

PROYECTO DE REFORMA DE LA LEY NACIONAL DE SALUD MENTAL N° 26.657

Análisis técnico desde una perspectiva de derechos



Junio 2026

Índice

1. Introducción	2
2. El proceso de elaboración del proyecto	3
3. Análisis de las principales modificaciones	5
3.1. El desmantelamiento del modelo comunitario y la vuelta al hospital psiquiátrico	5
3.1.1. La reapertura de las instituciones monovalentes	6
3.1.2. La supresión de la enumeración legal de los dispositivos comunitarios	14
3.1.3. El debilitamiento de la interdisciplina	18
3.2. La extensión de prácticas coercitivas	22
3.2.1. La ampliación de la internación involuntaria	23
3.2.2. La limitación de las externaciones	25
3.3. El debilitamiento del control y la defensa de derechos	27
3.3.1. Las modificaciones al Órgano de Revisión Nacional	27
3.3.2. El reemplazo del censo por un registro sin contenido ni periodicidad	29
4. Consideraciones finales	31

1. Introducción¹

El presente informe analiza el proyecto de modificación de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 impulsado por el Poder Ejecutivo Nacional y enviado al Congreso el 17 de abril de 2026².

Para comprender el alcance de las transformaciones que propone la iniciativa, es necesario situar la ley 26.657 en el marco del cambio de paradigma en materia de salud mental, que se consolidó en las últimas décadas a nivel nacional e internacional. **Históricamente, la atención en este campo se organizó en torno al hospital psiquiátrico**, una institución de internación prolongada, separada de la comunidad y sujeta a escasos y deficientes mecanismos de control. **La evidencia acumulada sobre su funcionamiento mostró de manera contundente que ese modelo no solo se asocia a malos tratos, sino que además produce resultados sanitarios nocivos, favoreciendo la agudización del sufrimiento, la cronificación de las situaciones que lo originan y la pérdida de autonomía de las personas que pasan por allí.**

Frente a ese diagnóstico, y con basamento científico y enfoque de derechos humanos, los instrumentos internacionales y las políticas públicas de algunos países comenzaron a orientarse hacia la sustitución del modelo manicomial por uno basado en la atención comunitaria, la integración de la salud mental en los servicios generales y el reconocimiento de las personas usuarias como sujetos de derecho. En este proceso se inscribe una pluralidad de documentos que van desde la Declaración de Caracas de 1990 hasta la Guía sobre salud mental, derechos humanos y legislación elaborada por la Organización Mundial de la Salud y la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (en adelante, “Guía OMS/ACNUDH”)³ de 2024, que han promovido la desinstitucionalización y la reducción de las prácticas coercitivas.

En el plano del derecho internacional de los derechos humanos, **el modelo comunitario adquirió carácter obligatorio para nuestro país a partir de la ratificación de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad**

¹ Este informe fue elaborado por Eduardo Quiroga, y revisado por Celeste Fernandez y Francisco Rodríguez.

² El proyecto ingresó bajo el número de mensaje MEN-2026-108-APN-PTE.

³ Organización Mundial de la Salud y Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, *Salud mental, derechos humanos y legislación. Orientación y práctica*, Ginebra, 2024, disponible en:

<https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/514f4b43-ced4-4c5f-ad03-c6d6db81ae6f/content>.

(en adelante, “CDPD”), ratificada por ley 26.378 y con jerarquía constitucional desde 2014 (ley 27.044). Este tratado prohibió la privación de libertad basada en la discapacidad (artículo 14); consagró el derecho de las personas a vivir de forma independiente, fuera de todo tipo de instituciones, y a ser incluidas en la comunidad (artículo 19); y dispuso que los Estados deben garantizar que la atención sanitaria se preste sobre la base del consentimiento libre e informado (artículo 25).

La ley 26.657 fue el instrumento mediante el cual Argentina incorporó el consenso internacional a su derecho interno, lo que posicionó a nuestro país como pionero en la región latinoamericana. Su sanción implicó un cambio de paradigma basado en la sustitución del modelo manicomial por uno centrado en la comunidad, la interdisciplina y los derechos. En esa línea, dispuso el cierre progresivo de los hospitales psiquiátricos existentes y la prohibición de crear nuevas instituciones de ese tipo, ordenó la realización de internaciones en hospitales generales exclusivamente en casos de riesgo cierto e inminente (y solo mientras dicho riesgo persista), la incorporación de la salud mental en el primer nivel de atención y la creación de dispositivos de inclusión social. Para asegurar y sostener esa transformación, determinó que el 10% del gasto nacional en salud debía destinarse a salud mental, meta que debía alcanzarse en un plazo máximo de 3 años desde su aprobación.

A pesar de la probada necesidad de avanzar en el modelo comunitario, el proyecto bajo análisis introduce modificaciones que alteran los pilares sobre los que se estructuró la ley vigente y desnaturalizan por completo su espíritu. El texto reduce garantías, amplía los supuestos de tratamiento involuntario, reinstala los hospitales psiquiátricos y debilita los mecanismos de control del sistema de atención. En los siguientes apartados se estudian las modificaciones que se consideran más relevantes, partiendo del enfoque de derechos humanos y la evidencia científica disponible.

2. El proceso de elaboración del proyecto

Cabe destacar, como cuestión preliminar, que **el proceso de elaboración del proyecto bajo análisis no contempló la participación de organizaciones de personas con discapacidad. Esta no es una omisión menor, sino que refleja un incumplimiento de un deber jurídico.** En efecto, la CDPD establece en su artículo 4.3 la obligación de los

Estados de consultar y colaborar activamente con las personas con discapacidad, a través de las organizaciones que las representan, en la elaboración y aplicación de toda legislación o política que pudiera afectarlas directa o indirectamente. La ausencia de un proceso de consulta transparente y documentado con organizaciones de personas con discapacidad psicosocial constituye en sí misma una violación a los estándares que la propia fundamentación de la propuesta invoca como marco de referencia.

Al definir el alcance de este derecho, el Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (en adelante, “Comité CDPD”) sostuvo en su Observación General nro. 7 que “[l]os Estados partes deberían considerar las consultas y la integración de las personas con discapacidad como medida obligatoria antes de aprobar leyes, reglamentos y políticas, ya sean de carácter general o relativos a la discapacidad”⁴, entendiendo que estas cuestiones abarcan “toda la gama de medidas legislativas, administrativas y de otra índole que puedan afectar de forma directa o indirecta a los derechos de las personas con discapacidad”⁵. Específicamente, el Comité menciona entre las medidas que pueden afectar estos derechos a aquellas relativas a la desinstitucionalización y a las políticas públicas en el ámbito de la salud⁶.

A su vez, el Comité precisó que las consultas deben comenzar “en las fases iniciales del proceso y contribuir al resultado final”⁷, lo que implica que la obligación no se agota en la instancia de aprobación legislativa sino que alcanza también la etapa de elaboración del proyecto. Cuanto más tempranas son las instancias de participación y más oportunidades hay de participar, mayores son también las posibilidades de que la norma que finalmente se apruebe recepte de manera adecuada las preocupaciones y demandas del colectivo de personas con discapacidad.

La participación real supone la divulgación previa, oportuna y amplia de la información pertinente para cada proceso, la implementación de mecanismos (encuestas, reuniones, herramientas en línea, etc.) que cumplan con los requisitos de accesibilidad y contemplen la posibilidad de realizar ajustes razonables, y la designación de personas que hagan un seguimiento del procedimiento⁸.

⁴ Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, Observación General nro. 7 sobre la participación de las personas con discapacidad en la implementación y monitoreo de la Convención, CRPD/C/GC/7, 2018, párr. 15, disponible en: <https://docs.un.org/es/CRPD/C/GC/7>.

⁵ *Ibid.*, párr. 18.

⁶ *Ibid.*, párr. 20.

⁷ *Ibid.*, párr. 15.

⁸ *Ibid.*, párr. 54.

La participación y la consideración efectiva de las opiniones de las organizaciones de personas con discapacidad no debe ser entendida como una mera formalidad o como un gesto simbólico, sino que los Estados partes deben tener en cuenta los resultados de esas consultas y reflejarlos en las decisiones que se adopten, informando debidamente a los participantes del resultado del proceso⁹.

Más allá de no implementar mecanismos específicos, el Poder Ejecutivo tampoco utilizó los dispositivos intersectoriales existentes para discutir y validar el proyecto. El Consejo Consultivo Honorario en Salud Mental y Adicciones y el Órgano de Revisión Nacional de Salud Mental —organismos que entre sus funciones cuentan con facultades para hacer recomendaciones de política pública— no fueron convocados en su proceso de elaboración.

En este contexto, de avanzar el tratamiento legislativo del proyecto, **resulta fundamental que el Congreso de la Nación establezca un mecanismo de participación plural, accesible y con alcance federal** que garantice el efectivo cumplimiento del artículo 4.3 de la CDPD.

3. Análisis de las principales modificaciones

La evaluación integral de los cambios propuestos por el Poder Ejecutivo evidencia que el proyecto afecta pilares fundamentales de la Ley Nacional de Salud Mental, entre ellos la sustitución del modelo manicomial por uno de base comunitaria, la excepcionalidad de los tratamientos involuntarios y la existencia de mecanismos independientes e intersectoriales para el control de cumplimiento de la norma. A continuación se analiza el impacto sobre cada uno de esos pilares.

3.1. El desmantelamiento del modelo comunitario y la vuelta al hospital psiquiátrico

La ley 26.657 estructuró el sistema de atención en salud mental sobre la base de un modelo que defiende la vida en comunidad, articulando dispositivos alternativos a la internación, asegurando la integración de esta especialidad en los servicios generales de salud y garantizando el trabajo interdisciplinario. La propuesta bajo

⁹ *Ibíd.*, párr. 48.

análisis introduce modificaciones que alteran ese esquema y debilitan los principios que lo sostienen.

3.1.1. La reapertura de las instituciones monovalentes

En el año 2010, el artículo 27 de la Ley Nacional de Salud Mental prohibió expresamente la creación de nuevos manicomios, neuropsiquiátricos o instituciones de internación monovalentes, públicos y privados, y dispuso que los existentes debían adaptarse a los objetivos de la ley hasta su sustitución definitiva. Su decreto reglamentario estableció el año 2020 como fecha límite para alcanzar esa meta. Esta disposición constituyó uno de los núcleos del cambio de paradigma que la ley instauró, en línea con el proceso sostenido de transformación de los sistemas de salud mental a nivel internacional al que se aludió previamente.

Ya en la Declaración de Caracas de 1990, representantes de diferentes países de la región se habían propuesto la reestructuración de los sistemas de salud basados en los hospitales psiquiátricos, bajo el entendimiento de que estos centros ponían en peligro la vigencia de los derechos humanos, absorbían la mayor parte de los recursos destinados a la salud mental e impedían abordajes integrales. En su lugar, se comprometieron a la creación de servicios comunitarios, tendientes a lograr una atención descentralizada, participativa, preventiva y respetuosa de la dignidad humana. El punto 5 de la Declaración expresamente indica que *“la capacitación del recurso humano en Salud Mental y Psiquiatría debe hacerse apuntando a un modelo cuyo eje pasa por el servicio de salud comunitaria y propicia la internación psiquiátrica en los hospitales generales”*¹⁰.

En los años siguientes, este enfoque fue reafirmado y profundizado por distintos instrumentos. El informe "Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas", elaborado por la Organización Mundial de la Salud en 2001, sostuvo que los hospitales psiquiátricos debían cerrarse y sustituirse por una atención comunitaria bien organizada y por camas de psiquiatría en hospitales generales¹¹. En igual sentido, los Principios de Brasilia destacaron en 2005 la necesidad de establecer redes de servicios comunitarios que reemplazaran los hospitales psiquiátricos, incluyendo,

¹⁰ Organización Panamericana de la Salud (OPS)/Organización Mundial de la Salud (OMS), Declaración de Caracas, 1990, disponible en: https://www.oas.org/dil/esp/declaracion_de_caracas.pdf.

¹¹ Organización Mundial de la Salud (OMS), *Informe sobre la salud en el mundo - "Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas"*, 2001, disponible en: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/047c7c3c-f2d7-48e5-9aed-2fdc54c3f8e9/content>.

cuando fuera necesaria, la admisión en hospitales generales¹². En “La reforma de los servicios de salud mental: 15 años después de la Declaración de Caracas” de 2007, la OPS/OMS insistió en que las acciones de los Estados debían enfocarse en los servicios alternativos a la internación psiquiátrica y en la integración de la salud mental en los servicios generales¹³. La CDPD, por su parte, prohibió la vida dentro de instituciones, y la Estrategia y Plan de Acción sobre Salud Mental de la OPS estableció como objetivo central la creación de una red diversificada de servicios comunitarios que incluyera unidades en hospitales generales, residencias comunitarias, centros de atención diurna y servicios ambulatorios¹⁴.

Habiendo transcurrido casi 40 años de la primera declaración internacional, no caben dudas de que el enfoque encarnado por ella se ha mantenido hasta nuestros días: las Orientaciones de la OPS/OMS sobre servicios comunitarios de salud mental (2022)¹⁵ y la Guía OMS/ACNUDH (2024)¹⁶ han reafirmado que los sistemas basados en instituciones psiquiátricas se asocian a la exclusión social y a prácticas violatorias de los derechos humanos, y han señalado que los marcos legales deben orientarse a la desinstitucionalización, al desarrollo de apoyos en la comunidad y a la reducción de las intervenciones coercitivas.

Ahora bien, cabe preguntarse entonces por qué todas estas directrices han sido tan categóricas respecto del camino que los Estados deben adoptar. La respuesta es bien sencilla. **El modelo basado en el hospital psiquiátrico exhibe dos grandes problemas, cuya consideración resulta insoslayable al momento de definir la política pública aplicable en la materia: el primero es que daña el sistema de atención en cuanto tal, y es inefectivo para responder a los problemas que enfrenta actualmente; el**

¹² Organización Panamericana de la Salud (OPS), *Principios de Brasilia - “Principios Rectores Para el Desarrollo de la Atención en Salud Mental en las Américas”*, 2005, disponible en: https://www.mpba.gov.ar/files/documents/PRINCIPIOS_DE_BRASILIA.pdf.

¹³ Organización Panamericana de la Salud (OPS)/Organización Mundial de la Salud (OMS), *La reforma de los servicios de salud mental: 15 años después de la Declaración de Caracas*, 2007, disponible en: <https://iris.paho.org/server/api/core/bitstreams/217a5adc-b260-4664-b500-dcc77a47f6de/content>.

¹⁴ Organización Panamericana de la Salud (OPS), *Estrategia y Plan de Acción sobre Salud Mental*, Washington, D.C., 2009, disponible en: <https://www.paho.org/sites/default/files/Estrategia-y-plan-de-accion-sobre-salud-mental-2009.pdf>.

¹⁵ Organización Panamericana de la Salud (OPS), *Orientaciones sobre los servicios comunitarios de salud mental: promover los enfoques centrados en las personas y basados en los derechos*, Washington, D.C., 2022, disponible en: <https://iris.paho.org/server/api/core/bitstreams/bdada1a6-a80a-4466-a4ae-5f1fc3428fa6/content>.

¹⁶ Organización Mundial de la Salud y Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, *op. cit.*

segundo, que daña a las personas, toda vez que conduce a abordajes iatrogénicos y violatorios de derechos.

Respecto del primero, está ampliamente documentado que **la integración de la salud mental en los servicios generales —por oposición a los especializados— produce mejores resultados sanitarios y sociales.** En un contexto en el que Argentina tiene un serio problema de brecha en la atención, incorporar a la salud mental en dispositivos del primer nivel y en hospitales generales resulta fundamental: **dichos servicios están mejor distribuidos territorialmente y son, en consecuencia, más cercanos a las personas, por lo que favorecen la prevención y el abordaje oportuno de situaciones que luego podrían devenir en crisis.** Además de la atención de las personas en sus localidades junto a sus redes de apoyo natural, se han documentado otros beneficios específicos, como **la reducción del tiempo promedio de internación y de las recaídas, y el incremento en los índices de recuperación**¹⁷. La OPS/OMS también puntualizó que la integración de la salud mental en los servicios generales “*tiene numerosas ventajas, en cuanto disminuye la estigmatización, facilita la detección de enfermedades y, por otra parte, coadyuva al mejor tratamiento de los problemas somáticos en personas con ‘enfermedades mentales’*¹⁸ y *alivia los costos al compartir las mismas infraestructuras*”¹⁹. La Guía OMS/ACNUDH refuerza este último punto al señalar que “*los análisis han demostrado que los costes de hospitalización a menudo superan los de un tratamiento, atención y apoyo equivalentes en la comunidad*”²⁰.

De acuerdo al estudio realizado por la Dirección Nacional de Salud Mental en 2019, bajo escenario de gestión eficiente de recursos, el modelo comunitario sería costo-efectivo respecto del modelo hospitalario monovalente. Asimismo, considerando el ahorro presupuestario que ofrecería el modelo comunitario respecto de los costos actuales de operación del modelo asilar, la inversión inicial necesaria para implementarlo podría ser recuperada luego de 2 años de funcionamiento²¹.

¹⁷ Cohen, H. y Natella, G., *La desmanicomialización: crónica de la reforma de salud mental en Río Negro*, Buenos Aires, Lugar Editorial, 1a. ed., 2013, pp. 224 y ss.

¹⁸ El entrecorillado es nuestro, y se debe a que consideramos que la expresión “personas con enfermedades mentales” es propia del modelo médico de la discapacidad y contraria al modelo social.

¹⁹ Organización Panamericana de la Salud (OPS)/Organización Mundial de la Salud (OMS), *La reforma...*, *op. cit.*, p. 71.

²⁰ Organización Mundial de la Salud y Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, *op. cit.*, p. 96.

²¹ Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, *Estudio de costos para el abordaje del padecimiento mental en el marco del modelo de atención dispuesto por la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657*, 2019.

Respecto del segundo problema referenciado, la OMS ha documentado que en los centros psiquiátricos se evidencian repetidos casos de maltrato a las personas internadas, aislamiento geográfico y profesional de las instituciones y su personal, deficientes sistemas de notificación y contabilidad, mala gestión, administración ineficaz, asignación insatisfactoria de los recursos financieros, falta de formación del personal, y procedimientos de inspección y control de calidad insuficientes²². En igual sentido, la OPS ha sostenido que esas instituciones *“se asocian con **extensas prácticas coercitivas y violaciones de los derechos humanos que incluyen la violencia, el abuso y la negligencia, así como también el ingreso y el tratamiento involuntarios, la reclusión y las restricciones físicas, mecánicas y químicas, y condiciones de vida inhumanas y degradantes**”*²³.

Lo expuesto anteriormente no es una caracterización teórica o ajena a la realidad argentina, sino que es una situación documentada exhaustivamente también en nuestro país.

El Órgano de Revisión Nacional de Salud Mental (en adelante, “ORN”) ha registrado prácticas violatorias de los derechos de las personas alojadas en instituciones psiquiátricas públicas y privadas desde su constitución en 2013 hasta la actualidad. Entre ellas, la utilización de **sujeciones mecánicas y físicas prolongadas**, con un caso extremo de una joven de 25 años que permaneció bajo sujeción mecánica por más de cinco años continuos registrado por su Secretaría Ejecutiva²⁴.

Asimismo, el organismo ha denunciado la existencia de **celdas de aislamiento**, como las halladas en 2014 en una clínica privada de internación psiquiátrica situada en el conurbano bonaerense, donde una persona de 60 años estaba encerrada en un espacio reducido, atada a la cama y con un balde para realizar sus necesidades²⁵. Se encontraron también salas de aislamiento usadas como castigo y dinámicas de privación de libertad ambulatoria.

²² Organización Mundial de la Salud (OMS), *op. cit.*, p. xvi.

²³ Organización Panamericana de la Salud (OPS), *Orientaciones...*, *op. cit.*, p. 40.

²⁴ Ministerio Público de la Defensa, Informe anual 2023, p. 254, disponible en: <https://www.mpd.gov.ar/pdf/publicaciones/Libro%20IA%202023.pdf>.

²⁵ Órgano de Revisión Nacional, Resolución SE N° 15/2014 - Documento sobre muerte en Instituciones Monovalentes de Salud Mental, 2014, p. 17, disponible en: https://www.mpd.gov.ar/pdf/saludmental/Reso_15_2014%20-%20muerte%20en%20contexto%20de%20encierro.pdf.

En el ámbito de la salud mental infanto-juvenil, el ORN constató **condiciones de alojamiento indignas**, tales como ausencia de calefacción y ventilación, carencia de puertas y elementos que favorezcan la privacidad e intimidad tanto en las habitaciones como en los baños, escasez en ropa de cama y ropa de abrigo, y sujeciones físicas reiteradas o prolongadas y sin acompañamiento²⁶. También intervino frente a denuncias de **abuso sexual** intrahospitalario²⁷.

Recientemente, en 2024 constató casos de personas adultas internadas que alcanzaban hasta cuarenta años de encierro. En su informe de gestión de 2025 nuevamente registró sujeciones mecánicas desproporcionadas en su prescripción, **presencia policial armada en salas de internación, pedidos de electroshock y cámaras en habitaciones sin consentimiento ni autorización judicial**²⁸.

Por su parte, el Comité Nacional para la Prevención de la Tortura (en adelante, “CNPT”) ha identificado **prácticas de tortura y malos tratos** en instituciones monovalentes²⁹. Entre ellas, detectó el uso de sujeciones sin justificación clínica, sin control o en situaciones no autorizadas, documentando casos de personas mantenidas bajo esa modalidad durante días y obligadas a realizar sus necesidades fisiológicas sobre su propio cuerpo³⁰, **situaciones que en algunos casos derivaron en fallecimientos**³¹. Asimismo, constató prácticas de aislamiento acompañadas de condiciones de habitabilidad inaceptables, como la falta de luz y ventilación, la humedad y la ausencia de sanitarios, lo que implicaba que personas pudieran permanecer por días, semanas o meses en total oscuridad y sin interacción humana, forzadas a hacer sus necesidades en bolsas o botellas³².

A esto se suman **condiciones generales de sobrepoblación y abandono** que el CNPT también documentó, entre ellas personas internadas sin criterio, personas desnudas transitando por los establecimientos, escasez de camas, plagas, colchones en mal

²⁶ Órgano de Revisión Nacional, Informe de Gestión Anual 2017, p. 18, disponible en:

<https://www.mpd.gov.ar/pdf/saludmental/Res.%20SE%2006.2018%20Informe%20anual%202017.pdf>.

²⁷ Órgano de Revisión Nacional, Informe de Gestión Anual 2016, p. 15, disponible en: https://www.mpd.gov.ar/pdf/saludmental/INFORME%20ANUAL%20ORN_2016_PDF.pdf.

²⁸ Ministerio Público de la Defensa, Informe anual, 2025, p. 271, disponible en:

<https://www.mpd.gov.ar/pdf/publicaciones/Libro-IA-2025.pdf>.

²⁹ Comité Nacional para la Prevención de la Tortura (CNPT), Observaciones del CNPT sobre el Proyecto pe-99/26 de modificación de la Ley Nacional “Derecho a la Protección de la Salud Mental” (Ley N° 26.657), p. 10, disponible en:

<https://cnpt.gob.ar/2022/wp-content/uploads/2026/05/Observaciones-del-CNPT-Sobre-El-Proyecto-De-Modificacion-de-la-Ley-Nacional-de-Salud-Mental.pdf>.

³⁰ *Ibíd.*

³¹ *Ibíd.*, p. 11.

³² *Ibíd.*, p. 14

estado y personas orinadas y defecadas. Se observaron además situaciones como personas comiendo directamente del suelo y compartiendo alimentos con palomas, durmiendo sobre mesas o en estado de somnolencia permanente³³.

A pesar de lo anterior, las instituciones psiquiátricas en Argentina sobrevivieron al 2020 (plazo fijado como límite para su cierre por el decreto 603/2013) y las políticas dirigidas a promover su sustitución definitiva a nivel nacional fueron escasas. Frente a este escenario, la respuesta del proyecto no es impulsar el cumplimiento de la norma, sino modificarla para convalidar el modelo que hasta ahora subsiste desconociendo su letra, que es el único que puede ser responsabilizado por los déficits de atención existentes en materia de salud mental, dado que su alternativa nunca fue implementada.

En efecto, la propuesta de reforma del artículo 27 reemplaza la prohibición de crear nuevas instituciones monovalentes y la obligación de sustituir las existentes por una cláusula genérica que se limita a indicar que los establecimientos “*deberán funcionar conforme a los objetivos y principios expuestos por esta ley*”, sin establecer ninguna pauta concreta sobre qué implica ese funcionamiento ni qué garantías o principios deben cumplir y dejando estas definiciones neurálgicas a cargo del Ministerio de Salud. A su vez, la redacción propuesta para el artículo 28 completa ese giro al habilitar expresamente la internación en “*hospitales especializados en psiquiatría y salud mental y en instituciones con internación especializadas en psiquiatría*”, revirtiendo el mandato legal vigente de que toda internación debe realizarse en hospitales generales.

Ley 26.657	Proyecto de reforma
<p>ARTÍCULO 27: Queda prohibida por la presente ley la creación de nuevos manicomios, neuropsiquiátricos o instituciones de internación monovalentes, públicos o privados. En el caso de los ya existentes se deben adaptar a los objetivos y principios expuestos, hasta su sustitución definitiva por los dispositivos alternativos. Esta adaptación y sustitución en ningún caso puede significar reducción de personal ni merma en los derechos adquiridos de los mismos.</p>	<p>ARTÍCULO 27: Los establecimientos de salud deberán funcionar conforme a los objetivos y principios expuestos por esta ley, y de acuerdo a las normas complementarias y aclaratorias que establezca la Autoridad de Aplicación.</p>

³³ *Ibíd.*, p. 15.

ARTÍCULO 28: Las internaciones de salud mental deben realizarse en hospitales generales. A tal efecto los hospitales de la red pública deben contar con los recursos necesarios. El rechazo de la atención de pacientes, ya sea ambulatoria o en internación, por el solo hecho de tratarse de problemática de salud mental, será considerado acto discriminatorio en los términos de la ley 23.592.

ARTÍCULO 28: Las internaciones de salud mental deben realizarse en hospitales generales, en hospitales especializados en psiquiatría y salud mental y en instituciones con internación especializadas en psiquiatría y salud mental, sean públicos o privados. Los mismos forman parte de la red sanitaria, debiendo incorporar tanto en su propuesta asistencial como en su estructura edilicia al menos DOS (2) dispositivos ambulatorios de inclusión comunitaria conforme al artículo 11 de la presente ley.

El rechazo de la atención de pacientes, ya sea ambulatoria o en internación, por el solo hecho de tratarse de problemática de salud mental, será considerado acto discriminatorio en los términos de la Ley N° 23.592 y sus modificatorias.

La habilitación de la internación en establecimientos especializados impacta directamente sobre las posibilidades de incorporar servicios de salud mental en hospitales generales. La ley vigente, al establecer que toda internación debe realizarse únicamente en instituciones polivalentes y prohibir cualquier rechazo en ellas, les generó una obligación de brindar atención en salud mental, obligación que de aprobarse este proyecto desaparecería.

De este modo, el deber de fortalecer la red hospitalaria general pierde su principal sustento normativo. **Si las internaciones pueden realizarse igualmente en hospitales especializados, no hay imperativo legal que impulse la incorporación de servicios de salud mental en hospitales generales. El resultado es la consolidación y expansión del modelo que demostró ser ineficiente y la profundización de la falta de accesibilidad y disponibilidad de este tipo de servicios para gran parte de la población.**

La única exigencia que establece el proyecto para los establecimientos donde se realicen internaciones por salud mental es que deben incorporar *“al menos dos dispositivos ambulatorios de inclusión comunitaria”* dentro de su propuesta asistencial y estructura edilicia. La formulación es evidentemente contradictoria con el modelo que la ley actual promueve, ya que un pilar fundamental de la reestructuración del sistema de atención es su descentralización y la creación de dispositivos que estén en la comunidad, en el territorio donde las personas pueden vivir cerca de sus redes de apoyo, y no en instituciones. Exigir que esos dispositivos operen al interior del establecimiento especializado no acerca la atención a la comunidad. Por el contrario, reproduce la lógica de concentración institucional

dentro de un lugar que daña la salud y aísla a las personas. Además, dado que la definición de las características de esos dispositivos se regiría por el artículo 11 del proyecto —que, como se verá en el siguiente apartado, elimina la enumeración de los servicios comunitarios—, la exigencia queda vacía de contenido preciso y librada a la discrecionalidad del Ministerio de Salud de la Nación como autoridad de aplicación.

La modificación también impacta sobre el derecho de las personas usuarias a determinar anticipadamente cómo quieren ser atendidas en situaciones de crisis.

Aunque la sustitución definitiva de las instituciones monovalentes no se completó en los 15 años de vigencia de la ley, las personas con discapacidad psicosocial hoy tienen el derecho de exigir que sus internaciones se produzcan en hospitales generales y no en instituciones psiquiátricas. Al eliminar la obligación de sustituir esas instituciones y permitir expresamente las internaciones en ellas, el proyecto debilita esa posibilidad y vuelve más remoto su ejercicio.

Por último, cabe señalar que **la reforma también tiene consecuencias sobre la asignación de recursos presupuestarios.** Aunque el proyecto mantiene formalmente el piso del 10% del presupuesto de salud para salud mental establecido en el artículo 32 de la ley vigente, el propósito de esa disposición es respaldar la transición hacia un modelo comunitario. El Comité CDPD, en sus Observaciones finales realizadas al Estado argentino en el año 2023, recomendó expresamente *“redireccionar los presupuestos destinados al mantenimiento y construcción de hospitales psiquiátricos al financiamiento para programas de vida independiente en la comunidad”*³⁴. Con la reapertura de las instituciones monovalentes como destino válido de internación, ese financiamiento comenzará a fluir hacia el sostenimiento de establecimientos que violan derechos, en una dirección diametralmente contraria a la que el Comité señaló.

Recientemente, la Guía OMS/ACNUDH destacó la legislación de Argentina, Uruguay y México por prohibir la creación de nuevas instituciones psiquiátricas en un esfuerzo por cambiar hacia la salud mental comunitaria e identificó como buena práctica que se prohiba *“la creación de cualquier forma de institución; esto incluye nuevos manicomios, hospitales psiquiátricos, hospitales neuropsiquiátricos o instituciones monovalentes, e instituciones públicas o privadas de asistencia social”*.

³⁴ Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, Observaciones finales sobre los informes periódicos segundo y tercero combinados de la Argentina, CRPD/C/ARG/CO/2-3, 2023, párr. 31, disponible en: https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRPD%2FCO%2FARG%2FCO%2F2-3&Lang=en

En el instrumento se afirmó también que las instituciones existentes “*deben modificar su funcionamiento para facilitar la desinstitucionalización y, hasta su sustitución definitiva, restablecer la autonomía y elección individual de las personas residentes, y garantizar los objetivos y principios del apoyo comunitario centrado en la persona y basado en los derechos*”³⁵.

El proyecto del Poder Ejecutivo avanza justamente en el sentido contrario. Con esta modificación, la permanencia de miles de personas en instituciones monovalentes dejaría de ser una situación transitoria que el Estado debe revertir para convertirse en un *status quo* que el marco legal convalidaría. Es decir, la obligación de adecuación que pesa sobre todas las instituciones psiquiátricas desaparecería y las personas que llevan décadas internadas allí perderían la promesa que les había devuelto la esperanza.

3.1.2. La supresión de la enumeración legal de los dispositivos comunitarios

Un aspecto central del sistema de atención de base comunitaria que establece la ley 26.657 es la existencia de una red de servicios que permita el abordaje integral y humanizado de la salud mental y promueva la inclusión social. El artículo 11 del texto vigente enumera, de manera meramente enunciativa y a modo de orientación, ejemplos de los dispositivos que el Ministerio de Salud de la Nación, como autoridad de aplicación de la norma, debe promover en todo el país. Entre ellos, menciona las consultas ambulatorias, los servicios de inclusión social y laboral para personas después del alta institucional, la atención domiciliaria supervisada, el apoyo a las personas y grupos familiares y comunitarios, las casas de convivencia, los hospitales de día, las cooperativas de trabajo y los centros de capacitación socio-laboral.

Sin embargo, el proyecto en cuestión elimina esa enumeración y la reemplaza por una remisión genérica a “*dispositivos comunitarios y socio-laborales*” cuyas características quedarían sujetas a la definición que realizara el Ministerio de Salud.

³⁵ Organización Mundial de la Salud y Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, *op. cit.*, pp. 94 y 95.

Ley 26.657	Proyecto de reforma
<p>ARTÍCULO 11: La Autoridad de Aplicación debe promover que las autoridades de salud de cada jurisdicción, en coordinación con las áreas de educación, desarrollo social, trabajo y otras que correspondan, implementen acciones de inclusión social, laboral y de atención en salud mental comunitaria. Se debe promover el desarrollo de dispositivos tales como: consultas ambulatorias; servicios de inclusión social y laboral para personas después del alta institucional; atención domiciliaria supervisada y apoyo a las personas y grupos familiares y comunitarios; servicios para la promoción y prevención en salud mental, así como otras prestaciones tales como casas de convivencia, hospitales de día, cooperativas de trabajo, centros de capacitación socio-laboral, emprendimientos sociales, hogares y familias sustitutas.</p>	<p>ARTÍCULO 11: La Autoridad de Aplicación debe promover que las autoridades de salud de cada jurisdicción, en coordinación con las áreas de educación, desarrollo social, trabajo y otras que correspondan, implementen acciones de inclusión social, laboral y de atención en salud mental comunitaria, como así también promover el desarrollo de dispositivos comunitarios y socio-laborales mediante la conformación de una red de servicios integrados en la comunidad.</p> <p>La Autoridad de Aplicación determinará, en las normas complementarias y aclaratorias pertinentes, el tipo de dispositivos específicos para el abordaje de salud mental, incluyendo los que se requieran para el tratamiento de las adicciones, en cumplimiento con los principios establecidos en la presente ley.</p>

La enumeración que la ley vigente hace de los dispositivos es la expresión normativa de una concepción integral de la salud mental. Su artículo 3 la define como un “proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos”. Esa conceptualización tiene una consecuencia directa sobre el tipo de respuesta que el sistema debe ofrecer a las personas. Si el bienestar de ellas depende, entre otras cosas, de la vivienda, del trabajo y de los vínculos familiares y sociales, la respuesta no puede limitarse a las intervenciones médicas. La diversidad de servicios que enumera el artículo 11 expresa exactamente esa perspectiva. Las casas de convivencia y las familias sustitutas para quienes no tienen dónde vivir; las cooperativas de trabajo y los centros de capacitación socio-laboral acompañan a quienes necesitan inserción en el trabajo; el apoyo a grupos familiares reconoce que el entorno más cercano también requiere acompañamiento; la atención domiciliaria llega a quienes no pueden o no quieren desplazarse a una institución. Cada tipo de dispositivo responde a una dimensión específica del proceso de atención e inclusión en la comunidad, y su ausencia no es reemplazable por ningún otro servicio del sistema.

Esa diversidad que la ley reconoce coincide con el consenso construido a nivel internacional sobre qué clase de servicios debe incluir una red de atención comunitaria. Las Orientaciones de la OPS/OMS de 2022 establecen que “la atención comunitaria de salud mental no es una sola entidad, sino que incluye una variedad de servicios e intervenciones para satisfacer las diferentes necesidades de apoyo de las

*personas*³⁶, e identifican como componentes de esa red los servicios de respuesta en momentos de crisis, los centros de salud mental comunitarios, los servicios de alcance comunitario, los servicios de apoyo entre pares y la asistencia a la vida cotidiana³⁷. El mismo documento señala que *“el objetivo final es que los países establezcan su propia red de servicios de salud mental para desempeñar integralmente las funciones principales del apoyo en momentos de crisis, el tratamiento y el apoyo continuos y la inclusión comunitaria”*, lo que requiere *“considerar cuidadosamente el tipo de servicios que han de incluirse en la red, la forma en que estos se complementan y trabajan juntos, y la manera en que se interconectarán para trabajar sin barreras con el sector social y otros sectores”*³⁸. **Al retirar del texto legal la enumeración referida, el proyecto disuelve la obligación de construir una red comunitaria con la diversidad de componentes que una atención integral requiere.**

Así, esta modificación abre la puerta a la discrecionalidad. La enunciación constituye una orientación clara sobre cómo deben ser los dispositivos que el Ministerio de Salud debe promover en todo el país, en tanto define el tipo de respuesta que la norma considera adecuada para garantizar el derecho a la salud mental con base comunitaria. **Al delegar su determinación en normas complementarias de la autoridad de aplicación, los dispositivos pasan a poder definirse por mera resolución ministerial, lo cual resulta extremadamente preocupante si se tiene en cuenta que de aprobarse esta reforma ya no habría una ley con perspectiva comunitaria.**

En tal sentido, esta eliminación debe analizarse en el marco del conjunto de reformas que introduce el proyecto. Un artículo 11 sin contenido concreto que convive con un artículo 28 que habilita la internación en instituciones especializadas y con un artículo 27 que suprime la obligación de sustituir los hospitales psiquiátricos, puede terminar promoviendo dispositivos que orbiten alrededor de esas instituciones en lugar de reemplazarlas, o que —bajo la apariencia de promover la inclusión social— reproduzcan la misma lógica de los centros monovalentes. En otras palabras, si en un nuevo régimen legal no se prohibieran los grandes hospitales psiquiátricos, ¿por qué se prohibirían aquellos dispositivos que replican sus mismas prácticas?

³⁶ Organización Panamericana de la Salud (OPS), *Orientaciones...*, *op. cit.*, p. 207.

³⁷ *Ibid.*, p. 207.

³⁸ *Ibid.*, p. 208.

El riesgo de que se creen dispositivos que se presenten como comunitarios pero sean en realidad pequeñas instituciones no es hipotético, sino real. En países como el nuestro, que tienen el modelo del hospital psiquiátrico arraigado en sus sistemas de salud, las posibilidades de que eso suceda son elevadas, y las disposiciones legales claras son una (si no la única) herramienta para evitar que eso suceda. Tan real es ese riesgo que el Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad se ha preocupado por aclarar que los pequeños hogares o servicios residenciales en donde vive un grupo reducido de personas pero que contienen elementos de institucionalización, son violatorios del derecho a la vida independiente³⁹. En este sentido, el organismo indica que *“si bien los entornos institucionalizados pueden variar en tamaño, nombre y organización, tienen ciertos elementos inherentes, como el hecho de compartir de forma obligatoria los asistentes con otras personas y la escasa o nula influencia que se puede ejercer sobre aquellos de quienes se debe aceptar la ayuda; el aislamiento y la segregación respecto de la vida independiente en la comunidad; la falta de control sobre las decisiones cotidianas; la nula posibilidad de elegir con quién se vive; la rigidez de la rutina independientemente de la voluntad y las preferencias de la persona; actividades idénticas en el mismo lugar para un grupo de personas sometidas a una cierta autoridad; un enfoque paternalista de la prestación de los servicios; la supervisión del sistema de vida; y, por lo general, una desproporción en el número de personas con discapacidad que viven en el mismo entorno. Los entornos institucionales pueden ofrecer a las personas con discapacidad un cierto grado de posibilidades de elección y de control, pero esas decisiones se limitan a esferas concretas de la vida y no modifican el carácter de segregación que conllevan las instituciones”⁴⁰.*

La Guía OMS/ACNUDH ha sido clara en el punto, al señalar que la ley debe promover el desarrollo de servicios comunitarios *“estipulando que se disponga de una serie de servicios de salud mental y de apoyo en la comunidad”*, y que entre las obligaciones que puede establecer la normativa figura la de dar *“prioridad a la creación y el desarrollo de centros comunitarios de salud mental centrados en la persona y basados en los derechos, servicios de respuesta a crisis, servicios de extensión*

³⁹ Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, Observación general nro. 5 sobre el derecho a vivir de forma independiente y a ser incluido en la comunidad, CRPD/C/GC/5, 2017, párr. 16(c).

⁴⁰ *Ibíd.*

comunitaria y servicios de apoyo entre pares”⁴¹. Al retirar esa enunciación del texto legal, el proyecto le devuelve al Poder Ejecutivo una discrecionalidad que la ley vigente buscó precisamente acotar.

3.1.3. El debilitamiento de la interdisciplina

Uno de los ejes del proyecto es el desplazamiento de la lógica interdisciplinaria que la ley vigente consagra hacia un modelo con preeminencia del enfoque médico. Ese desplazamiento no se produce mediante una disposición única sino a través de una serie de modificaciones a diferentes artículos, los que se consignan en la tabla a continuación.

Ley 26.657	Proyecto de reforma
<p>ARTÍCULO 8: Debe promoverse que la atención en salud mental esté a cargo de un equipo interdisciplinario integrado por profesionales, técnicos y otros trabajadores capacitados con la debida acreditación de la autoridad competente. Se incluyen las áreas de psicología, psiquiatría, trabajo social, enfermería, terapia ocupacional y otras disciplinas o campos pertinentes.</p>	<p>ARTÍCULO 8: Debe promoverse que la atención en salud mental esté a cargo de un equipo interdisciplinario integrado por profesionales (uno de los cuales deberá ser médico psiquiatra), técnicos y otros trabajadores capacitados con la debida acreditación de la autoridad competente, tales como médicos psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales, enfermeros, terapistas ocupacionales y de otras disciplinas afines.</p> <p>Los integrantes de los equipos interdisciplinarios asumen las responsabilidades que derivan de sus respectivas leyes del ejercicio profesional y con el alcance de las incumbencias profesionales de cada disciplina.</p> <p>La Autoridad de Aplicación establecerá los lineamientos para que cada jurisdicción defina las características de conformación de sus equipos interdisciplinarios, de acuerdo a las particularidades propias de la población y a los efectos de las evaluaciones interdisciplinarias que se requieran.</p>
<p>ARTÍCULO 12: La prescripción de medicación sólo debe responder a las necesidades fundamentales de la persona con padecimiento mental y se administrará exclusivamente con fines terapéuticos y nunca como castigo, por conveniencia de terceros, o para suplir la necesidad de acompañamiento terapéutico o cuidados especiales. La indicación y renovación de prescripción de medicamentos sólo puede realizarse a partir de las evaluaciones profesionales pertinentes y nunca de forma automática. Debe promoverse que los tratamientos psicofarmacológicos se realicen en el marco de abordajes interdisciplinarios.</p>	<p>ARTÍCULO 12: La prescripción de medicación sólo debe responder a las necesidades fundamentales de la persona que padezca algún tipo de afección o trastorno mental y se administrará exclusivamente con fines terapéuticos y nunca como castigo, por conveniencia de terceros, o para suplir la necesidad de acompañamiento terapéutico o cuidados especiales. La indicación y renovación de prescripción de medicamentos sólo puede realizarse a partir de las evaluaciones profesionales pertinentes y nunca de forma automática.</p>

⁴¹ Organización Mundial de la Salud y Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, *op. cit.*, p. 92.

<p>ARTÍCULO 16: Toda disposición de internación, dentro de las CUARENTA Y OCHO (48) horas, debe cumplir con los siguientes requisitos: a) Evaluación, diagnóstico interdisciplinario e integral y motivos que justifican la internación, con la firma de al menos dos profesionales del servicio asistencial donde se realice la internación, uno de los cuales debe ser necesariamente psicólogo o médico psiquiatra; (...)</p>	<p>ARTÍCULO 16: Toda disposición de internación, dentro de las CUARENTA Y OCHO (48) horas, debe cumplir con los siguientes requisitos: a) Evaluación, diagnóstico interdisciplinario e integral y motivos que justifican la internación, con la firma de al menos DOS (2) profesionales del servicio asistencial donde se realice la internación, UNO (1) de los cuales debe ser necesariamente médico psiquiatra; (...)</p>
<p>Artículo 20: (...) Para que proceda la internación involuntaria, además de los requisitos comunes a toda internación, debe hacerse constar: a) Dictamen profesional del servicio asistencial que realice la internación. Se debe determinar la situación de riesgo cierto e inminente a que hace referencia el primer párrafo de este artículo, con la firma de dos profesionales de diferentes disciplinas, que no tengan relación de parentesco, amistad o vínculos económicos con la persona, uno de los cuales deberá ser psicólogo o médico psiquiatra; (...)</p>	<p>ARTÍCULO 20 bis: Para que proceda la internación involuntaria de una persona, además de los requisitos comunes a toda internación, deberá verificarse: a) Dictamen profesional del servicio asistencial que realice la internación. Se debe determinar una situación de riesgo grave de daño para la vida o la integridad física de sí misma o de terceros a que se hace referencia mediante el artículo 20 de la presente ley con la firma de DOS (2) profesionales de diferentes disciplinas, que no tengan relación de parentesco, amistad o vínculos económicos con la persona, UNO (1) de los cuales deberá ser médico psiquiatra.</p>

A modo de síntesis, el proyecto modifica el artículo 8 para exigir que el equipo interdisciplinario incluya obligatoriamente un médico o médica psiquiatra; modifica el artículo 16 para que uno de los dos profesionales firmantes de toda internación sea necesariamente ese profesional, eliminando la alternativa que la ley vigente reconocía al psicólogo o psicóloga; e incorpora el artículo 20 bis con la misma exigencia para la internación involuntaria. A ello se suma la eliminación del último párrafo del artículo 12, que en la ley vigente establece que los tratamientos psicofarmacológicos debían realizarse en el marco de abordajes interdisciplinarios, y que el proyecto suprime sin más.

La ley 26.657 no establece preeminencia entre disciplinas. Por el contrario, promueve la integración de conocimientos y concibe al equipo interdisciplinario como una instancia colectiva donde los saberes de la psicología, el trabajo social, la enfermería, la terapia ocupacional y la psiquiatría se integran en pie de igualdad. Este enfoque responde a la evidencia de que **el abordaje en salud mental debe ser multidimensional y que ninguna disciplina aislada lo puede cubrir en su totalidad**, en tanto las problemáticas que se presentan en este campo se producen a partir de la intersección entre procesos biológicos y la historia de las personas, sus vínculos, sus condiciones materiales de existencia, y el contexto social y económico en el que vive, entre otros determinantes.

Este enfoque biopsicosocial es también el que fundamenta el llamado de la OPS/OMS a superar el modelo netamente médico que inspira el proyecto presentado por el Poder Ejecutivo. Las Orientaciones de la OPS señalan que las políticas deben reconocer la importancia de las intervenciones sanitarias, pero no centrarse únicamente en ellas en *“detrimento de otros ámbitos vitales clave y determinantes de la salud, como la vivienda, la educación, los ingresos, la inclusión, las relaciones, la conexión social y el significado”*⁴². En ese mismo sentido, identifican como fundamental que *“los sistemas y servicios de salud mental amplíen su enfoque más allá del modelo biomédico para incluir también un enfoque más holístico que considere todos los aspectos de la vida de las personas”*, y que *“es necesario también explorar las intervenciones psicosociales y psicológicas y el apoyo entre pares, que deberían ofrecerse en el contexto de un enfoque centrado en la persona, la recuperación y los derechos”*⁴³.

Siguiendo esta línea, **la interdisciplina que consagra la ley vigente como modalidad de abordaje no debe interpretarse simplemente como la suma de varias disciplinas trabajando en paralelo, sino como una forma de organización del trabajo que se sostiene sobre la base de que ningún saber está subordinado al de los demás. Por ello, la introducción de una jerarquía formal, cuando uno de los integrantes del equipo tiene la última palabra o es el único con capacidad para habilitar determinadas decisiones, obstaculiza esa forma de intervención.** Un ejemplo concreto de ello es la supresión del último párrafo del artículo 12, que elimina la exigencia de que los tratamientos psicofarmacológicos se enmarquen en abordajes interdisciplinarios. De ese modo, el proyecto reduce la medicación a una decisión exclusivamente médica. En este sentido, cabe puntualizar que el hecho de que las y los profesionales de las áreas de psicología, trabajo social, enfermería, terapia ocupacional, entre otros, no puedan prescribir medicación (lo que resulta evidente desde el punto de vista de las incumbencias disciplinares), no impide que puedan aportar sus visiones sobre la conveniencia o inconveniencia de administrarla. Si la salud mental está determinada por componentes sociales y no solo médicos, entonces las miradas de profesionales ajenos a la psiquiatría son de suma importancia al momento de definir qué necesita una persona para alcanzar su bienestar.

⁴² Organización Panamericana de la Salud (OPS), *Orientaciones...*, op. cit., p. 200.

⁴³ *Ibíd.*, p. XXII.

“Las responsabilidades interdisciplinarias no ponen en juego las incumbencias pero si las hegemonías de algunas profesiones; no borran las especificidades ni diluyen responsabilidades, sino que suman aportes con perspectivas integradoras que permiten atender servicios y sostener dispositivos durante día y noche, en la multiplicidad de formas de atención que se necesitan para lograr recuperaciones sostenibles. En esas formas de atención, imprescindiblemente también deben ser reconocidos, aceptados y estimulados los recursos sociales y culturales que se puedan convocar, incluyendo el protagonismo de las familiares y vecinos. En estas tramas, se entiende mejor que por equipos interdisciplinarios se entienden a formas de agrupamiento que potencian las capacidades y habilidades, enriqueciéndose con otras disciplinas y también ‘saberes no disciplinables’, socializando conocimientos para llegar a las mejores destrezas posibles para atender a las personas y movilizar sus propios recursos”⁴⁴.

Más allá de los impactos de establecer jerarquías entre disciplinas, las disposiciones que colocan al médico o médica psiquiatra como único integrante obligatorio de los equipos y como firmante necesario de las internaciones podría generar problemas adicionales, dado que según informaron funcionarios y especialistas de diferentes provincias en el debate del proyecto en las comisiones del Senado⁴⁵ y tal como trascendió en medios de comunicación⁴⁶, la escasez de psiquiatras es palmaria. Esto no es menor, dado que —al menos en el corto plazo— la brecha de atención podría agudizarse, al negarle a las personas el acceso a un tratamiento oportuno por la falta de profesionales de la psiquiatría. Lejos de tomar esa realidad como punto de partida para promover políticas que fortalezcan el recurso humano disponible ampliando y diversificando los equipos capaces de brindar atención, y como oportunidad para fortalecer la interdisciplina, agrava la situación al convertir a ese tipo de profesional en condición necesaria e insustituible para la constitución de los equipos.

⁴⁴ Galli, V., prólogo en Rotelli, F., *Vivir sin manicomios: la experiencia de Trieste*, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Editorial Topía, 2015.

⁴⁵ La escasez de psiquiatras en el sistema público de salud fue reconocida por diversos expositores y expositoras en las reuniones del plenario de las comisiones de Salud y Legislación General del Senado, cuyas grabaciones están disponibles en <https://www.youtube.com/watch?v=A0u2snTt0eE> (12 de mayo de 2026) y en <https://www.youtube.com/watch?v=buORftk6yb8> (20 de mayo de 2026). Al respecto, ver las exposiciones de Julieta Calmels, Agustín Yecora, Ana Marks, Carina Sforza, Esteban Dávila, Cristina López y Andrés Blake.

⁴⁶ Diario La Nación, “Los psiquiatras no dan abasto para atender las emergencias de adolescentes con cuadros graves”, 25 de septiembre de 2025, disponible en: <https://www.lanacion.com.ar/sociedad/los-psiquiatras-no-dan-abasto-para-atender-las-urgencias-de-adolescentes-con-cuadros-graves-nid25092025/>.

3.2. La extensión de prácticas coercitivas

Otro punto particularmente problemático del proyecto es que **amplía las posibilidades de imponer un tratamiento forzado a las personas que atraviesan una situación de salud mental**, ya sea a través de una internación involuntaria valorada de manera más flexible, imponiendo un régimen de alta controlada o dificultando las externaciones. El siguiente cuadro incluye las modificaciones principales en esta dimensión.

Ley 26.657	Proyecto de reforma
<p>ARTÍCULO 20: La internación involuntaria de una persona debe concebirse como recurso terapéutico excepcional en caso de que no sean posibles los abordajes ambulatorios, y sólo podrá realizarse cuando a criterio del equipo de salud mediare situación de riesgo cierto e inminente para sí o para terceros. Para que proceda la internación involuntaria, además de los requisitos comunes a toda internación, debe hacerse constar:</p> <p>a) Dictamen profesional del servicio asistencial que realice la internación. Se debe determinar la situación de riesgo cierto e inminente a que hace referencia el primer párrafo de este artículo, con la firma de dos profesionales de diferentes disciplinas, que no tengan relación de parentesco, amistad o vínculos económicos con la persona, uno de los cuales deberá ser psicólogo o médico psiquiatra;</p> <p>b) Ausencia de otra alternativa eficaz para su tratamiento;</p> <p>c) Informe acerca de las instancias previas implementadas si las hubiera.</p>	<p>ARTÍCULO 20: La internación involuntaria de una persona debe concebirse como recurso terapéutico excepcional en caso de que no sean posibles los abordajes ambulatorios, y sólo podrá realizarse cuando mediare una situación de riesgo grave de daño para la vida o la integridad física de sí misma o de terceros, la que deberá ser evaluada por el equipo interdisciplinario.</p> <p>A tal efecto, deberá adoptarse un criterio situacional, en el que la valoración del estado psíquico de la persona no se limite a lo manifestado en el momento de la evaluación, debiéndose considerar, de existir, la ocurrencia previa de un hecho o de ideación manifiesta, dañosa para sí o para terceros.</p> <p>Asimismo, se deberá evaluar la previsible evolución si no mediare el tratamiento de internación necesario, debido y oportuno, como así también las consecuencias disvaliosas que pudiera ocasionar si el mismo no se efectivizara de conformidad a lo dispuesto por el artículo 7°, inciso d) de la presente ley.</p> <p>Deberán excluirse los riesgos derivados de actitudes o conductas que no estén condicionadas por una afección o trastorno de salud mental.</p>
<p>Artículo inexistente en la ley vigente</p>	<p>ARTÍCULO 23 bis: Al momento de determinar el alta de una internación involuntaria, previa evaluación del paciente, el equipo interdisciplinario podrá solicitar al juez la adopción de medidas protectorias de carácter excepcional destinadas a favorecer la continuidad y efectividad del tratamiento en forma ambulatoria, por un período que no podrá exceder de SEIS (6) meses. Dichas medidas deberán tener como objeto la protección de la persona, su núcleo familiar y terceros.</p> <p>Una vez autorizadas judicialmente, el equipo tratante deberá informar al juez sobre la evolución del paciente cada TREINTA (30) días hasta la finalización del plazo establecido.</p>
<p>Artículo inexistente en la ley vigente</p>	<p>ARTÍCULO 23 ter: La provisión de asistencia financiera y/o la manutención económica a un</p>

	<p>paciente con una afección o trastorno de salud mental, no exime al representante legal, cónyuge, conviviente, pariente del cumplimiento integral del deber de cuidado, cuando el sujeto bajo su responsabilidad demande acompañamiento, supervisión o medidas específicas de contención, para evitar situaciones de riesgo para sí o para terceros. Es obligación del representante legal, cónyuge, conviviente y pariente del paciente internado de forma involuntaria presentarse al momento del alta para formalizar la salida y firmar la documentación pertinente, que deberá adjuntarse al consentimiento del paciente.</p>
--	--

3.2.1. La ampliación de la internación involuntaria

La ley vigente establece que la internación involuntaria solo procede “cuando a criterio del equipo de salud mediere situación de riesgo cierto e inminente para sí o para terceros”. **El proyecto reemplaza ese estándar por el de “situación de riesgo grave de daño para la vida o la integridad física de sí misma o de terceros”, al tiempo que suma criterios altamente problemáticos para evaluarla.** Esta modificación genera consecuencias prácticas significativas.

La consideración del riesgo cierto e inminente significa que la evaluación del equipo interdisciplinario debe identificar una situación de riesgo verdadero y presente, descartando aquellos que sean abstractos, hipotéticos o remotos. Este estándar cumple una función precisa y bien relevante, al impedir que la internación compulsiva se funde en hechos pasados o en predicciones sobre lo que podría ocurrir en el futuro. Al modificarlo por “riesgo grave” e incorporar simultáneamente el “criterio situacional” que habilita a considerar la ocurrencia previa de un hecho o ideación manifiesta o la posible evolución del diagnóstico, el proyecto elimina el requisito de que el riesgo sea constatable y próximo en el tiempo. Esto permite que una persona sea internada sin consentimiento sobre la base de conductas pasadas o de situaciones hipotéticas o prospectivas, y convierte una garantía pensada como excepción en una habilitación amplia. **En este contexto, una persona que atraviesa alguna situación de salud mental queda en una posición de vulnerabilidad permanente frente al sistema, ya que cada episodio previo se convierte en un antecedente que acumula peso independientemente de su situación actual, generando un efecto estigmatizante difícil de revertir, y al mismo tiempo las elucubraciones sobre lo que eventualmente podría llegar a suceder (que es incierto**

en todas las personas) consolidaría un sistema en el que la privación de la libertad se realiza solo por si acaso.

Este cambio se articula con la modificación del artículo 5, que debilita la prohibición de presumir riesgo a partir del diagnóstico. La ley vigente establece que *“la existencia de diagnóstico en el campo de la salud mental no autoriza en ningún caso a presumir riesgo de daño o incapacidad”*. El proyecto reemplaza esa interdicción expresa por una formulación que admite excepciones al afirmar que *“no implica necesariamente”* esa presunción. De esta manera, la garantía que protegía a las personas de ser tratadas de manera diferente por el solo hecho de atravesar una situación de salud mental se debilita, y el proyecto abre la puerta a que el diagnóstico opere como indicio de riesgo y a que los antecedentes de una persona resulten determinantes en posibles evaluaciones futuras.

La afectación recae sobre el derecho a la libertad personal de un colectivo históricamente expuesto a privaciones de libertad arbitrarias. **El artículo 14 de la CDPD establece que la existencia de una discapacidad no justifica en ningún caso la privación de libertad, y el Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad ha interpretado esa disposición como una prohibición absoluta, “excluyendo así toda forma de internamiento involuntario en centros de salud mental, incluso sobre la base de la ‘peligrosidad’ o la ‘necesidad de cuidados’”⁴⁷.** Desde esa perspectiva, el criterio situacional que propone el proyecto (fundar la internación en hechos pasados, en ideación previa o en sucesos hipotéticos que podrían ocurrir en el futuro) introduce elementos que los parámetros internacionales rechazan. Las Directrices sobre la desinstitucionalización del Comité CDPD son aún más explícitas al señalar que *“las personas con discapacidad que atraviesan una crisis personal nunca deberían ser institucionalizadas”⁴⁸* y que *“para evitar un tratamiento forzoso en el ámbito de la salud mental, es necesario obtener la expresión afirmativa, libre e informada del consentimiento de la persona afectada”⁴⁹*.

La ampliación del estándar para la internación podría, además, generar consecuencias directas sobre el vínculo terapéutico. Si una persona sabe que lo que

⁴⁷ Organización Mundial de la Salud y Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, *op. cit.*, p. 20.

⁴⁸ Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, Directrices sobre la desinstitucionalización, incluso en situaciones de emergencia, CRPD/C/5, 2022, párr. 10, disponible en: <https://www.ohchr.org/es/documents/legal-standards-and-guidelines/crpd5-guidelines-deinstitutionalization-including>.

⁴⁹ *Ibíd.* párr. 55.

dice en una consulta respecto de los episodios que atravesó en el pasado o que los diagnósticos que registra su historia clínica pueden usarse para justificar una internación futura, tiene claros incentivos para no buscar ayuda, como modo de no revelar su situación real, y para abandonar tratamientos en curso.

3.2.2. La limitación de las externaciones

Resulta preocupante, asimismo, que el proyecto incorpora una serie de previsiones que podrían limitar el alta de una persona incluso ante la ausencia de riesgo y restringir su libertad personal, extendiendo la lógica del control más allá de la internación.

En la actualidad, disponer el alta es una facultad exclusiva de los equipos de salud. En efecto, el artículo 23 de la ley 26.657 dispone que *“la externación y los permisos de salida son facultad del equipo de salud que no requiere autorización del juez. El mismo deberá ser informado si se tratase de una internación involuntaria, o voluntaria ya informada en los términos de los artículos 18 ó 26 de la presente ley. El equipo de salud está obligado a externar a la persona o transformar la internación en voluntaria, cumpliendo los requisitos establecidos en el artículo 16 apenas cesa la situación de riesgo cierto e inminente...”*. Sin embargo, la propuesta de reforma altera esa lógica, al introducir pasos adicionales al momento de definir el alta.

Por un lado, el artículo 23 bis del proyecto prevé que al momento de determinar el alta de una internación involuntaria, el equipo interdisciplinario puede solicitar al juez la adopción de “medidas protectorias de carácter excepcional” destinadas a favorecer la continuidad del tratamiento ambulatorio, por un período de hasta seis meses, con informes mensuales al juez o jueza. La disposición resulta problemática en dos sentidos.

En primer lugar, omite definir qué son esas “medidas protectorias” y qué tipo de acciones pueden comprender. **La ausencia de definición legal sobre las medidas que pueden imponerse genera un espacio abierto que podría habilitar formas de control sobre la vida de personas que, al haber sido dadas de alta, no están en situación de riesgo cierto e inminente.** El proyecto tampoco menciona si durante ese período se mantienen las garantías vigentes durante la internación, como el derecho a tener un abogado o abogada que defienda los derechos de la persona.

En segundo lugar, el mecanismo puede operar en la práctica como un obstáculo a la externación misma. **Si el alta queda condicionada a que el juez o jueza autorice previamente esas medidas, cualquier negativa de concederlas o imposibilidad material de garantizar su cumplimiento puede traducirse en una prolongación de la internación.** Lo que el proyecto presenta como una herramienta de continuidad del tratamiento ambulatorio puede funcionar, en los hechos, como una barrera al egreso, convirtiendo una decisión clínica en rehén de un proceso judicial cuyo ritmo el equipo tratante no controla.

Por otro lado, el artículo 23 ter del proyecto, establece que la asistencia económica a una persona con afección o “trastorno”⁵⁰ de salud mental no exime al representante legal, cónyuge, conviviente o pariente del deber de cuidado, e impone a ese entorno la obligación de presentarse al momento del alta para firmar la documentación pertinente. La disposición no prevé ningún mecanismo alternativo para los casos en que ese entorno no exista, esté en conflicto con la persona o simplemente no pueda o no quiera presentarse. En esas situaciones, la exigencia puede convertirse en una barrera para la externación, prolongando la internación por la imposibilidad de cumplir un requisito formal. Como fue expresado previamente, la ley vigente no condiciona el alta a la presencia o la firma de ningún familiar, en consonancia con el principio de que la decisión sobre ella corresponde al equipo interdisciplinario y en ningún caso puede estar condicionada por factores ajenos a la evaluación de riesgo cierto e inminente para la persona o para terceros.

Todas estas previsiones plantean serios interrogantes de compatibilidad con el artículo 14 de la CDPD, que prohíbe la privación de libertad basada en la discapacidad, y con su artículo 19, que reconoce el derecho a vivir de forma independiente y en la comunidad. Las Directrices sobre la desinstitutionalización del Comité CDPD señalan expresamente que las medidas coercitivas como las órdenes de tratamiento comunitario, no son servicios comunitarios⁵¹ y, por ende, no se ajustan a la Convención. A su vez, en sus últimas Observaciones finales a Argentina, realizadas en 2023, este organismo cuestionó la persistencia de las internaciones involuntarias y la falta de consentimiento informado en prácticas calificadas como voluntarias, exhortando al Estado a adecuar su normativa a los estándares de la CDPD, incluyendo

⁵⁰ La expresión “trastorno” aparece entrecomillada por cuanto su uso no es conforme al modelo social de la discapacidad.

⁵¹ *Ibíd.*, párr. 28.

la prohibición de las internaciones involuntarias y el desarrollo de políticas de salud mental basadas en el modelo de derechos humanos de la discapacidad y señalando asimismo la necesidad de garantizar que cualquier proceso de reforma legislativa se ajuste a esas obligaciones.

3.3. El debilitamiento del control y la defensa de derechos

Las modificaciones propuestas al Órgano de Revisión Nacional y al sistema de información sobre personas internadas **reducen la capacidad del Estado de supervisar de manera independiente y con información adecuada**. Ambos cambios debilitan herramientas que constituyen garantías concretas para las personas que atraviesan una internación.

3.3.1 Las modificaciones al Órgano de Revisión Nacional

El ORN, creado en el ámbito del Ministerio Público de la Defensa, es el mecanismo de control independiente que la ley vigente estableció para supervisar su cumplimiento y el respeto por los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud mental. Su integración actual responde al estándar internacional que promueve que los órganos de vigilancia en la materia tengan independencia institucional, financiera y política⁵² respecto del poder ejecutivo que gestiona los servicios, así como a la obligación de incluir “...a personas con experiencia vivida, en particular víctimas y personas supervivientes de violaciones de los derechos humanos en los servicios de salud mental”⁵³.

Más allá de los parámetros sobre la conformación de estas entidades, también hay estándares internacionales sobre las funciones que deben tener. La Guía OMS/ACNUDH menciona entre ellas la realización de inspecciones periódicas y sin previo aviso de los centros de salud mental, la recopilación de datos sobre la duración de las hospitalizaciones y el uso de tratamientos específicos, la supervisión de los planes de desinstitutionalización, y la propuesta de sanciones administrativas por incumplimiento de las disposiciones legislativas⁵⁴.

⁵² Organización Mundial de la Salud y Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, *op. cit.*, p. 103.

⁵³ *Ibid.*, p. 104.

⁵⁴ *Ídem.*

No obstante, el proyecto introduce modificaciones que debilitan el diseño del ORN en ambos planos, tal como lo muestra la tabla a continuación.

Ley 26.657	Proyecto de reforma
<p>ARTÍCULO 39: El Órgano de Revisión deberá ser multidisciplinario, y estará integrado por representantes del Ministerio de Salud de la Nación, de la Secretaría de Derechos Humanos de la Nación, del Ministerio Público de la Defensa, de asociaciones de usuarios y familiares del sistema de salud, de los profesionales y otros trabajadores de la salud y de organizaciones no gubernamentales abocadas a la defensa de los derechos humanos.</p>	<p>ARTÍCULO 39: El Órgano de Revisión deberá ser multidisciplinario, y estará integrado por representantes del MINISTERIO DE SALUD, de la Subsecretaría de Derechos Humanos del MINISTERIO DE JUSTICIA, del MINISTERIO PÚBLICO DE LA DEFENSA, de asociaciones de familiares del sistema de salud y de los profesionales de la salud y de organizaciones no gubernamentales dedicadas a la temática de la Salud Mental.</p>
<p>ARTÍCULO 40: Son funciones del Órgano de Revisión:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Requerir información a las instituciones públicas y privadas que permita evaluar las condiciones en que se realizan los tratamientos; b) Supervisar de oficio o por denuncia de particulares las condiciones de internación por razones de salud mental, en el ámbito público y privado; c) Evaluar que las internaciones involuntarias se encuentren debidamente justificadas y no se prolonguen más del tiempo mínimo necesario, pudiendo realizar las denuncias pertinentes en caso de irregularidades y eventualmente, apelar las decisiones del juez; d) Controlar que las derivaciones que se realizan fuera del ámbito comunitario cumplan con los requisitos y condiciones establecidos en el artículo 30 de la presente ley; e) Informar a la Autoridad de Aplicación periódicamente sobre las evaluaciones realizadas y proponer las modificaciones pertinentes; f) Requerir la intervención judicial ante situaciones irregulares; g) Hacer presentaciones ante el Consejo de la Magistratura o el Organismo que en cada jurisdicción evalúe y sancione la conducta de los jueces en las situaciones en que hubiera irregularidades; h) Realizar recomendaciones a la Autoridad de Aplicación; i) Realizar propuestas de modificación a la legislación en salud mental tendientes a garantizar los derechos humanos; j) Promover y colaborar para la creación de órganos de revisión en cada una de las jurisdicciones, sosteniendo espacios de intercambio, capacitación y coordinación, a efectos del cumplimiento eficiente de sus funciones; 	<p>ARTÍCULO 40: Son funciones del Órgano de Revisión:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Requerir información de las instituciones públicas y privadas que permita evaluar las condiciones en que se realizan los tratamientos. b) Supervisar de oficio o por denuncia de particulares las condiciones de internación por razones de salud mental, en el ámbito público y privado. c) Evaluar que las internaciones involuntarias se encuentren debidamente justificadas y no se prolonguen más del tiempo mínimo necesario, pudiendo realizar las denuncias pertinentes en caso de irregularidades y eventualmente, apelar las decisiones del juez. d) Controlar que las derivaciones que se realizan fuera del ámbito comunitario cumplan con los requisitos y condiciones establecidos en el artículo 30 de la presente ley. e) Informar a la Autoridad de Aplicación periódicamente sobre las evaluaciones realizadas y proponer las modificaciones pertinentes. f) Requerir la intervención judicial ante situaciones irregulares. g) Realizar recomendaciones a la Autoridad de Aplicación. h) Promover la creación de comités o comisiones de revisión en cada una de las jurisdicciones, sosteniendo espacios de intercambio, capacitación y coordinación, a efectos del cumplimiento eficiente de sus funciones. i) Controlar el cumplimiento de la presente ley en lo atinente al resguardo de los derechos humanos de los usuarios del sistema de salud mental. j) Convocar de manera permanente o transitoria a representantes de otros organismos del Estado, en acuerdo con la Autoridad de Aplicación.

k) Controlar el cumplimiento de la presente ley, en particular en lo atinente al resguardo de los derechos humanos de los usuarios del sistema de salud mental;

l) Velar por el cumplimiento de los derechos de las personas en procesos de declaración de inhabilidad y durante la vigencia de dichas sentencias.

k) Colaborar con la Autoridad de Aplicación en el relevamiento de datos de la situación de las personas internadas.

Por un lado, **elimina la representación de las asociaciones de usuarios del sistema de salud mental, de los trabajadores de la salud no profesionales y de las organizaciones de derechos humanos. La exclusión de las personas usuarias es especialmente grave, ya que son ellas las afectadas por el sistema que la ley vigente intenta desmontar, y que su participación en estas instancias es una obligación del Estado bajo el artículo 4.3 de la CDPD**, que exige consultar y colaborar activamente con las personas con discapacidad en la elaboración y aplicación de las políticas que puedan afectarlas directa o indirectamente. El Comité CDPD ha sido claro respecto de que los mecanismos de seguimiento deben *garantizar “la participación efectiva de las personas con discapacidad, en particular las que se encuentren en instituciones o sean supervivientes de la institucionalización, y de las organizaciones que las representen”*⁵⁵.

Por otro lado, el proyecto de reforma del artículo 40 **suprime funciones relevantes del ORN que hacen a su capacidad de incidencia sobre el sistema judicial y legislativo**. Así, desaparece la facultad de hacer presentaciones contra jueces y juezas con conductas irregulares ante el Consejo de la Magistratura, la de proponer modificaciones legislativas en salud mental y la de velar por los derechos de las personas en procesos de declaración de inhabilidad. En su lugar se agregan funciones de carácter más administrativo, como convocar organismos del Estado y colaborar en el relevamiento de datos. El resultado es un órgano con menor autonomía para incidir sobre el sistema que debe controlar, y que progresivamente se desplaza hacia un perfil técnico en lugar de uno de control independiente.

3.3.2. El reemplazo del censo por un registro sin contenido ni periodicidad

El artículo 35 de la ley vigente establece la obligación de realizar un censo nacional en todos los centros de internación en salud mental, con una periodicidad máxima de

⁵⁵ Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, Directrices..., *op. cit.*, párr. 130.

dos años, relevando datos personales, sexo, tiempo de internación, existencia o no de consentimiento, situación judicial, situación social y familiar, entre otros datos. El proyecto reemplaza ese deber por el de mantener “*un registro actualizado de las personas internadas*”, sin establecer periodicidad ni datos a relevar.

El único censo realizado en cumplimiento de ese mandato fue el Primer Censo Nacional de Personas Internadas por Motivos de Salud Mental, llevado a cabo en 2019. Su realización permitió visibilizar con datos concretos las condiciones en las que vivía esta población. Documentó que en 162 instituciones monovalentes había 12.035 personas internadas, así como tiempos de internación incompatibles con cualquier criterio terapéutico (un promedio de tiempo de 8,2 años y una de cada cuatro personas que llevaba entre 11 y 90 años internada), ausencia de consentimiento, imposibilidades de comunicación y aislamiento de redes familiares. Esos datos pusieron en evidencia situaciones de vulneración sistemática de derechos que de otro modo habrían permanecido invisibles para el sistema de control.

El proyecto de reforma contradice, nuevamente, los estándares internacionales en la materia. Las Directrices sobre la desinstitucionalización del Comité CDPD establecen que los Estados deben recopilar datos estadísticos desglosados como base para la toma de decisiones, la formulación de políticas de desinstitucionalización y la medición de sus avances⁵⁶. Más específicamente, el organismo indica que esos datos deben incluir el motivo de la institucionalización, la fecha de ingreso, la fecha de alta prevista o efectiva, y el perfil demográfico de las personas internadas, y que los registros deben permitir determinar si se ha cumplido la obligación de posibilitar que las personas con discapacidad salgan de las instituciones⁵⁷.

De esta manera, **al reemplazar el censo por un registro sin variables definidas, el proyecto elimina la posibilidad de conocer la situación de las personas internadas, si su internación es voluntaria o involuntaria, sus condiciones sociales y familiares, y otros datos que son indispensables para evaluar si el sistema es efectivo y respetuoso de los derechos**. Lejos de avanzar en la dirección indicada por los estándares internacionales, el proyecto retrocede respecto de la única herramienta con que el Estado argentino contaba para aproximarse a ellos.

⁵⁶ *Ibíd.*, párr. 124.

⁵⁷ *Ibíd.*, párr. 126.

4. Consideraciones finales

El proyecto de reforma de la Ley Nacional de Salud Mental promovido por el Poder Ejecutivo implica el retorno a un modelo que ha demostrado ser inefectivo, iatrogénico y violatorio de derechos, y que se encuentra en abierta contradicción con la CDPD y con todos los estándares internacionales elaborados por entes especializados. Sus modificaciones apuntan a devolver a la institución psiquiátrica una legitimidad normativa que la ley vigente ha retirado, a ampliar las posibilidades de imponer tratamientos sin consentimiento y a debilitar los mecanismos de control independiente que protegen a las personas.

La normativa internacional y los informes de organismos científicos y especializados en derechos humanos ya han marcado el camino que debe seguir nuestro país. No negamos los déficits que hoy enfrenta el sistema de atención de la salud mental, pero sí la que se postula como su causa. Todos ellos, lejos de ser consecuencia de la ley vigente, emergen ante su falta de implementación. En la actualidad, no hay suficientes servicios de salud mental en hospitales generales, los dispositivos comunitarios son prácticamente inexistentes y tampoco hay presupuesto para transformar el sistema (del total del 10% del presupuesto en salud que prevé asignar la ley 26.657 a salud mental, nunca se destinó más del 2,66%⁵⁸).

El proyecto tampoco fue el resultado de un proceso participativo que cumpliera las obligaciones que la propia CDPD impone. Las personas con discapacidad y las organizaciones que las representan no fueron consultadas, y tampoco lo fueron los organismos intersectoriales creados por la ley para intervenir en esta materia.

En este contexto, resulta indispensable que el Poder Legislativo analice el proyecto con la profundidad que la materia exige, respetando las obligaciones asumidas por nuestro país y recurriendo a la evidencia científica disponible, y que no avance en su tratamiento sin establecer previamente un proceso de consulta con las personas con discapacidad psicosocial y sus organizaciones. **El Congreso tiene en sus manos una decisión neurálgica para el bienestar de la población y, frente a eso, dos caminos: recuperar un modelo que no ha hecho más que dañar la salud de las personas o defender el único que puede garantizarla.**

⁵⁸ Asociación Civil por la Igualdad y la Justicia (ACIJ), *Inversión en salud mental: sin recursos para cumplir la ley*, 2025, disponible en: <https://acij.org.ar/wp-content/uploads/2025/11/Inversion-en-salud-mental-sin-recursos-para-cumplir-la-ley-ACIJ.pdf>.