Establishing self-harm registers: The role of process mapping to improve quality of surveillance data globally. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(3), 2647. <https://doi.org/10.3390/ijerph20032647>
- Cai, Z., Junus, A., Chang, Q., & Yip, P. S. F. (2022). The lethality of suicide methods: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 300, 121–129. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.12.054>
- Carretta, R. F., McKee, S. A., & Rhee, T. G. (2023). Gender differences in risks of suicide and suicidal behaviors in the USA: A narrative review. *Current Psychiatry Reports*, 25, 809–824. <https://doi.org/10.1007/s11920-023-01473-1>
- Corassa, R. B., Souto, R. M. C. V., Viana, M. C., & Morais Neto, O. L. (2025). Adolescent suicide trends in Brazil (2000–2022): An ecological analysis by sex, age, and suicide methods. *PLOS ONE*, 20(7), e0309505. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0309505>
- Ferreira, L., Oliveira de Almeida, S., Pessoa dos Santos, R., Oliveira, S., & Cardoso, L. (2024). A prevenção, intervenção e pósvenção do suicídio na Guarda Nacional Republicana. *Revista de Psicologia*, 42(2), 703–736.
- González Sánchez, M., Gil Madrona, P., Losada Puente, L., & García Perales, R. (2024). Programas de prevención del suicidio en adolescentes: Una revisión sistemática. *European Journal of Education and Psychology*, 17(1), 1–28. <https://doi.org/10.32457/ejep.v17i1.2470>
- Homan, S., Marciniak, M. A., Michel, S., Bertram, A. M., Rühlmann, C., Pethő, A., Kirchhofer, L., Biele, L., Segerer, R., Homan, P., Olbrich, S., O'Connor, R. C., & Kleim, B. (2026). Effectiveness of brief interventions and contacts after suicide attempt: A systematic review and meta-analysis. *EClinicalMedicine*. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2026.103824>
- Kim, Y., Krause, T. M., & Lane, S. D. (2023). Trends and seasonality of emergency department visits and hospitalizations for suicidality among children and adolescents in the US from 2016 to 2021. *JAMA Network Open*, 6(7), e2324183. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2023.24183>
- Ministerio de Salud de la Nación Argentina. (2022). *Resolución 1717/2022: Programa de Abordaje Integral de la Problemática del Suicidio*. Ministerio de Salud de la Nación.
- National Institute for Health and Care Excellence. (2022). *Self-harm: Assessment, management and preventing recurrence* (NICE Guideline NG225). NICE.
- Nicholls, T., Krysinska, K., Reifels, L., Kartal, D., & Andriessen, K. (2024). Implementation of suicide bereavement support: A scoping review. *Frontiers in Public Health*, 12, 1474641. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1474641>
- Niederkrotenthaler, T., Till, B., Kirchner, S., Sinyor, M., Braun, M., Pirkis, J., Tran, U. S., Voracek, M., Arendt, F., Ftanou, M., Kovacs, R., King, K., Schlichthorst, M., Stack, S., & Spittal, M. J. (2022). Effects of media stories of hope and recovery on suicidal ideation and help-seeking attitudes and intentions: Systematic review and meta-analysis. *The Lancet Public Health*, 7(2), e156–e168. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(21\)00274-7](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(21)00274-7)
- OECD. (2024). *Health at a Glance 2024: OECD Indicators*. OECD Publishing. [https://doi.org/10.1787/health\\_glance-2024-en](https://doi.org/10.1787/health_glance-2024-en)
- Organización Mundial de la Salud. (2025). *Suicide worldwide*. OMS.

- Pirkis, J., Dandon, R., Silverman, M., Khan, M., & Hawton, K. (2024). Preventing suicide: A public health approach to a global problem. *The Lancet Public Health*, 9(10), e787–e795. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(24\)00149-X](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(24)00149-X)
- Silva, A. C., Vanzela, A. S., Pedrollo, L. F. S., Baker, J., de Carvalho, J. C. M., Sequeira, C. A. C., Vedana, K. G. G., & dos Santos, J. C. P. (2024). Characteristics of surveillance systems for suicide and self-harm: A scoping review. *PLOS Global Public Health*, 4(7), e0003292. <https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0003292>
- Starkey, C., & Moore, F. (2026). Masculinities and suicide: A systematic review and meta-analysis. *PLOS ONE*, 21(2), e0342172. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0342172>
- Steeg, S., Ledden, S., Marzano, L., Dutta, R., Quinlivan, L., Kapur, N., John, A., & Webb, R. (2025). Effectiveness of suicide means restriction: An overview of systematic reviews. *BMJ Mental Health*, 28(1), e302069. <https://doi.org/10.1136/bmjment-2025-302069>
- Turecki, G., Brent, D. A., Gunnell, D., O'Connor, R. C., Oquendo, M. A., Pirkis, J., & Stanley, B. H. (2023). Suicide and suicide risk. *Nature Reviews Disease Primers*, 9, 1–22. <https://doi.org/10.1038/s41572-023-00412-7>
- Walsh, E. H., Herring, M. P., & McMahon, J. (2023). A systematic review of school-based suicide prevention interventions for adolescents, and intervention and contextual factors in prevention. *Prevention Science*, 24, 365–381. <https://doi.org/10.1007/s11121-022-01449-2>
- World Health Organization [WHO]. (2023). *Suicide worldwide in 2023: Global health estimates*. WHO. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240081238>
- Wyllie, J. M., Robb, K. A., Sandford, D., Etherson, M. E., Belkadi, N., & O'Connor, R. C. (2025). Suicide-related stigma and its relationship with help-seeking, mental health, suicidality and grief: A scoping review. *BJPsych Open*, 11(2), e60. <https://doi.org/10.1192/bjo.2024.857>
- Zhang, R., & Volkow, N. D. (2023). Seasonality of brain function: Role in psychiatric disorders. *Translational Psychiatry*, 13, 65. <https://doi.org/10.1038/s41398-023-02365-x>

## ANEXO A. NOTA METODOLÓGICA

**Tasas.** Las tasas brutas se calculan como el cociente entre los eventos del año y la población estimada, multiplicado por 100.000. Los denominadores provienen de la estructura censal de 2022 reescalada hacia el año de referencia mediante las proyecciones provinciales del IPEC.

**Letalidad.** La letalidad de cada método se estima como la proporción de concreciones sobre el total de eventos no fatales y fatales de ese método. Constituye un indicador del riesgo relativo del mecanismo; el orden entre métodos resulta robusto, aun cuando las magnitudes absolutas dependan de la cobertura del registro.

**Resguardo de la confidencialidad.** Todo el procesamiento se realizó sobre datos disociados de los identificadores personales. Los resultados se presentan en forma agregada, conforme las reglas del secreto estadístico establecidas por la Ley 17.622 y la Ley 25.326.

## ANEXO B. REPRODUCIBILIDAD COMPUTACIONAL

El análisis se desarrolló mediante una secuencia de cuadernos de cómputo reproducibles. Cada cuaderno documenta el procesamiento desde la fuente original hasta los resultados, lo que garantiza la trazabilidad y la replicabilidad de las cifras presentadas en este informe, en línea con los estándares de reproducibilidad adoptados por el IPEC.

# Análisis estadístico del Registro Provincial de Eventos de Suicidio en Misiones

Período 2024-2026



IPEC  
Instituto Provincial  
de Estadística y Censos

25 de Mayo 1460 2° y 3° piso

**Tel:** 0376 - 4447109

**WhatsApp:** 3765 016420

**Web:** [www.ipec.misiones.gov.ar](http://www.ipec.misiones.gov.ar)

**Email:** [ipec@misiones.gov.ar](mailto:ipec@misiones.gov.ar)

CP 3300 Posadas - Misiones