

ANÁLISIS COMPARATIVO

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

Presentado en septiembre de 2026 — última versión

Asociación Argentina de Salud Mental (AASM) · Buenos Aires, septiembre de 2026

CÓMO LEER ESTE DOCUMENTO

- En la **primera columna** figura el texto **completo y vigente** de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657. Aparece en **negrita y azul** todo lo que el proyecto del gobierno **omite, suprime o modifica**.
- En la **segunda columna** figura la **redacción completa del proyecto de reforma**. Aparece en **negrita y rojo** todo lo que el proyecto **agrega o modifica** respecto de la ley vigente.
- Debajo de cada cuadro se incluyen, en este orden: **PUNTOS SOBRESALIENTES** (el resumen de lo más importante) y **ANÁLISIS DE LA PROPUESTA**, (que significa en cada caso, si el texto mantiene lo propuesto en abril de 2026, si difiere, si lo agrava o si constituye una marcha atrás, y si los cambios colisionan con los tratados y documentos internacionales de salud y derechos humanos (OMS, OPS, ONU, Comité CDPD, Corte IDH) que la Argentina firmó y se comprometió a cumplir.

ARTÍCULO 1° del proyecto — Sustituye el art. 1° de la Ley 26.657 —

OBJETO DE LA LEY (ESTADO RESPECTO DE ABRIL 2026: MANTIENE LO PROPUESTO EN ABRIL)

1) LEY 26.657 — TEXTO VIGENTE	2) PROYECTO DE REFORMA — TEXTO COMPLETO
ARTÍCULO 1°.- La presente ley tiene por objeto asegurar el derecho a la protección de la salud mental de todas las personas, y el pleno goce de los derechos humanos de aquellas con padecimiento mental que se encuentran en el territorio nacional, reconocidos en los instrumentos internacionales de derechos humanos, con jerarquía constitucional, sin perjuicio de las regulaciones más beneficiosas que para la protección de estos derechos puedan establecer las provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.	ARTÍCULO 1°.- La presente ley tiene por objeto asegurar el derecho a la protección de la salud mental de todas las personas, implementar acciones de prevención, promoción, tratamiento, rehabilitación, recuperación e inclusión comunitaria en salud mental y garantizar el pleno goce de los derechos humanos de quienes presenten cualquier tipo de afección o trastorno mental que se encuentran en el territorio nacional, reconocidos en los instrumentos internacionales de derechos humanos con jerarquía constitucional, sin perjuicio de las regulaciones más beneficiosas que para la protección de estos derechos puedan establecer las Provincias y la CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES.

PUNTOS SOBRESALIENTES

- Reemplaza “padecimiento mental” por “afección o trastorno mental”: restringe el universo de personas protegidas.
- El derecho al cuidado deja de fundarse en el sufrimiento o la necesidad y pasa a depender de un diagnóstico clínico.
- Desplazamiento desde un enfoque centrado en el sujeto y sus derechos hacia uno centrado en la enfermedad.
- Quienes no presenten un “trastorno” podrían quedar sin cobertura en obras sociales, prepagas y sistema público.
- La enumeración de acciones que se agrega es declarativa: ya está desarrollada con mayor precisión en otros artículos de la ley actual.

ANÁLISIS

Respecto de abril se mantiene sin cambios. El texto es prácticamente idéntico al de la versión de abril de 2026; el proyecto conserva íntegramente el eje del cambio conceptual y no recoge ninguna de las observaciones formuladas.

La ampliación de acciones (prevención, promoción, tratamiento, rehabilitación, recuperación e inclusión comunitaria) aparenta fortalecer un enfoque integral, pero es más declarativa que necesaria: esas acciones ya están desarrolladas, y con mayor precisión, en los artículos 9°, 11 y 36 de la ley vigente. No constituye beneficio normativo alguno, sino una redundancia discursiva que sirve de maquillaje a una lógica contraria al espíritu de la ley.

El punto crítico es la sustitución de “padecimiento mental” por “afección o trastorno mental”. “Padecimiento” es una categoría amplia — que incluye al trastorno— coherente con un enfoque de derechos, que permite alojar el sufrimiento psíquico en su complejidad sin reducirlo a un diagnóstico. La reglamentación vigente del artículo 1° (Decreto 603/13) es explícita al aclarar que el concepto de padecimiento mental incluye también “trastornos y/o enfermedades”. El reemplazo introduce una lógica restrictiva que reduce el universo de personas con derecho a ser alcanzadas por la ley y traslada el eje del sujeto a la enfermedad.

Es grave porque este artículo está señalando cual es el “objeto” de la ley, es decir, que es el artículo que marca quienes son las personas alcanzadas.

Estándares internacionales comprometidos. La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD, Ley 26.378, con jerarquía constitucional por Ley 27.044) adopta en su artículo 1° un criterio abierto y no diagnóstico de discapacidad “a largo plazo” en interacción con barreras, y su Preámbulo (inciso e) define la discapacidad como concepto en evolución. La Observación General N° 14 (2000) del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (DESC) sobre el derecho al más alto nivel posible de salud exige disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de los servicios, y la Observación General N° 3, párr. 9, prohíbe las medidas deliberadamente regresivas en materia de derechos sociales. Restringir por vía legislativa el universo de titulares del derecho a la atención

en salud mental es una medida regresiva que el Estado debería justificar con el máximo rigor, cosa que el proyecto no hace. La Guía OMS/ACNUDH “Salud mental, derechos humanos y legislación” (2023) recomienda expresamente que la legislación defina su alcance a partir de las necesidades de apoyo y no de categorías diagnósticas.

ARTÍCULO 2° del proyecto — Sustituye el art. 2° de la Ley 26.657 —
INSTRUMENTOS INTERNACIONALES (ESTADO RESPECTO DE ABRIL 2026: AGRAVA LO PROPUESTO EN ABRIL)

1) LEY 26.657 — TEXTO VIGENTE	2) PROYECTO DE REFORMA — TEXTO COMPLETO
ARTÍCULO 2°.- Se consideran parte integrante de la presente ley los Principios de Naciones Unidas para la Protección de los Enfermos Mentales y para el Mejoramiento de la Atención de Salud Mental, adoptado por la Asamblea General en su resolución 46/119 del 17 de diciembre de 1991. Asimismo, la Declaración de Caracas de la Organización Panamericana de la Salud y de la Organización Mundial de la Salud, para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica dentro de los Sistemas Locales de Salud, del 14 de noviembre de 1990, y los Principios de Brasilia Rectores para el Desarrollo de la Atención en Salud Mental en las Américas, del 9 de noviembre de 1990, se consideran instrumentos de orientación para la planificación de políticas públicas.	ARTÍCULO 2°.- Los Principios de Naciones Unidas para la 'Protección de los Enfermos Mentales y para el Mejoramiento de la Atención de Salud Mental', adoptados por la Asamblea General en su Resolución N° 46/119 del 17 de diciembre de 1991, y las Reglas Mínimas de las Naciones Unidas para el Tratamiento de los Reclusos (Reglas Nelson Mandela), adoptadas por la Asamblea General en su Resolución N° 70/175 del 17 de diciembre de 2015, se considerarán un instrumento de orientación para la planificación de políticas públicas..

PUNTOS SOBRESALIENTES

- Sigue eliminando la Declaración de Caracas y los Principios de Brasilia, que son los que mandan sustituir el hospital psiquiátrico por dispositivos comunitarios.
- Degrada los Principios de la ONU: de “parte integrante de la ley” (obligatorios) a “instrumento de orientación” (decorativos).
- NOVEDAD RESPECTO DE ABRIL: incorpora las Reglas Nelson Mandela, que son normas penitenciarias, no sanitarias, algo desconcertante, fuera de lugar y no explicado, ya que el proyecto no incluye fundamentación.

DESARROLLO DEL ANÁLISIS

Respecto de abril: agrava. La versión de abril eliminaba la Declaración de Caracas y los Principios de Brasilia y degradaba los Principios de la ONU de 1991 a mero criterio orientativo. La nueva versión sostiene esa eliminación y esa degradación, y además agrega un elemento que no figuraba en abril: las Reglas Mínimas de las Naciones Unidas para el Tratamiento de los Reclusos (Reglas Nelson Mandela).

La eliminación de Caracas y Brasilia no es un mero descuido, ya que son precisamente los instrumentos que establecen que el modelo centrado en el hospital psiquiátrico no permite alcanzar una atención adecuada y debe ser reemplazado por alternativas comunitarias, y que la internación, cuando resulte necesaria, debe realizarse en hospitales generales. Su supresión es funcional a los artículos 27 y 28 del proyecto, que habilitan las instituciones monovalentes.

La incorporación de las Reglas Nelson Mandela merece un señalamiento específico. Son normas destinadas a regular el tratamiento de personas privadas de libertad en establecimientos penitenciarios. Introducir las como marco orientador de la política pública de salud mental implica un deslizamiento conceptual de enorme gravedad simbólica y práctica.

Estándares internacionales comprometidos. Un proyecto de 2026 que las Directrices sobre desinstitutionalización (CRPD/C/5, 2022) y las Orientaciones de la OMS sobre servicios comunitarios de salud mental (2021), no puede sino leerse como una elección deliberada de marco normativo regresivo. La Corte Interamericana, en «Ximenes Lopes vs. Brasil» (2006), fijó que los estándares de la Declaración de Caracas integran el contenido del deber estatal de regular y fiscalizar la atención en salud mental.

ARTÍCULO 3° del proyecto — Sustituye el art. 3° de la Ley 26.657 —
CONCEPTO DE SALUD MENTAL (ESTADO RESPECTO DE ABRIL 2026: MANTIENE LO PROPUESTO EN ABRIL)

1) LEY 26.657 — TEXTO VIGENTE	2) PROYECTO DE REFORMA — TEXTO COMPLETO
ARTÍCULO 3°.- En el marco de la presente ley se reconoce a la salud mental como un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona. Se debe partir de la presunción de capacidad de todas las personas. En ningún caso puede hacerse diagnóstico en el campo de la salud mental sobre la base exclusiva de: a) Status político, socio-económico, pertenencia a un grupo cultural, racial o religioso; b) Demandas familiares, laborales, falta de conformidad o adecuación con valores morales, sociales, culturales, políticos o creencias religiosas prevalecientes en la comunidad donde vive la persona; c) Elección o identidad sexual; d) La mera existencia de antecedentes de tratamiento u hospitalización.	ARTÍCULO 3°.- En el marco de la presente ley se reconoce a la salud mental como un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación, recuperación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social y de diversas modalidades de abordaje y tratamiento para la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona. Se debe partir de la presunción de capacidad de todas las personas. En ningún caso puede hacerse diagnóstico en el campo de la salud mental sobre la base exclusiva de: a) Estatus político, socio-económico, pertenencia a un grupo cultural, racial o religioso; b) Demandas familiares, laborales, falta de conformidad o adecuación con valores morales, sociales, culturales, políticos o creencias religiosas prevalecientes en la comunidad donde vive la persona; c) Elección o identidad sexual; d) La mera existencia de antecedentes de tratamiento u hospitalización, conforme a lo dispuesto en el artículo 5° de esta ley.

PUNTOS SOBRESALIENTES

- Introduce lenguaje asistencial en un artículo que define conceptualmente qué es la salud mental.
- El agregado “diversas modalidades de abordaje y tratamiento” desplaza el eje de los determinantes sociales al dispositivo terapéutico.

- Añade al inciso d) el reenvío al art. 5°, debilitando una prohibición que hoy es absoluta.
- Confunde el plano conceptual con el de los dispositivos de intervención. Es incoherente.

DESARROLLO DEL ANÁLISIS

Respecto de abril: mantiene sin cambios sustantivos.

A primera vista el texto conserva la estructura del artículo vigente con modificaciones menores. Un análisis más detenido muestra cambios sutiles pero significativos de enfoque. La incorporación de la frase “y de diversas modalidades de abordaje y tratamiento” introduce un lenguaje propio de la lógica asistencial en un artículo cuya función es exactamente otra: jerarquizar los determinantes sociales de la salud y definir qué se entiende por salud mental en el marco de la ley. La ley vigente, sin desconocer los aspectos terapéuticos, pone el acento en la salud mental como construcción social vinculada a la concreción de derechos. El agregado evidencia una confusión entre el plano conceptual y el de los dispositivos de intervención, y resulta por ello innecesario, incoherente y fuera de lugar.

Merece atención el agregado final del inciso d): “conforme a lo dispuesto en el artículo 5° de esta ley”. La prohibición vigente de diagnosticar sobre la base exclusiva de antecedentes de tratamiento u hospitalización es hoy absoluta. Al remitirla al artículo 5° (que el proyecto reescribe en términos relativos: “no implica necesariamente”) la prohibición queda condicionada y pierde su carácter de límite infranqueable.

Estándares internacionales comprometidos. El artículo 3° de la ley en vigencia es la traducción normativa, casi textual, del modelo social de la discapacidad consagrado en el Preámbulo (inciso e) y el artículo 1° de la CDPD, y del enfoque de determinantes sociales de la salud sostenido por la OMS (Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, 2008; Informe mundial sobre salud mental, 2022) y por la OPS en el Informe de la Comisión de Alto Nivel sobre Salud Mental y COVID-19, “Un nuevo programa para la salud mental en las Américas” (2023). El desplazamiento hacia el vocabulario del tratamiento reintroduce, por la vía del lenguaje, el modelo biomédico que el Relator Especial de la ONU sobre el derecho a la salud identificó como obstáculo estructural en sus informes A/HRC/35/21 (2017) y A/HRC/44/48 (2020).

ARTÍCULO 4° del proyecto — Sustituye el art. 4° de la Ley 26.657 —

CONSUMOS PROBLEMÁTICOS / ADICCIONES - ESTADO RESPECTO DE ABRIL 2026: AGRAVA LO PROPUESTO EN ABRIL

1) LEY 26.657 — TEXTO VIGENTE	2) PROYECTO DE REFORMA — TEXTO COMPLETO
ARTÍCULO 4°.- Las adicciones deben ser abordadas como parte integrante de las políticas de salud mental. Las personas con uso problemático de drogas, legales e ilegales, tienen todos los derechos y garantías que se establecen en la presente ley en su relación con los servicios de salud.	ARTÍCULO 4°.- El consumo de sustancias forma parte de los tratamientos de salud mental. El uso, abuso o adicción al consumo de sustancias relacionado con afecciones o trastornos del comportamiento deben ser abordados teniendo en cuenta la singularidad de cada persona y el momento o la etapa del consumo, y debe asegurarse el respeto de todos los derechos y garantías que se establecen en la presente ley en su relación con los servicios de salud. Se entiende por servicios de salud a la red conformada por los dispositivos asistenciales que la Autoridad de Aplicación determine a tal fin, conforme a lo dispuesto por el artículo 11 de la presente ley.

PUNTOS SOBRESALIENTES

- Elimina la frase clave de la ley vigente: “Las adicciones deben ser abordadas como parte integrante de las POLÍTICAS DE SALUD MENTAL”.
- La reemplaza por una fórmula desconcertante: “El consumo de sustancias forma parte de los TRATAMIENTOS DE SALUD MENTAL” **que carece de todo sentido lógico.**
- Sustituye “uso problemático” por “uso, abuso o adicción”: clasificaciones rígidas y patologizantes, anticuadas.
- Delega en la Autoridad de Aplicación la definición de qué es un “servicio de salud”: habilita dispositivos por fuera del sistema sanitario, como antes de 2010. Una ley nunca puede dejar a la reglamentación, cuáles son los dispositivos de salud.
- Incorpora el abordaje por “etapas o momentos del consumo”, enfoque sin fundamento científico actual.

DESARROLLO DEL ANÁLISIS

Respecto de abril: agrava, y con un error de redacción de consecuencias graves. La versión de abril conservaba el enunciado rector de la ley vigente (“Las adicciones deben ser abordadas como parte integrante de las políticas de salud mental”) y agregaba sobre él las modificaciones cuestionadas en aquel momento. La versión actual lo suprime y lo reemplaza por una frase insólita: “El consumo de sustancias forma parte de los tratamientos de salud mental”. La afirmación es, en su literalidad, un contrasentido: el consumo de sustancias no forma parte de ningún tratamiento. Si lo que se quiso decir es que el abordaje de los consumos integra el campo de la salud mental, la redacción elegida lo dice mal y, en el camino, elimina la única cláusula que hoy obliga a que los consumos sean objeto de política pública sanitaria y no de dispositivos ajenos al sistema de salud. Ese es, precisamente, el efecto buscado por el párrafo final, que delega en la Autoridad de Aplicación la determinación de cuáles son los “dispositivos asistenciales” que integran la red.

Se mantiene además el cambio de enfoque incluido en abril de “uso problemático” a “uso, abuso o adicción”. El concepto de uso problemático permite un abordaje amplio, flexible y contextual; la nueva redacción fragmenta y reintroduce clasificaciones rígidas y patologizantes, sin criterio clínico actual. Se pasa de un enfoque centrado en la relación de la persona con su consumo a otro centrado en la clasificación, debilitando la comprensión social, cultural, política y contextual del fenómeno. La referencia al “momento o la etapa del consumo” toma un enfoque por fases que toma al paciente como una máquina, sin respeto por su singularidad ni por su historia.

Durante la vigencia de la ley actual se han dictado normas que habilitan y regulan los dispositivos residenciales con diferentes niveles de apoyo para el abordaje de los consumos problemáticos, reconociéndolos como parte integrante de la red de salud. No es necesario modificar la ley para implementarlos.

Estándares internacionales comprometidos. La OMS y la ONUDD (Normas internacionales para el tratamiento de trastornos por consumo de drogas, 2020) sostienen el abordaje sanitario, basado en la evidencia y en la comunidad, y desaconsejan expresamente los dispositivos de internación compulsiva y los centros no sanitarios. El documento conjunto de las agencias de la ONU sobre política de drogas (2019) y el Comité DESC (Observación General N° 14) exigen que los servicios de tratamiento sean parte del sistema de salud y estén sujetos a sus garantías. Quitar los consumos de la política de salud mental y remitirlos a dispositivos definidos por vía reglamentaria abre la puerta a la reaparición de dispositivos con dudosa efectividad, escenario que la Ley 26.657 vino a clausurar.

ARTÍCULO 5° del proyecto — Sustituye el art. 5° de la Ley 26.657 —

DIAGNÓSTICO, CAPACIDAD Y RIESGO - ESTADO RESPECTO DE ABRIL 2026: MANTIENE LO QUE HABÍA PROPUESTO

1) LEY 26.657 — TEXTO VIGENTE	2) PROYECTO DE REFORMA — TEXTO COMPLETO
ARTÍCULO 5°.- La existencia de diagnóstico en el campo de la salud mental no autoriza en ningún caso a presumir riesgo de daño o incapacidad , lo que sólo puede deducirse a partir de una evaluación interdisciplinaria de cada situación particular en un momento determinado.	ARTÍCULO 5°.- La existencia de diagnóstico en el campo de la salud mental no implica necesariamente la presunción de riesgo de daño o de restricciones a la capacidad, lo que solo puede deducirse a partir de una evaluación interdisciplinaria de cada situación particular en un momento determinado.

PUNTOS SOBRESALIENTES

- Se pasa de una prohibición absoluta (“no autoriza EN NINGÚN CASO”) a una advertencia relativa (“no implica NECESARIAMENTE”).
- Deja abierta la posibilidad de que, en ciertos casos, el diagnóstico sí opere como fundamento para presumir riesgo o restringir la capacidad.
- Reinstala, por vía de excepción, la ecuación diagnóstico = peligrosidad que la ley vigente eliminó.

ANÁLISIS

Respecto de abril: mantiene sin cambios.

El texto de la ley actual es inequívoco: prohíbe toda inferencia automática entre diagnóstico y riesgo o incapacidad, y fija un límite claro frente a prácticas estigmatizantes. La nueva fórmula introduce una ambigüedad decisiva. “**No implica necesariamente**” admite, por definición, que en algunos casos sí implique. Se pasa de una prohibición absoluta a una advertencia relativa, y esa diferencia gramatical tiene consecuencias jurídicas concretas: habilita a que un diagnóstico sea invocado, por sí solo, como fundamento de una restricción de derechos.

El efecto se potencia al leer el artículo en conjunto con el artículo 3° inciso d) del propio proyecto, que remite a este artículo 5° la prohibición de diagnosticar por antecedentes de tratamiento u hospitalización. Así, ambas prohibiciones quedan relativizadas en cadena.

Estándares internacionales comprometidos. El artículo 12 de la CDPD y la Observación General N° 1 (2014) del Comité CDPD establecen que la capacidad jurídica es inherente a toda persona y no puede ser restringida sobre la base de una deficiencia real o percibida (criterio explícitamente calificado como discriminatorio). El artículo 14.1.b) de la CDPD dispone que “la existencia de una discapacidad no justificará en ningún caso una privación de la libertad”, y las Directrices del Comité sobre el artículo 14 (2015) precisan que las internaciones fundadas en peligrosidad o en necesidad de tratamiento son contrarias a la Convención. Argentina ya recibió observaciones del Comité CDPD en este punto (CRPD/C/ARG/CO/1, 2012, párrs. 23-25). El artículo 5° vigente es una de las piezas de la ley que mejor traduce ese estándar; su relativización constituye un retroceso directo respecto de un tratado con jerarquía constitucional.

ARTÍCULO 6° del proyecto — Sustituye el art. 7° de la Ley 26.657 —

DERECHOS DE LAS PERSONAS - ESTADO RESPECTO DE ABRIL 2026: NO SE MODIFICABA EN ABRIL

1) LEY 26.657 — TEXTO VIGENTE	2) PROYECTO DE REFORMA — TEXTO COMPLETO
ARTÍCULO 7°.- El Estado reconoce a las personas con padecimiento mental los siguientes derechos: a) Derecho a recibir atención sanitaria y social integral y humanizada, a partir del acceso gratuito, igualitario y equitativo a las prestaciones e insumos necesarios, con el objeto de asegurar la recuperación y preservación de su salud; b) Derecho a conocer y preservar su identidad, sus grupos de pertenencia, su genealogía y su historia; c) Derecho a recibir una atención basada en fundamentos científicos ajustados a principios éticos; d) Derecho a recibir tratamiento y a ser tratado con la alternativa terapéutica más conveniente, que menos restrinja sus derechos y libertades, promoviendo la integración familiar, laboral y comunitaria; e) Derecho a ser acompañado antes, durante y luego del tratamiento por sus familiares, otros afectos o a quien la persona con padecimiento mental designe; f) Derecho a recibir o rechazar asistencia o auxilio espiritual o religioso; g) Derecho del asistido, su abogado, un familiar, o allegado que éste designe, a acceder a sus antecedentes familiares, fichas e historias clínicas; h) Derecho a que en el caso de internación involuntaria o voluntaria prolongada, las condiciones de la misma sean supervisadas periódicamente por el órgano de revisión; i)	ARTÍCULO 7°.- El Estado reconoce a las personas con padecimiento mental los siguientes derechos: a) Derecho a recibir atención sanitaria y social integral y humanizada, a partir del acceso gratuito, igualitario y equitativo a las prestaciones e insumos necesarios, con el objeto de asegurar la recuperación y preservación de su salud; b) Derecho a conocer y preservar su identidad, sus grupos de pertenencia, su genealogía y su historia; c) Derecho a recibir una atención basada en fundamentos científicos ajustados a principios éticos; d) Derecho a recibir tratamiento y a ser tratado con la alternativa terapéutica más conveniente, que menos restrinja sus derechos y libertades, promoviendo la integración familiar, laboral y comunitaria; e) Derecho a ser acompañado antes, durante y luego del tratamiento por sus familiares, otros afectos o a quien la persona con padecimiento mental designe; f) Derecho a recibir o rechazar asistencia o auxilio espiritual o religioso; g) Derecho del asistido, su abogado, un familiar, o allegado que éste designe, a acceder a sus antecedentes familiares, fichas e historias clínicas; h) Derecho a que en el caso de internación involuntaria o voluntaria prolongada, las condiciones de la misma sean supervisadas periódicamente por el órgano de revisión; i)

1) LEY 26.657 — TEXTO VIGENTE	2) PROYECTO DE REFORMA — TEXTO COMPLETO
Derecho a no ser identificado ni discriminado por un padecimiento mental actual o pasado; j) Derecho a ser informado de manera adecuada y comprensible de los derechos que lo asisten, y de todo lo inherente a su salud y tratamiento, según las normas del consentimiento informado, incluyendo las alternativas para su atención, que en el caso de no ser comprendidas por el paciente se comunicarán a los familiares, tutores o representantes legales; k) Derecho a poder tomar decisiones relacionadas con su atención y su tratamiento dentro de sus posibilidades; l) Derecho a recibir un tratamiento personalizado en un ambiente apto con resguardo de su intimidad, siendo reconocido siempre como sujeto de derecho, con el pleno respeto de su vida privada y libertad de comunicación; m) Derecho a no ser objeto de investigaciones clínicas ni tratamientos experimentales sin un consentimiento fehaciente; n) Derecho a que el padecimiento mental no sea considerado un estado inmodificable; o) Derecho a no ser sometido a trabajos forzados; p) Derecho a recibir una justa compensación por su tarea en caso de participar de actividades encuadradas como laborterapia o trabajos comunitarios, que impliquen producción de objetos, obras o servicios que luego sean comercializados.	Derecho a no ser identificado ni discriminado por un padecimiento mental actual o pasado; j) Derecho a ser informado de manera adecuada y comprensible de los derechos que lo asisten, y de todo lo inherente a su salud y tratamiento, según las normas del consentimiento informado, incluyendo las alternativas para su atención, que en el caso de no ser comprendidas por el paciente se comunicarán a los familiares, tutores o representantes legales; k) Derecho a poder tomar decisiones relacionadas con su atención y su tratamiento dentro de sus posibilidades; l) Derecho a recibir un tratamiento personalizado en un ambiente apto con resguardo de su intimidad, siendo reconocido siempre como sujeto de derecho, con el pleno respeto de su vida privada y libertad de comunicación; m) Derecho a no ser objeto de investigaciones clínicas ni tratamientos experimentales sin un consentimiento fehaciente; n) Derecho a que el padecimiento mental no sea considerado un estado inmodificable; o) Derecho a no ser sometido a trabajos forzados; p) Derecho a recibir una justa compensación por su tarea en caso de participar de actividades encuadradas como laborterapia o trabajos comunitarios, que impliquen producción de objetos, obras o servicios que luego sean comercializados. q) Derecho a disponer directivas anticipadas sobre su salud mental. Toda persona con plena capacidad puede consentir o rechazar anticipadamente determinados tratamientos y decisiones relativas a su salud mental, así como designar a una o más personas para que expresen su consentimiento cuando no pueda hacerlo por sí misma. Las directivas deben ser aceptadas por el equipo interdisciplinario interviniente, salvo aquellas que constituyan riesgo grave de daño para la vida o la integridad física propia o de terceros. La declaración de voluntad puede ser revocada en todo momento

PUNTOS SOBRESALIENTES

- Es el único artículo del proyecto que en apariencia amplía derechos: incorpora las directivas anticipadas en salud mental, aunque condiciona la directiva a que la persona tenga “plena capacidad”, criterio contrario al art. 12 de la CDPD.
- **CONTRADICCIÓN CENTRAL:** este artículo conserva “personas con padecimiento mental”, expresión que el resto del proyecto reemplaza por “afección o trastorno”. La ley quedaría con dos universos de destinatarios distintos.
- El reconocimiento de derechos convive con los arts. 23 bis y 23 ter, que sustraen autonomía a las mismas personas.

ANÁLISIS

Respecto de abril: artículo nuevo. La versión de abril no modificaba el artículo 7°. Su incorporación ahora es, en apariencia, el gesto más garantista del proyecto, y por eso mismo exige la lectura más atenta.

El reconocimiento de las directivas anticipadas constituye un reclamo histórico del campo. Sin embargo, la redacción elegida las neutraliza en el punto exacto en que servirían para algo. La directiva anticipada existe para que la voluntad de la persona sea respetada cuando sobrevenga una crisis; la excepción del proyecto “salvo aquellas que constituyan riesgo grave de daño para la vida o la integridad física propia o de terceros” libera al equipo de la obligación de respetarla precisamente en la situación de crisis. Se reconoce un derecho y se lo desactiva en el mismo párrafo. A ello se suma la exigencia de “plena capacidad” para otorgarla, cuando el estándar internacional vigente es el de la capacidad jurídica universal con provisión de apoyos.

El artículo revela además una incoherencia sistémica del proyecto. Conserva la fórmula “personas con padecimiento mental”, mientras los artículos 1°, 4°, 12, 23 ter y 36 hablan de “afección o trastorno de salud mental”. A diferencia de la versión de abril, que contenía una cláusula de sustitución terminológica general, el proyecto del gobierno la elimina, con lo cual la ley quedaría redactada con dos categorías conceptualmente distintas de destinatarios y sin regla de interpretación entre ellas. Es un defecto de técnica legislativa que generará litigiosidad.

Esta contradicción se profundiza al leer este artículo junto con los nuevos artículos 23 bis y 23 ter. Por un lado, el proyecto reconoce el derecho de la persona a decidir sobre su atención y tratamiento y a formular directivas anticipadas sobre su salud mental; por otro, introduce mecanismos que pueden desconocer esa misma voluntad. El artículo 23 ter condiciona la formalización del egreso de una persona internada involuntariamente a la presencia de un familiar, representante legal, cónyuge, conviviente, padre o hijo, que debe presentarse al momento del alta y firmar la documentación correspondiente. A su vez, el artículo 23 bis habilita que, una vez otorgada el alta, se adopten judicialmente medidas destinadas a asegurar la continuidad del tratamiento ambulatorio durante un período de hasta seis meses, con informes periódicos al juez. La tensión con las directivas anticipadas es evidente: ¿qué valor efectivo conserva una directiva en la que la persona hubiera expresado previamente su rechazo a determinado tratamiento si, después del alta, puede quedar sometida a una medida judicial orientada a sostener precisamente ese tratamiento? El proyecto reconoce formalmente la autonomía en este artículo, pero luego incorpora disposiciones que pueden vaciarla de contenido en la práctica.

Estándares internacionales comprometidos. La Observación General N° 1 (2014) del Comité CDPD, párrs. 17 y 21, consagra la planificación anticipada de decisiones como forma de apoyo y establece que debe ser respetada sin excepciones basadas en la percepción de riesgo, y que el momento y las condiciones de su activación las define la propia persona. La Guía OMS/ACNUDH (2023) recomienda que las directivas anticipadas en salud mental sean jurídicamente vinculantes y no admitan anulación por criterio profesional. La excepción del proyecto convierte la directiva en una recomendación revocable por el equipo tratante.

ARTÍCULO 7° del proyecto — Sustituye el art. 8° de la Ley 26.657 —
EQUIPO INTERDISCIPLINARIO - ESTADO RESPECTO DE ABRIL 2026: AGRAVA LO PROPUESTO EN ABRIL

1) LEY 26.657 — TEXTO VIGENTE	2) PROYECTO DE REFORMA — TEXTO COMPLETO
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.	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, psicólogos, trabajadores sociales, enfermeros, terapeutas ocupacionales y de otras disciplinas afines. Los integrantes de los equipos interdisciplinarios asumen las responsabilidades que derivan de sus propias leyes del ejercicio profesional y con el alcance de las incumbencias profesionales de cada disciplina. La Autoridad de Aplicación establecerá los lineamientos para que cada jurisdicción defina las características de conformación de sus equipos interdisciplinarios, según la disponibilidad de recursos humanos de cada jurisdicción, pudiendo preverse la intervención del médico psiquiatra mediante teleconsulta sincrónica cuando su presencia física no pueda garantizarse.

PUNTOS SOBRESALIENTES

- Ataca el espíritu mismo del equipo interdisciplinario al imponer una jerarquía por ley.
- CONTRADICCIÓN: declara la interdisciplina y simultáneamente establece que un miembro es obligatorio y los demás optativos.
- La remisión “al alcance de las incumbencias profesionales de cada disciplina” es la puerta por la que se le quitan incumbencias al psicólogo (arts. 16 y 20 bis), en contra de la Ley 23.277 de ejercicio profesional.
- NOVEDAD RESPECTO DE ABRIL: la teleconsulta sincrónica. Reconoce que no hay psiquiatras, pero en lugar de habilitar a los profesionales presentes, los reemplaza por una pantalla.
- La redacción es además técnicamente defectuosa.

ANÁLISIS

Respecto de abril: mantiene el núcleo y agrega la teleconsulta. El texto conserva la exigencia de que uno de los integrantes “deberá ser médico psiquiatra” y la remisión a las incumbencias de cada disciplina, e incorpora dos elementos nuevos: la conformación del equipo “según la disponibilidad de recursos humanos de cada jurisdicción” y la intervención del psiquiatra por teleconsulta sincrónica. Es una redacción contradictoria: dice que los equipos deben siempre estar conformados por un médico psiquiatra, pero por el otro, dice que cada jurisdicción podrá decidir su conformación.

Otra contradicción la encontramos en que por un lado proclama la interdisciplina, pero mientras jerarquiza al “médico, preferentemente psiquiatra” le quita a los profesionales de la psicología, lo que según la ley de ejercicio profesional los habilita a realizar diagnóstico, tratamiento e internación.

Las disposiciones agregadas son redundantes y no mejoran la práctica, pero revelan una necesidad de reafirmación corporativa por parte de quienes redactaron la modificación, que obviamente no representa a la gran mayoría de médicos psiquiatras, que desde hace décadas integran equipos interdisciplinarios sin conflicto, sino a sectores que buscan sostener un poder simbólico a través de la ley. En lugar de imponer jerarquías forzadas, sería más pertinente abordar los problemas reales de los médicos psiquiatras: condiciones laborales precarias, bajos salarios y falta de incentivos para la formación y permanencia en el sistema público, en un contexto donde la escasez de psiquiatras es un dato más que conocido y preocupante en todo el país.

La teleconsulta sincrónica merece un análisis propio. Su incorporación constituye una admisión oficial de que la exigencia de psiquiatra obligatorio es inaplicable en casi todo el territorio nacional. Frente a esa constatación, el proyecto opta por la solución menos razonable e incoherente: en vez de reconocer la idoneidad de los profesionales de salud mental efectivamente presentes en el lugar (psicólogos, trabajadores sociales, entre otros) los subordina a un profesional remoto que no examina a la persona. Se sustituye la evaluación presencial e interdisciplinaria por una validación a distancia, jerárquica y meramente formal. Nada indica cómo se registra, quién asume la responsabilidad ni qué ocurre cuando no hay conectividad.

Estándares internacionales comprometidos. La OMS, en “Orientaciones sobre servicios comunitarios de salud mental” (2021) y en el Informe mundial sobre salud mental (2022), sostiene el trabajo en equipos multidisciplinarios sin jerarquías legales predeterminadas y promueve el “task sharing” (la distribución de tareas entre distintos perfiles profesionales) como respuesta a la escasez de especialistas, exactamente lo contrario de lo que intenta el proyecto. La Guía OMS/ACNUDH (2023) advierte contra las legislaciones que concentran el poder decisorio en una única profesión. El Relator Especial sobre el derecho a la salud (A/HRC/35/21, 2017) identificó los “desequilibrios de poder” entre disciplinas como uno de los tres obstáculos estructurales para una atención en salud mental basada en derechos.

ARTÍCULO 8° del proyecto — Sustituye el art. 11 de la Ley 26.657 —
DISPOSITIVOS COMUNITARIOS - ESTADO RESPECTO DE ABRIL 2026: MARCHA ATRÁS PARCIAL (mejora incompleta)

1) LEY 26.657 — TEXTO VIGENTE	2) PROYECTO DE REFORMA — TEXTO COMPLETO
ARTÍCULO 11.- La Autoridad de Aplicación debe promover que las autoridades de salud de cada jurisdicción, en coordinación con las áreas de	ARTÍCULO 11.- La Autoridad de Aplicación debe promover que las autoridades de salud de cada jurisdicción, en coordinación con las áreas de

1) LEY 26.657 — TEXTO VIGENTE	2) PROYECTO DE REFORMA — TEXTO COMPLETO
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 .	educación, desarrollo social, trabajo y otras que correspondan, implementen acciones de inclusión social, laboral y de atención en salud mental comunitaria, así como también promover propiciar acciones y servicios de promoción y prevención en salud mental y el desarrollo de dispositivos comunitarios y socio-laborales mediante la conformación de una red de servicios integrados en la comunidad . Se debe promover el desarrollo de dispositivos tales como: consultas ambulatorias; servicios de inclusión social y laboral para personas después del alta post internación que ayuden a la inclusión familiar, social y laboral ; atención domiciliaria supervisada y servicios para la promoción y prevención en salud mental, así como otras prestaciones tales como casas de convivencia, hospitales de día, centros de capacitación socio- laboral. 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 de los principios establecidos en la presente ley.

PUNTOS SOBRESALIENTES

- Bajo una aparente mejora con respecto al proyecto anterior, repone la lista de dispositivos que la versión de abril había eliminado por completo, pero la repone MUTILADA: elimina las cooperativas de trabajo, los emprendimientos sociales, los hogares y familias sustitutas, y el **apoyo a las personas y grupos familiares y comunitarios**.
- Lo que se suprime es justamente los dispositivos que sostienen la vida en comunidad y la alternativa habitacional al encierro en hospitales monovalentes o clínicas psiquiátricas.
- Conserva la delegación final en la Autoridad de Aplicación, que puede vaciar la enumeración de dispositivos por vía reglamentaria. Una ley debe ser clara. Los dispositivos deben figurar en la letra de la ley.
- Contiene un error material ("promover propiciar") que evidencia la premura y falta de cuidado en la redacción.

ANÁLISIS

Respecto de abril: marcha atrás parcial. Es uno de los pocos puntos en que el proyecto retrocede sobre su propia versión anterior. En abril se eliminaba lisa y llanamente la nómina de dispositivos concretos, dejando la red comunitaria sin sustento legal. La versión actual restituye la lista, lo que constituye un maquillaje y reconocimiento a la crítica formulada por la sociedad en su conjunto.

Ahora bien, la restitución es selectiva y el criterio de selección no es neutro. **Desaparecen de la lista: las cooperativas de trabajo, los emprendimientos sociales, los hogares y familias sustitutas, y el apoyo a las personas y grupos familiares y comunitarios.** Es decir, se conservan los dispositivos de tratamiento (como consultas ambulatorias, hospitales de día) y se eliminan muchos de los dispositivos de vida comunitaria, trabajo y vivienda. Precisamente aquellos sin los cuales la externación es imposible. La supresión del apoyo a las familias resulta además abiertamente contradictoria con el artículo 23 ter del propio proyecto, que impone a esas mismas familias la obligación de cuidado.

Subsiste, por último, la delegación del párrafo final que puede cambiar este artículo por cualquier otro: la Autoridad de Aplicación "determinará el tipo de dispositivos específicos". La enumeración legal queda así subordinada a la discrecionalidad administrativa de turno, y la red sujeta a decisiones cambiantes según la gestión.

Estándares internacionales comprometidos. El artículo 19 de la CDPD reconoce el derecho a vivir en forma independiente y a ser incluido en la comunidad, y obliga a los Estados a asegurar el acceso a servicios de asistencia domiciliaria, residencial y de apoyo comunitario. La Observación General N° 5 (2017) del Comité CDPD, párrs. 16 y 34, precisa que ello incluye vivienda y apoyos para la vida independiente, y las Directrices sobre desinstitucionalización (CRPD/C/5, 2022), párrs. 30-40, exigen que la transición hacia la comunidad esté acompañada de vivienda adecuada y opciones de sustento económico. Eliminar de la ley las cooperativas de trabajo, los emprendimientos sociales y las alternativas habitacionales es suprimir el contenido concreto del artículo 19 de la CDPD.

ARTÍCULO 9º del proyecto — Sustituye el art. 12 de la Ley 26.657 —

PRESCRIPCIÓN DE MEDICACIÓN - ESTADO RESPECTO DE ABRIL 2026: NUEVO — NO ESTABA EN ABRIL

1) LEY 26.657 — TEXTO VIGENTE	2) PROYECTO DE REFORMA — TEXTO COMPLETO
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.	ARTÍCULO 12.- La prescripción de medicación solo debe responder a las necesidades fundamentales de la persona que padezca algún tipo de afección o trastorno mental, debiendo ser realizada por un médico, preferentemente psiquiatra y debe ser administrada 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 solo puede realizarse a partir de las evaluaciones profesionales pertinentes y nunca de forma automática.

PUNTOS SOBRESALIENTES

- **ELIMINA** la última frase del artículo vigente: "Debe promoverse que los tratamientos psicofarmacológicos se realicen en el marco de abordajes interdisciplinarios". Es una de las supresiones más elocuentes del proyecto: desacopla la prescripción de medicación, una práctica terapéutica más, del equipo interdisciplinario.

- **CONTRADICCIÓN:** el art. 8° proclama la interdisciplina y este artículo suprime una de las prácticas, que, obviamente, nadie duda que debe realizar el médico, del abordaje interdisciplinario.
- Agrega “por un médico, preferentemente psiquiatra”, enunciado innecesario (ningún profesional sin título de médico puede prescribir medicación), cuyo único efecto es habilitar al médico sin especialidad, **y dejando al médico psiquiatra como opcional.**

ANÁLISIS

Respecto de abril: artículo nuevo. La versión de abril no tocaba el artículo 12. Su modificación ahora introduce un cambio que podría pasar fácilmente inadvertido.

La ley vigente cierra el artículo estableciendo que “debe promoverse que los tratamientos psicofarmacológicos se realicen en el marco de abordajes interdisciplinarios”. El proyecto suprime esa frase, sin reemplazo. La prescripción psicofarmacológica queda así desvinculada del equipo interdisciplinario y constituida en acto terapéutico autónomo. Es exactamente lo contrario de lo que declara el artículo 8° del mismo proyecto.

El agregado “debiendo ser realizada por un médico, preferentemente psiquiatra” es, en sí mismo, jurídicamente innecesario: ninguna norma habilita a un profesional sin título de médico a prescribir medicamentos. La función real de este artículo es otra. Al decir “preferentemente psiquiatra”, la ley admite expresamente la prescripción psicofarmacológica por médicos sin especialidad ni conocimientos en psiquiatría. De esta manera, se desplaza al psiquiatra, único profesional con conocimientos en psicofarmacología.

El artículo elimina, además, la expresión “persona con padecimiento mental” y la sustituye por “persona que padezca algún tipo de afección o trastorno mental”, profundizando la incoherencia terminológica ya señalada respecto del artículo 7°, que conserva la fórmula original.

Estándares internacionales comprometidos. La OMS recomienda el abordaje interdisciplinario y la reducción de la dependencia de intervenciones exclusivamente farmacológicas. El Relator Especial sobre el derecho a la salud (A/HRC/35/21, 2017, párrs. 20-30) identificó el “uso excesivo del modelo biomédico” y la “asimetría de poder” como obstáculos centrales.

ARTÍCULO 10 del proyecto — Sustituye el art. 13 de la Ley 26.657 —

CARGOS DE CONDUCCIÓN Y GESTIÓN - ESTADO RESPECTO DE ABRIL 2026: MARCHA ATRÁS PARCIAL (mejora incompleta)

1) LEY 26.657 — TEXTO VIGENTE	2) PROYECTO DE REFORMA — TEXTO COMPLETO
ARTÍCULO 13.- Los profesionales con título de grado están en igualdad de condiciones para ocupar los cargos de conducción y gestión de los servicios y las instituciones, debiendo valorarse su idoneidad para el cargo y su capacidad para integrar los diferentes saberes que atraviesan el campo de la salud mental. Todos los trabajadores integrantes de los equipos asistenciales tienen derecho a la capacitación permanente y a la protección de su salud integral, para lo cual se deben desarrollar políticas específicas.	ARTÍCULO 13.- Los profesionales con título de grado están en igualdad de condiciones para ocupar los cargos de conducción y gestión de los servicios y las instituciones, y debe valorarse su idoneidad y su capacidad para integrar los diferentes saberes que atraviesan el campo de la salud mental, siempre que las normas que regulan sus incumbencias abarquen las competencias del cargo al que se pretende acceder. Para su designación se tendrá en consideración que el profesional aspirante ostente el mayor grado de incumbencia en la salud en pos de beneficiar al paciente. Todos los trabajadores integrantes de los equipos asistenciales tienen derecho a la capacitación permanente y a la protección de su salud integral, para lo cual se deben desarrollar políticas específicas. Las autoridades competentes, sistemas de salud y universidades desarrollarán planes de capacitación para el desarrollo de los recursos humano de salud para la atención primaria de la salud mental.

PUNTOS SOBRESALIENTES

- **MANTIENE** el núcleo del problema: la cláusula del “mayor grado de incumbencia en la salud”.
- Esa fórmula, de apariencia técnica, deroga en los hechos la igualdad de condiciones que el mismo artículo proclama en su primera oración.
- **CONTRADICCIÓN INTERNA:** el artículo dice “igualdad de condiciones” y a renglón seguido establece un criterio de preferencia por disciplina.
- “Mayor grado de incumbencia en la salud” no es un concepto jurídico definido: claramente es una cláusula abierta para excluir de la conducción a quienes no tengan un título de médico. ¿Qué significa “mayor grado de incumbencia”?

ANÁLISIS

El núcleo del problema permanece intacto con respecto con el proyecto anterior presentado por el gobierno. El artículo conserva las dos cláusulas que introducen, de manera indirecta, una jerarquización que restringe el acceso a los cargos de conducción: la condición de que “las normas que regulan sus incumbencias abarquen las competencias del cargo” y, sobre todo, la directiva de que se tendrá en consideración que el aspirante “ostente el mayor grado de incumbencia en la salud”.

La contradicción es manifiesta y ocurre dentro del mismo artículo. La primera oración establece que los profesionales con título de grado están “en igualdad de condiciones”; la tercera frase introduce un criterio de preferencia que anula esa igualdad. “Mayor grado de incumbencia en la salud” no es una categoría jurídica definida en ninguna norma del ordenamiento argentino: es una fórmula abierta, sin contenido determinable, cuya única función previsible es habilitar la exclusión de los profesionales sin título de médico de los cargos de conducción. Bajo una formulación aparentemente técnica se reinstala una lógica corporativa que contradice el principio de igualdad profesional y debilita el enfoque interdisciplinario.

Durante los casi dieciséis años de vigencia de la ley actual, profesionales de distintas disciplinas han accedido a cargos de conducción de instituciones y dispositivos, e incluso a la gestión de políticas públicas, y han demostrado sobradamente capacidad para ello más allá de su disciplina específica. No hay evidencia alguna que justifique el cambio. Esta redacción confunde “capacidad de gestión” e “incumbencia”.

Estándares internacionales comprometidos. La OMS (Orientaciones sobre servicios comunitarios de salud mental, 2021) recomienda liderazgos diversos en la conducción de los servicios. La Guía OMS/ACNUDH (2023) advierte específicamente contra las normas que consagran la primacía de una profesión sobre las demás, por su efecto sobre la asimetría de poder en la relación asistencial. El criterio del proyecto va en dirección exactamente opuesta.

ARTÍCULO 11 del proyecto — Sustituye el art. 14 de la Ley 26.657 —

LA INTERNACIÓN COMO RECURSO - ESTADO RESPECTO DE ABRIL 2026: MANTIENE LO PROPUESTO EN ABRIL

1) LEY 26.657 — TEXTO VIGENTE	2) PROYECTO DE REFORMA — TEXTO COMPLETO
ARTÍCULO 14.- La internación es considerada como un recurso terapéutico de carácter restrictivo , y sólo puede llevarse a cabo cuando aporte mayores beneficios terapéuticos que el resto de las intervenciones realizables en su entorno familiar, comunitario o social. Debe promoverse el mantenimiento de vínculos, contactos y comunicación de las personas internadas con sus familiares, allegados y con el entorno laboral y social, salvo en aquellas excepciones que por razones terapéuticas debidamente fundadas establezca el equipo de salud interviniente.	ARTÍCULO 14.- La internación es considerada como un recurso terapéutico excepcional y solo puede llevarse a cabo cuando aporte mayores beneficios terapéuticos que el resto de las intervenciones realizables en su entorno familiar, comunitario o social. Debe promoverse el mantenimiento de vínculos, contactos y comunicación de las personas internadas con sus familiares, allegados y con el entorno laboral y social, salvo en aquellas excepciones que por razones terapéuticas debidamente fundadas establezca el equipo de salud interviniente.

PUNTOS SOBRESALIENTES

- Reemplaza “recurso terapéutico de carácter **restrictivo**” por “recurso terapéutico **excepcional**”.
- “Restrictivo” describe la NATURALEZA del acto (restringe la libertad) y por eso obliga a garantías reforzadas.
- “Excepcional” describe su FRECUENCIA, y no genera obligación jurídica alguna.
- El cambio elimina el fundamento de derechos humanos de la restricción y lo reemplaza por un criterio estadístico.
- Profundiza desigualdades: en el sector público desfinanciado la internación se limitará por falta de recursos; en el privado, quedará condicionada a la capacidad de pago.

DESARROLLO DEL ANÁLISIS

Respecto de abril: mantiene sin cambios.

El reemplazo de “recurso restrictivo” por “recurso excepcional” aparenta ser una cuestión de matiz y no lo es. “Restrictivo” califica al acto por su naturaleza jurídica: la internación restringe la libertad ambulatoria, y esa calificación es la que activa el conjunto de garantías reforzadas (control judicial inmediato, defensa técnica, revisión periódica, plazo más breve posible). En cambio, “excepcional” describe solamente la frecuencia. Un acto puede ser excepcional y, aun así, no estar rodeado de ninguna garantía especial. Al abandonar el adjetivo que fundaba las garantías y adoptar uno que solo mide la estadística o frecuencia, el proyecto diluye el carácter de última instancia de la internación y debilita el principio de restricción consagrado en los instrumentos internacionales, abriendo la puerta a interpretaciones más flexibles sobre su indicación.

El cambio, además, profundizará desigualdades. En un sector público desfinanciado, la internación tenderá a limitarse por falta de recursos; en el sector privado quedará condicionada a la capacidad económica de cada familia. Si se puede pagar, se interna; si no, se evitará invocando su carácter “excepcional”.

Corresponde señalar la incoherencia con el artículo 31 del propio proyecto, que reforma el artículo 41 del Código Civil y Comercial reemplazando también allí “carácter restrictivo” por “carácter excepcional”. **La sustitución es sistemática y deliberada en todo el ordenamiento.**

Estándares internacionales comprometidos. El artículo 14 de la CDPD, en su lectura por las Directrices del Comité (2015), y el artículo 7 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos exigen que toda privación de libertad sea excepcional, legal, necesaria, proporcional y sujeta a control judicial. La Corte IDH, en «Ximenes Lopes vs. Brasil» (2006, párrs. 89 y 129) y en «Guachalá Chimbo vs. Ecuador» (2021), estableció que el Estado se encuentra en posición especial de garante respecto de las personas internadas y que la internación involuntaria constituye una “**restricción de la libertad**” personal, sometida a los estándares del artículo 7 de la CADH. La calificación de “restrictivo” es la que traduce ese estándar de derecho; sustituirla por “excepcional” es debilitar el estándar mismo.

ARTÍCULO 12 del proyecto — Sustituye el art. 16 de la Ley 26.657 —

REQUISITOS DE TODA INTERNACIÓN - ESTADO RESPECTO DE ABRIL 2026: DIFIERE DE ABRIL (cambia el sujeto habilitado, agrega plan de egreso e internación prolongada)

1) LEY 26.657 — TEXTO VIGENTE	2) PROYECTO DE REFORMA — TEXTO COMPLETO
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 ; b) Búsqueda de datos disponibles acerca de la identidad y el entorno familiar; c) Consentimiento informado de la persona o del representante legal cuando corresponda. Sólo se considera válido el consentimiento cuando se presta en estado de lucidez y con comprensión de la situación, y se considerará invalidado si durante el transcurso de la internación dicho estado se pierde, ya sea por	ARTÍCULO 16.- Toda disposición de internación realizada , dentro de las CUARENTA Y OCHO (48) horas, deberá complementarse 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 médico preferentemente psiquiatra o médico con formación en salud mental. A los efectos del cumplimiento de este requisito, la intervención del médico psiquiatra podrá realizarse mediante teleconsulta sincrónica cuando su presencia física no pueda garantizarse ; b) Búsqueda de datos disponibles acerca de la identidad y el entorno familiar; c) Consentimiento informado de la persona o del

1) LEY 26.657 — TEXTO VIGENTE	2) PROYECTO DE REFORMA — TEXTO COMPLETO
el estado de salud de la persona o por efecto de los medicamentos o terapéuticas aplicadas. En tal caso deberá procederse como si se tratase de una internación involuntaria.	representante legal cuando corresponda. Solo se considera válido el consentimiento cuando se presta en estado de lucidez y con comprensión de la situación, y este se considera invalidado si durante el transcurso de la internación dicho estado se pierde, ya sea por el estado de salud de la persona o por efecto de los medicamentos o terapéuticas aplicadas. En tal caso debe procederse como si se tratase de una internación involuntaria. Desde el diagnóstico, el equipo de salud elaborará un plan de egreso que formará parte de la historia clínica del paciente e incluirá las directivas específicas para cada paciente, incluyendo objetivos para el alta, diagnóstico de red de apoyo y recursos asistenciales, afectivos y comunitarios identificados. Se considera internación prolongada aquella que supere los CIENTO OCHENTA (180) días corridos, o que por reinternaciones reiteradas acumule ese período de días efectivos de internación en los últimos DOS (2) años. Verificada una tal situación, el Órgano de Revisión se abocará de oficio en forma inmediata. No estarán comprendidos dentro de las internaciones prolongadas los pacientes con problemática social exclusivamente.

PUNTOS SOBRESALIENTES

- **AQUÍ SE CONSUMA LA QUITA DE INCUMBENCIAS A LOS PROFESIONALES DE LA PSICOLOGÍA.** Donde la ley vigente dice “psicólogo o médico psiquiatra”, el proyecto dice “médico preferentemente psiquiatra o médico con formación en salud mental”.
- El psicólogo desaparece del artículo, en franca contradicción con La Ley 23.277 de ejercicio profesional de la psicología que obliga a los psicólogos expresamente a aconsejar la internación y la externación (art. 8, inc. a). El proyecto lo desconoce.
- **CONTRADICCIÓN CENTRAL:** se habilita a un médico SIN especialidad en psiquiatría y se excluye a un psicólogo CON formación de grado y posgrado en psicopatología y salud mental.
- “Médico con formación en salud mental” no está definido en ninguna parte: ni horas necesarias de formación, ni título, ni acreditación, ni que significa formación en salud mental.
- **GRAVE:** excluye de la categoría de internación prolongada a “los pacientes con problemática social exclusivamente”, que son precisamente los que llevan décadas institucionalizados sin criterio.

DESARROLLO DEL ANÁLISIS

Respecto de abril: difiere en un punto decisivo y agrega dos institutos nuevos. La versión de abril del gobierno exigía que una de las dos firmas fuera “necesariamente médico psiquiatra”. La versión actual la flexibiliza buscando desesperadamente eliminar incumbencias de profesionales de la salud mental: “médico preferentemente psiquiatra o médico con formación en salud mental”, con teleconsulta sincrónica supletoria. Se atendió así, en parte, la objeción sobre la escasez de psiquiatras. Pero la modificación no repara el problema central; lo agrava.

La ley vigente exige que uno de los dos firmantes sea “necesariamente psicólogo o médico psiquiatra”. El proyecto elimina al psicólogo y lo reemplaza por “médico”. El resultado es que un médico sin especialidad alguna en psiquiatría (bastaría una “formación en salud mental” que el proyecto no define en horas, contenidos, título ni acreditación) queda habilitado para firmar una internación, mientras que un psicólogo con formación de grado, licenciatura, residencia y posgrado en psicopatología y salud mental queda excluido. La decisión no responde a ningún criterio de idoneidad: responde a un evidente criterio corporativo sin fundamento lógico alguno.

La exclusión colisiona además con el ordenamiento vigente. El artículo 8º, inciso a), de la Ley 23.277 de Ejercicio Profesional de la Psicología establece que los psicólogos están obligados a “aconsejar la internación en establecimiento público o privado de aquellas personas que atiendan y que por los trastornos de su conducta signifiquen peligro para sí o para terceros; así como su posterior externación”. Se configura una antinomia: una ley obliga al psicólogo a aconsejar la internación y otra le impide firmarla. Y todo ello mientras el artículo 7º del mismo proyecto invoca “el alcance de las incumbencias profesionales de cada disciplina”.

Sobre el tema de “las internaciones prolongadas” el artículo queda comprometido por la frase final: “No estarán comprendidos dentro de las internaciones prolongadas los pacientes con problemática social exclusivamente”. Es la excepción que anula la regla. Las personas institucionalizadas por razones sociales (sin red familiar, sin vivienda, sin ingresos) constituyen el núcleo central del problema manicomial argentino y son las que llevan diez, veinte, treinta o cuarenta años internadas. Excluir las del régimen de internación prolongada las deja fuera del único mecanismo de revisión y les niega la intervención del Órgano de Revisión precisamente a quienes más la necesitan. Se protege así, por omisión deliberada, el sostenimiento indefinido de camas ocupadas por motivos no psicopatológicos.

Estándares internacionales comprometidos. Las Directrices sobre desinstitucionalización del Comité CDPD (CRPD/C/5, 2022), párrs. 12 a 24, identifican expresamente la institucionalización por motivos sociales (pobreza, falta de vivienda, trabajo ausencia de apoyos) como una forma de discriminación por motivo de discapacidad que los Estados deben erradicar de forma prioritaria, no exceptuar. El artículo 19 de la CDPD y la Observación General Nº 5 (2017) obligan a proveer los apoyos que hacen posible la vida en comunidad. La Corte IDH, en «Ximenes Lopes vs. Brasil», subrayó el deber estatal de fiscalización sobre toda internación, sea cual fuere su motivo. Respecto de la exclusión de los profesionales de la salud mental, la Guía OMS/ACNUDH (2023) y el Relator Especial (A/HRC/35/21) recomiendan lo inverso: ampliar el conjunto de profesionales habilitados y reducir la concentración del poder decisorio.

ARTÍCULO 13 del proyecto — Sustituye el art. 18 de la Ley 26.657 —

INTERNACIÓN VOLUNTARIA - ESTADO RESPECTO DE ABRIL 2026: MANTIENE LO PROPUESTO EN ABRIL (con un agregado menor)

1) LEY 26.657 — TEXTO VIGENTE	2) PROYECTO DE REFORMA — TEXTO COMPLETO
ARTÍCULO 18.- La persona internada bajo su consentimiento podrá en cualquier momento decidir por sí misma el abandono de la internación. En todos los casos en que las internaciones voluntarias se prolonguen por más de SESENTA (60) días corridos, el equipo de salud a cargo debe comunicarlo al órgano de revisión creado en el artículo 38 y al juez. El juez debe evaluar, en un plazo no mayor de CINCO (5) días de ser notificado, si la internación continúa teniendo carácter voluntario o si la misma debe pasar a considerarse involuntaria, con los requisitos y garantías establecidos para esta última situación. En caso de que la prolongación de la internación fuese por problemáticas de orden social, el juez deberá ordenar al órgano administrativo correspondiente la inclusión en programas sociales y dispositivos específicos y la externación a la mayor brevedad posible, comunicando dicha situación al órgano de revisión creado por esta ley.	ARTÍCULO 18.- La persona internada bajo su consentimiento puede en cualquier momento decidir por sí misma el abandono de la internación. Sin perjuicio de ello, el equipo de salud debe evaluar previamente al alta si el paciente presenta su capacidad de juicio alterada, y en caso de mantenerse una situación de riesgo grave para sí o para terceros se deberá proceder de conformidad con los artículos 16 al 21 de la presente ley. En los casos en que las internaciones voluntarias se prolonguen por más de SESENTA (60) días corridos, el equipo de salud a cargo debe comunicarlo al órgano de revisión creado por el artículo 38 de la presente ley y al juez. El juez debe evaluar, en un plazo no mayor de CINCO (5) días de ser notificado, si la internación continúa teniendo carácter voluntario o si esta debe pasar a considerarse involuntaria, con los requisitos y garantías establecidos para esta última situación. En caso de que la prolongación de la internación fuese por problemáticas de orden social, el juez deberá ordenar al órgano administrativo correspondiente la inclusión en programas sociales y dispositivos específicos adaptados a la edad, el desarrollo cognitivo y el estado afectivo y mental de la persona, y la externación a la mayor brevedad posible, comunicando dicha situación al referido Órgano de Revisión.

PUNTOS SOBRESALIENTES

- Condiciona el derecho a abandonar la internación voluntaria a una evaluación previa de “capacidad de juicio alterada”, que no siempre implica “situación de riesgo para sí o para terceros”. Solo busca mantener a la mayor cantidad de personas posibles internadas en forma involuntaria.
- Convierte un derecho de ejercicio inmediato en una facultad sujeta a autorización del equipo.
- La previsión es redundante: la reglamentación vigente ya establece que, si al retirarse existe situación de riesgo, la internación se transforma en involuntaria con todas sus garantías.
- Al introducir “riesgo grave” eleva el umbral y por el otro, deja afuera situaciones de riesgo moderado que podrían requerir intervención.

DESARROLLO DEL ANÁLISIS

Respecto de abril: mantiene, con un agregado menor. El texto reproduce el de abril e incorpora la exigencia de que los dispositivos que ordene el juez en casos de internación prolongada por problemática social estén “adaptados a la edad, el desarrollo cognitivo y el estado afectivo y mental de la persona”. El agregado es innecesario, ya que la aclaración es obvia.

La previsión es además innecesaria. La reglamentación vigente ya establece con claridad que, si una persona internada voluntariamente decide retirarse y existe situación de riesgo para sí o para terceros, el equipo puede impedirlo, modificando el carácter de la internación a involuntaria y activando los procedimientos y notificaciones correspondientes. El proyecto no crea una facultad inexistente: crea un trámite previo que erosiona un derecho.

La incorporación del criterio de “riesgo grave” no aporta claridad sino ambigüedad, y restringe la capacidad de intervención: puede dejar fuera situaciones de riesgo moderado o subjetivo que en muchos casos requieren internación por presentarse situaciones de riesgo. Instala un umbral arbitrario que debilita la prevención y desconoce que el riesgo, en cualquiera de sus niveles, debe evaluarse siempre en contexto. Previsiblemente habrá dos criterios en la práctica: uno para el sistema público colapsado y otro para el privado, que internará mientras se le pague.

Estándares internacionales comprometidos. El artículo 12 de la CDPD y la Observación General N° 1 (2014) rechazan expresamente los criterios funcionales de capacidad (la evaluación de la “aptitud” mental para decidir) por discriminatorios, y exigen su reemplazo por sistemas de apoyo. La expresión “capacidad de juicio alterada” es precisamente uno de esos criterios funcionales. La Guía OMS/ACNUDH (2023) sostiene que el retiro del consentimiento debe surtir efecto inmediato y que toda continuidad de la internación tras ese retiro debe tramitarse como involuntaria, con todas sus garantías, sin instancias intermedias de evaluación discrecional.

ARTÍCULO 14 del proyecto — Sustituye el art. 20 de la Ley 26.657 —

INTERNACIÓN INVOLUNTARIA - ESTADO RESPECTO DE ABRIL 2026: MANTIENE LO PROPUESTO EN ABRIL

1) LEY 26.657 — TEXTO VIGENTE	2) PROYECTO DE REFORMA — TEXTO COMPLETO
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: 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	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 solo puede realizarse cuando medie una situación de riesgo grave de daño para la vida o la integridad física de sí misma o de terceros, la que debe ser evaluada por el equipo interdisciplinario. A tal efecto, debe 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, y debe considerarse, de existir, la ocurrencia previa de un hecho o ideación dañosa para sí o para

1) LEY 26.657 — TEXTO VIGENTE	2) PROYECTO DE REFORMA — TEXTO COMPLETO
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; b) Ausencia de otra alternativa eficaz para su tratamiento; c) Informe acerca de las instancias previas implementadas si las hubiera.	terceros. Asimismo, se debe evaluar la previsible evolución si no mediara el tratamiento de internación necesario, debido y oportuno, como así también las consecuencias disvaliosas que pudieran ocasionarse si aquel tratamiento no se llevara a cabo de conformidad con lo dispuesto por el artículo 7°, inciso d) de la presente ley. Se excluyen los riesgos derivados de actitudes o conductas que no estén condicionadas por una afección o trastorno de salud mental.

PUNTOS SOBRESALIENTES

- Reemplaza “riesgo cierto e inminente” por “riesgo grave de daño para la vida o la integridad física”: restringe las causales. Confunde al equipo interdisciplinario.
- Deja fuera el riesgo psíquico, el riesgo moderado y el riesgo para la integridad no física: ¿esas personas quedan sin internar?
- El “criterio situacional” es redundante, ya está en la ley vigente, y la “previsibilidad” no define si se trata de certeza o probabilidad.
- Este artículo se construye sobre un mito acerca de que las internaciones involuntarias son imposibles con la ley vigente: bajo la ley actual se realizan internaciones involuntarias todos los días. Solo en CABA, durante 2025, se registraron 6.349.
- Lo que impide internar no son obstáculos legales, que no existen como tales, sino la insuficiencia de camas y de recursos, que en caso de aprobarse este proyecto de ley, esa situación se profundizará.

ANÁLISIS

Respecto de abril: mantiene, con una corrección de redacción. La única variación relevante es que donde abril decía “la ocurrencia previa de un hecho o de ideación manifiesta, daños para sí o para terceros” (redacción defectuosa) ahora se lee “la ocurrencia previa de un hecho o ideación dañosa para sí o para terceros”.

La incorporación de la exigencia de “riesgo grave de daño para la vida o la integridad física” dificulta y restringe las causales de internación. Mientras la ley vigente exige la presencia de “situación riesgo cierto e inminente para sí o para terceros” (fórmula que ya es exigente y está consolidada en la jurisprudencia), el proyecto la reemplaza por un concepto que acota el campo de intervención en algunos escenarios (sector público) y lo flexibiliza en otros (sector privado). Surgen interrogantes que el texto no resuelve: ¿quedan fuera las situaciones de riesgo moderado? ¿Qué ocurre con los riesgos que no se vinculan a la integridad física?

La incorporación del llamado “criterio situacional” resulta redundante: ya está contenida en la ley actual cuando habla de “situación de riesgo...”, y es además obvia en cualquier evaluación clínica. Lejos de clarificar, introduce confusión. Lo mismo ocurre con la noción de “previsibilidad”, que es confusa y no define con precisión si se refiere a certeza o a probabilidad, y que en manos de un tribunal puede justificar tanto una internación como su denegatoria.

Los ideólogos de esta modificación la han construido sobre un mito o, directamente, sobre una afirmación falsa: la de que la ley vigente impide o dificulta internar. Bajo la ley actual se realizan internaciones involuntarias diariamente en todo el país. Según informó el Órgano de Revisión Nacional, solo en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, durante 2025, se registraron 6.349 internaciones involuntarias. La supuesta imposibilidad de internar sin consentimiento no existe. Lo que impide internar en casos graves, aun ante el requerimiento de las familias, no son obstáculos legales sino la insuficiencia de camas y de recursos disponibles. Una reforma que no asigna un peso de presupuesto a una ley mucho más cara, porque incluye construcción y/o ampliación de hospitales monovalentes, no resuelve ese problema: lo enmascara y lo agrava.

Debe señalarse, por último, que el proyecto conserva aquí la exigencia de firma de “dos profesionales de diferentes disciplinas” pero traslada su regulación al nuevo artículo 20 bis, donde vuelve a violar la ley de ejercicio profesional de la psicología.

Estándares internacionales comprometidos. El artículo 14 de la CDPD prohíbe la privación de libertad basada en la discapacidad, y las Directrices del Comité sobre el artículo 14 (2015), párrs. 6 a 14, califican como discriminatorios los criterios de “peligrosidad” y de “necesidad de tratamiento”. La Guía OMS/ACNUDH (2023) recomienda a los Estados avanzar hacia la eliminación de la internación involuntaria y, mientras ello no ocurra, rodearla de las máximas garantías. En ese marco, el debate no debería ser cómo redefinir el riesgo para internar más o menos, sino cómo construir las alternativas comunitarias que hagan innecesaria la coerción. El proyecto no contiene una sola disposición en esa dirección.

ARTÍCULO 15 del proyecto — Incorpora el art. 20 bis a la Ley 26.657 —

REQUISITOS DE LA INTERNACIÓN INVOLUNTARIA - ESTADO RESPECTO DE ABRIL 2026: DIFIERE DE ABRIL (flexibiliza al psiquiatra, mantiene la exclusión del psicólogo)

1) LEY 26.657 — TEXTO VIGENTE	2) PROYECTO DE REFORMA — TEXTO COMPLETO
	ARTÍCULO 20 bis.- Para que proceda la internación involuntaria, además de los requisitos comunes a toda internación, debe verificarse : a) Dictamen profesional del servicio asistencial que realice la internación. Se debe determinar la situación de riesgo grave de daño para la vida o la integridad física de sí misma o de terceros a que se hace referencia en el artículo 20 de la presente ley , con la firma de DOS (2) profesionales de diferentes disciplinas que no tengan relación de parentesco, amistad, vínculos económicos con la persona, UNO (1) de los cuales debe ser médico, preferentemente psiquiatra o médico con formación en salud mental, pudiendo preverse la intervención del médico psiquiatra mediante teleconsulta sincrónica cuando su presencia física no pueda

1) LEY 26.657 — TEXTO VIGENTE	2) PROYECTO DE REFORMA — TEXTO COMPLETO
	garantizarse; b) Ausencia de otra alternativa eficaz para su tratamiento; c) Informe acerca de las instancias previas implementadas, si las hubiera.

PUNTOS SOBRESALIENTES

- Reitera en la internación involuntaria la quita de incumbencias al psicólogo consumada en el art. 16.
- Flexibiliza respecto de abril la exigencia de psiquiatra (preferentemente), pero NO restituye al psicólogo: la responsabilidad va al médico sin especialidad.
- Queda así consagrado: médico sin especialidad en psiquiatría, Sí puede firmar una internación involuntaria; psicólogo especialista en salud mental, NO.
- CONTRADICCIÓN con el art. 7º del proyecto, que remite a las incumbencias de cada disciplina, y con el art. 8 inc. a) de la Ley 23.277.
- La exigencia de “dos profesionales de diferentes disciplinas” se vuelve nominal: si uno debe ser médico, la interdisciplina queda reducida a una fórmula.

DESARROLLO DEL ANÁLISIS

El nuevo artículo 20 bis reproduce el de abril con una única modificación relevante: donde aquel exigía que uno de los dos firmantes fuera “médico psiquiatra”, este dice “médico, preferentemente psiquiatra o médico con formación en salud mental”, y admite la teleconsulta sincrónica del psiquiatra.

La flexibilización responde a la crítica sobre la escasez de psiquiatras, pero lo hace por la vía equivocada. El requisito no se abre hacia los profesionales de salud mental efectivamente disponibles: se abre hacia cualquier médico. El resultado es la asimetría más difícil de justificar de todo el proyecto: un médico clínico, dermatólogo, proctólogo, cirujano o de cualquier otra especialidad, con una “formación en salud mental” que el texto no define, queda habilitado para determinar la existencia de riesgo grave y firmar una privación de libertad; un psicólogo con formación de grado y posgrado específica en psicopatología, evaluación y salud mental, no.

Esa exclusión es incompatible con el propio artículo 7º del proyecto, que declara que los integrantes del equipo interdisciplinario “asumen las responsabilidades que derivan de sus propias leyes del ejercicio profesional y con el alcance de las incumbencias profesionales de cada disciplina”. La ley de ejercicio profesional del psicólogo —Ley 23.277, artículo 8º, inciso a)— le impone el deber de aconsejar la internación y la externación. El proyecto, por un lado invoca las incumbencias y, por el otro, en el mismo acto, las desconoce, aunque está expresamente legisladas.

Hay además un efecto sistémico: al exigir que uno de los dos firmantes sea médico, la fórmula “dos profesionales de diferentes disciplinas” se vuelve nominal. La segunda firma queda subordinada a la primera, y la interdisciplina (que el proyecto proclama en el artículo 7º) se convierte en un requisito de forma.

Estándares internacionales comprometidos. La Guía OMS/ACNUDH “Salud mental, derechos humanos y legislación” (2023) recomienda expresamente ampliar el conjunto de profesionales con capacidad de decisión y reducir la concentración del poder en una sola disciplina, y advierte que las legislaciones que la concentran perpetúan la asimetría que está en la raíz de las violaciones de derechos en el campo. La OMS promueve el “task sharing” como respuesta a la escasez de especialistas (Informe mundial sobre salud mental, 2022). El Relator Especial sobre el derecho a la salud (A/HRC/35/21, 2017) identificó el desequilibrio de poder entre profesiones como uno de los tres obstáculos estructurales que impiden una atención basada en derechos. El proyecto profundiza ese desequilibrio en lugar de corregirlo.

ARTÍCULO 16 del proyecto — Incorpora el art. 20 ter a la Ley 26.657 —

EL CASO DE UN SOLO MÉDICO DISPONIBLE - ESTADO RESPECTO DE ABRIL 2026: AGRAVA LO PROPUESTO EN ABRIL (duplica el plazo de reevaluación)

1) LEY 26.657 — TEXTO VIGENTE	2) PROYECTO DE REFORMA — TEXTO COMPLETO
	ARTÍCULO 20 ter.- Para el caso excepcional en que solo haya UN (1) profesional de la medicina al momento de la evaluación clínica en la institución interviniente y se arribase al diagnóstico de riesgo grave de daño para la vida o la integridad física de sí misma o de terceros, se debe proceder a efectivizar la internación y someter a revalidación por un equipo interdisciplinario especializado en salud mental en un plazo máximo de CUARENTA Y OCHO (48) horas pudiendo preverse la intervención del médico psiquiatra mediante teleconsulta sincrónica cuando su presencia física no pueda garantizarse, y dar cumplimiento a la totalidad de los requisitos y plazos establecidos para las internaciones involuntarias.

PUNTOS SOBRESALIENTES

- EMPEORA RESPECTO DE ABRIL: el plazo de revalidación interdisciplinaria se extiende de 24 a 48 horas. Se duplica el tiempo de privación de libertad sin control interdisciplinario.
- Contempla la excepción de un solo médico, pero omite qué ocurre donde no hay NINGUNO, situación frecuente en amplias regiones del país.
- Deja vacíos operativos graves que pueden traducirse en la imposibilidad concreta de intervenir ante situaciones de riesgo.
- Expone a médicos sin conocimientos en salud mental a tomar decisiones para las que no están preparados, con todos los riesgos judiciales que de ese acto se podrían desprender.

► Desconoce que los profesionales del campo de la salud mental —empezando por los psicólogos, a quienes el proyecto excluye— están mejor preparados para esa evaluación que un médico no psiquiatra sin formación en la problemática.

DESARROLLO DEL ANÁLISIS

Respecto de abril: agrava. La versión de abril, que ya era grave, fijaba en 24 horas el plazo máximo para la revalidación por equipo interdisciplinario especializado. El proyecto actual lo lleva a 48 horas. Se duplica el lapso durante el cual una persona puede permanecer privada de su libertad sobre la base de la evaluación de un único profesional, sin intervención interdisciplinaria alguna. En materia de restricción de libertad, un plazo que se duplica no es simplemente un detalle procedimental.

El artículo evidencia una regulación pensada desde una lógica desde el sector privado, centralista y poco realista. Contempla la excepción de contar con un solo médico (aunque no sea psiquiatra) pero omite por completo qué sucede en los contextos donde no hay ninguno, situación frecuente en amplias regiones del país y estructural en varias provincias. No solo deja vacíos operativos graves: puede traducirse en la imposibilidad concreta de intervenir ante situaciones de riesgo, afectando directamente el acceso a la atención y la protección de derechos.

El artículo insiste, además, en el criterio de “riesgo grave de daño para la vida o la integridad física”, con lo que pueden quedar sin internar personas en situaciones de riesgo grave pero no vital, o en riesgo moderado.

Hay un punto que exige subrayarse. El artículo expone a médicos sin conocimientos específicos en salud mental a tomar, en soledad, decisiones para las que no están preparados, dejándolos en situación de riesgo judicial por parte de las familias o el mismo paciente. Y lo hace mientras excluye del acto de internar a los profesionales que sí tienen esa formación.

Estándares internacionales comprometidos. El artículo 14.2 de la CDPD y el artículo 7.5 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos exigen el control inmediato de toda privación de libertad. La Corte IDH ha sostenido que el control debe ser «sin demora» y que su dilación configura por sí misma una violación (entre otros, «Ximenes Lopes vs. Brasil», 2006). Extender de 24 a 48 horas el plazo de revalidación, cuando la evaluación inicial fue realizada por un solo profesional que puede no ser especialista, se aparta de ese estándar. La Guía OMS/ACNUDH (2023) recomienda que toda decisión de internación involuntaria sea adoptada por más de un profesional y revisada en el plazo más breve posible.

ARTÍCULO 17 del proyecto — Sustituye el art. 21 de la Ley 26.657 —
NOTIFICACIÓN AL JUEZ Y AL ÓRGANO DE REVISIÓN - ESTADO RESPECTO DE ABRIL 2026: MANTIENE LO PROPUESTO EN ABRIL

1) LEY 26.657 — TEXTO VIGENTE	2) PROYECTO DE REFORMA — TEXTO COMPLETO
ARTÍCULO 21.- La internación involuntaria debidamente fundada debe notificarse obligatoriamente en un plazo de DIEZ (10) horas al juez competente y al órgano de revisión, debiendo agregarse a las CUARENTA Y OCHO (48) horas como máximo todas las constancias previstas en el artículo 20. El juez en un plazo máximo de TRES (3) días corridos de notificado debe: a) Autorizar, si evalúa que están dadas las causales previstas por esta ley; b) Requerir informes ampliatorios de los profesionales tratantes o indicar peritajes externos, siempre que no perjudiquen la evolución del tratamiento, tendientes a evaluar si existen los supuestos necesarios que justifiquen la medida extrema de la internación involuntaria y/o; c) Denegar, en caso de evaluar que no existen los supuestos necesarios para la medida de internación involuntaria, en cuyo caso debe asegurar la externación de forma inmediata. El juez sólo puede ordenar por sí mismo una internación involuntaria cuando, cumplidos los requisitos establecidos en el artículo 20 , el servicio de salud responsable de la cobertura se negase a realizarla.	ARTÍCULO 21.- La internación involuntaria debidamente fundada debe notificarse obligatoriamente en plazo de VEINTICUATRO (24) horas al juez competente y al Órgano de Revisión, y deben agregarse, en un plazo de CUARENTA Y OCHO (48) horas como máximo todas las constancias previstas por el artículo 20 bis . El juez, en un plazo máximo de TRES (3) días corridos de notificado, debe: a) Autorizar la internación si evalúa que están dadas las causales previstas por esta ley; b) Requerir informes ampliatorios de los profesionales tratantes o indicar peritajes externos, siempre que no perjudiquen la evolución del tratamiento, tendientes a evaluar si existen los supuestos necesarios que justifiquen la medida extrema de la internación involuntaria; c) Denegar la internación en caso de evaluar que no existen los supuestos necesarios para la medida de internación involuntaria, en cuyo caso debe asegurar la externación de forma inmediata. El juez puede ordenar por sí mismo una internación involuntaria cuando, cumplidos los requisitos establecidos en los artículos 20, 20 bis y 20 ter , el servicio de salud responsable de la cobertura se negase a realizarla.

PUNTOS SOBRESALIENTES

- Amplía de 10 a 24 horas el plazo de notificación judicial: más del doble de tiempo sin control externo.
- Toda internación involuntaria es una restricción de la libertad personal y debe estar sujeta a control judicial INMEDIATO.
- Elimina el adverbio “sólo” en la facultad del juez de ordenar internaciones: pasa a facultad más abierta.
- Combinado con el art. 20 ter (48 horas de revalidación), una persona puede estar privada de libertad hasta 72 horas con controles mínimos.
- Consolida un modelo que reduce la agilidad y las garantías del proceso, mientras tanto, las personas estarán más tiempo internadas (tal vez sin criterio) y las clínicas privadas cobrarán por esos días de internación, mientras el sistema público estará colapsado.

ANÁLISIS

Respecto de abril: mantiene sin cambios.

La ampliación del plazo de notificación al juez de diez a veinticuatro horas debilita los mecanismos de control y protección de derechos en la instancia más crítica del proceso: las primeras horas de una privación de libertad, que es cuando el riesgo de arbitrariedad y de trato indebido es mayor. Debe tenerse presente que toda internación involuntaria implica una restricción de la libertad personal y, por lo tanto, debe estar siempre sujeta a control judicial inmediato.

El efecto debe leerse en conjunto con el artículo 20 ter. Una persona internada por un único médico no psiquiatra puede permanecer hasta 48 horas sin revalidación interdisciplinaria y hasta 24 horas sin notificación judicial, y las constancias completas recién deben agregarse a las 48 horas de la notificación. En el peor escenario, el juez cuenta con el expediente completo al cuarto día. Junto con los nuevos artículos, todos más restrictivos, se consolida un modelo que no solo limita o flexibiliza las causales de internación según el criterio

del profesional de turno, sino que además reduce la agilidad necesaria y las garantías del proceso, con el resultado de que la persona permanecerá internada más tiempo del necesario.

Corresponde señalar una modificación que suele pasar inadvertida: la ley vigente dice que el juez “sólo puede ordenar por sí mismo una internación involuntaria” en el supuesto de negativa del efector. El proyecto suprime el adverbio “sólo”. La supresión de una sola palabra transforma una excepción estrictamente delimitada en una facultad de contornos más amplios, y abre espacio a la judicialización directa de las internaciones que la ley vigente prohíbe.

Estándares internacionales comprometidos. El artículo 7.5 de la Convención Americana exige que toda persona privada de libertad sea llevada “sin demora” ante un juez. El artículo 9 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y la Observación General N° 35 (2014) del Comité de Derechos Humanos establecen el mismo estándar y precisan que se aplica a la internación psiquiátrica involuntaria (párrs. 15 a 19). Las Directrices del Comité CDPD sobre el artículo 14 (2015) reiteran la exigencia de control inmediato. Duplicar el plazo de notificación es un retroceso directo respecto de estándares que Argentina ya cumple con su legislación actual.

ARTÍCULO 18 del proyecto — Sustituye el art. 23 de la Ley 26.657 —

ALTA, EXTERNACIÓN Y PERMISOS DE SALIDA - ESTADO RESPECTO DE ABRIL 2026: DIFIERE DE ABRIL (agrega una cláusula sobre el psicólogo)

1) LEY 26.657 — TEXTO VIGENTE	2) PROYECTO DE REFORMA — TEXTO COMPLETO
ARTÍCULO 23.- El alta, externación o 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. Queda exceptuado de lo dispuesto en el presente artículo, las internaciones realizadas en el marco de lo previsto en el artículo 34 del Código Penal.	ARTÍCULO 23.- La decisión del alta, externación o permisos de salida corresponde al equipo interdisciplinario de salud. No requieren autorización judicial. En el marco de sus competencias, el psicólogo, integrante del equipo interdisciplinario, podrá intervenir en la evaluación y efectivización del alta. El juez deberá ser informado cuando se trate de una internación involuntaria, o de una internación voluntaria oportunamente informada en los términos de los artículos 18 o 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 cese la situación de riesgo grave de daño para la vida o la integridad psico física de la persona o de terceros. Quedan exceptuadas de lo dispuesto en el presente artículo las internaciones realizadas en el marco de lo previsto en el artículo 34 del Código Penal.

PUNTOS SOBRESALIENTES

- NOVEDAD: incorpora expresamente que el psicólogo “podrá intervenir en la evaluación y efectivización del alta”.
- Es la demostración más clara de la contradicción del proyecto: se le reconoce al psicólogo competencia para dar el alta, pero se le niega para internar, a pesar de que tiene incumbencia para ello.
- Si es idóneo para decidir que el riesgo cesó, lo es también para decidir que existe. La distinción no tiene fundamento clínico ni jurídico: es corporativa.
- Además, el verbo elegido es “PODRÁ”: no es una competencia reconocida, es una autorización condicionada.

DESARROLLO DEL ANÁLISIS

El proyecto incorpora una frase que no estaba en la versión de abril: “En el marco de sus competencias, el psicólogo, integrante del equipo interdisciplinario, podrá intervenir en la evaluación y efectivización del alta”.

La cláusula es, con toda probabilidad, una respuesta a las objeciones formuladas en el Senado durante las exposiciones. Pero lejos de resolver el problema, lo expone con nitidez. El proyecto reconoce expresamente que el psicólogo es idóneo para evaluar el estado de una persona internada y para decidir que la situación de riesgo grave ha cesado, esto es, para adoptar la decisión clínica de dar el alta, y simultáneamente le niega la competencia para participar de la decisión de internar (arts. 16 y 20 bis). No existe fundamento clínico ni jurídico posible para esa asimetría: la evaluación del riesgo es un mismo acto profesional, se lo realice para constatar su existencia o su cese. Si el psicólogo está capacitado para lo segundo, lo está para lo primero. La distinción no responde a la idoneidad sino a la distribución corporativa del poder.

Corresponde señalar además el modo verbal. El artículo no dice que el psicólogo interviene, ni que integra la decisión: dice que “podrá intervenir”. Es una autorización potestativa, no una competencia reconocida, y su ejercicio queda librado a la dinámica interna de cada servicio o la decisión del “medico, preferentemente psiquiatra”. Frente al carácter imperativo con que el proyecto establece la firma médica obligatoria en la internación, el contraste es elocuente.

Estándares internacionales comprometidos. El artículo 14 de la CDPD y las Directrices del Comité (2015) exigen que la privación de libertad cese de inmediato cuando desaparecen sus fundamentos. Las Directrices sobre desinstitucionalización (CRPD/C/5, 2022) señalan que las demoras en el egreso constituyen una forma de institucionalización prolongada. La Guía OMS/ACNUDH (2023) recomienda que la decisión de alta sea adoptada por el equipo, sin jerarquías profesionales predeterminadas, criterio que este artículo reconoce a medias y los artículos 16 y 20 bis contradicen.

ARTÍCULO 19 del proyecto — Incorpora el art. 23 bis a la Ley 26.657 —

MEDIDAS PROTECTORIAS POST-ALTA (TRATAMIENTO AMBULATORIO POR ORDEN JUDICIAL) - ESTADO RESPECTO DE ABRIL 2026:
AGRAVA LO PROPUESTO EN ABRIL (de facultativo pasa a obligatorio)

1) LEY 26.657 — TEXTO VIGENTE	2) PROYECTO DE REFORMA — TEXTO COMPLETO
	ARTÍCULO 23 bis.- Al momento de determinar el alta de una internación involuntaria, previa evaluación del paciente, el equipo interdisciplinario informará al juez la necesidad de adopción de medidas protectorias de carácter excepcional destinadas a favorecer la continuidad y efectividad del tratamiento en forma ambulatoria, por un período que no puede exceder de SEIS (6) meses. Dichas medidas deben tener como objeto la protección de la persona, su núcleo familiar y terceros. Una vez autorizadas judicialmente, el equipo tratante debe informar al juez sobre la evolución del paciente cada TREINTA (30) días hasta la finalización del plazo establecido.

PUNTOS SOBRESALIENTES

- AGRAVA lo planteado en abril, ya que decía que el equipo «PODRÁ solicitar» las medidas; ahora «INFORMARÁ la necesidad». De facultad discrecional pasa a deber. Se desprende que siempre habrá que solicitar medidas protectorias.
- Instaura un tratamiento ambulatorio bajo control judicial de hasta 6 MESES SOBRE UNA PERSONA A LA QUE YA SE LE DIO EL ALTA, es decir, cuando el riesgo YA CESÓ.
- CONTRADICCIÓN CENTRAL DEL PROYECTO: el art. 7º reconoce derechos y autonomía; este artículo somete a la persona a vigilancia judicial sin que exista situación de riesgo.
- Cesada la situación de riesgo, nadie puede sustituir la voluntad de la persona: Los tratados internacionales no lo autorizan.
- Convierte al paciente en objeto de vigilancia y lo hace único responsable de un eventual abandono del tratamiento, desconociendo las posibles fallas del sistema o del equipo tratante.
- Judicializa el seguimiento terapéutico y hará colapsar los juzgados con informes cada 30 días.

ANÁLISIS

Respecto a la redacción de abril la agrava de manera sustantiva. La diferencia es de una palabra y cambia la naturaleza del instituto. En abril, el equipo interdisciplinario “podrá solicitar al juez la adopción de medidas protectorias”: era una facultad, de ejercicio discrecional y excepcional. En la versión actual, el equipo “informará al juez la necesidad de adopción de medidas protectorias”: **es un deber**. El equipo queda obligado a expedirse sobre la necesidad de someter a la persona a un régimen de control judicial en el momento mismo en que le otorga el alta.

El artículo 23 bis introduce una indebida judicialización del seguimiento terapéutico durante seis meses posteriores al alta, poniendo al juez en un rol de control que desvirtúa el modelo de salud mental y lo acerca a una lógica tutelar. Lejos de fortalecer la continuidad de los cuidados, convierte al paciente en objeto de vigilancia una vez cesado el riesgo, y lo hace además único responsable de un eventual abandono del tratamiento, desconociendo la multiplicidad de factores que inciden en esa decisión. Entre ellos, y con frecuencia de manera determinante, se encuentran las propias fallas y barreras del sistema: la falta de dispositivos adecuados, la ausencia de redes de apoyo familiar o comunitario, e incluso experiencias de maltrato institucional o desacuerdos con determinadas modalidades terapéuticas, especialmente en clínicas psiquiátricas privadas y en el campo de las adicciones.

Aquí se localiza la contradicción más grave del proyecto. El artículo 7º reconoce a la persona el derecho a tomar decisiones sobre su atención y su tratamiento, a ser reconocida siempre como sujeto de derecho y, en el nuevo inciso q), a otorgar directivas anticipadas. El artículo 23 bis somete a la persona, apenas dada de alta y sin que exista situación de riesgo alguna, a un tratamiento ambulatorio ordenado por un juez, con informes mensuales durante medio año. Ambas cosas no pueden ser verdaderas a la vez. Una vez que cesa la situación de riesgo y la persona obtiene el alta, nadie puede sustituir su voluntad ni asumir sobre ella un poder de decisión que ni la ley ni los tratados internacionales autorizan.

El artículo no prevé, además, ninguna de las cuestiones operativas esenciales: qué ocurre si la persona no concurre, quién ejecuta la medida, si la persona tendrá defensa técnica, si la medida es recurrible, ni con qué recursos se sostendrá el tratamiento ambulatorio que se ordena o, en caso de que la persona acepte la continuidad de tratamiento ambulatorio, si puede decidir con qué modalidad y si desea elegir donde.

Lo más coherente sería invertir en fortalecer el seguimiento comunitario post-alta, los abordajes domiciliarios, los acompañamientos terapéuticos y otros dispositivos de apoyo, que resultan mucho más efectivos que una orden judicial de tratamiento ambulatorio. Es exactamente lo que el artículo 8º del proyecto acaba de recortar al eliminar del artículo 11 las cooperativas, los emprendimientos sociales, los hogares y el apoyo a las familias.

Estándares internacionales comprometidos. El artículo 12 de la CDPD y la Observación General N° 1 (2014) del Comité CDPD, párrs. 41 y 42, establecen que el tratamiento forzoso (incluido el ambulatorio) constituye una violación del derecho al igual reconocimiento como persona ante la ley y debe ser abolido. Las Directrices del Comité sobre el artículo 14 (2015), párr. 10, extienden expresamente la prohibición a las “órdenes de tratamiento comunitario”. La Guía OMS/ACNUDH (2023) desaconseja de manera explícita los regímenes de tratamiento ambulatorio obligatorio (community treatment orders) y señala que la evidencia disponible no muestra beneficios clínicos y sí un deterioro de la relación terapéutica y del vínculo con los servicios. El artículo 25 de la CDPD exige el consentimiento libre e informado para toda atención en salud. La Corte IDH, en «Guachalá Chimbo vs. Ecuador» (2021), reafirmó que el consentimiento informado es un elemento esencial del derecho a la salud y a la integridad personal, y que su sustitución solo procede en supuestos excepcionales y por el tiempo estrictamente necesario, nunca por un plazo fijo predeterminado.

ARTÍCULO 20 del proyecto — Incorpora el art. 23 ter a la Ley 26.657 —

DEBER DE CUIDADO Y OBLIGACIÓN FAMILIAR AL MOMENTO DEL ALTA

ESTADO RESPECTO DE ABRIL 2026: MANTIENE ABRIL Y LO AMPLÍA (agrega padres e hijos; agrega una salvaguarda)

1) LEY 26.657 — TEXTO VIGENTE	2) PROYECTO DE REFORMA — TEXTO COMPLETO
	ARTÍCULO 23 ter.- La provisión de asistencia financiera y/o la manutención económica a un paciente con una afección o trastorno de salud mental no eximen al representante legal, cónyuge, conviviente, padres o hijos 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, padres o hijos 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. Esta disposición se interpreta sin perjuicio de la obligación de la autoridad competente de garantizar los apoyos y dispositivos comunitarios previstos en el artículo 11, en especial cuando la persona careciera de red familiar o esta se hallara imposibilitada de asumir el cuidado.

PUNTOS SOBRESALIENTES

- **CONTRADICCIÓN FLAGRANTE:** una persona adulta con el alta y sin situación de riesgo para sí y para terceros NO PUEDE SALIR si su familia no se presenta a firmar. Se le quita autonomía a quien la ley acaba de reconocer como sujeto de derecho.
- Es una tutela encubierta: el alta de un adulto capaz queda condicionada a la firma de un tercero.
- ¿Y si la familia no cuenta con los medios? ¿Y si no acude? ¿Y si existe conflictos familiares? ¿Cuál sería la pena? El artículo no lo dice.
- Reinstala la presunción de peligrosidad, desconociendo que la mayoría de los hechos de violencia no son cometidos por personas con padecimiento mental, que en general son las víctimas.
- La salvaguarda que se agrega es declarativa y no resuelve el caso concreto: no dice quién firma cuando no hay familia.

ANÁLISIS

El proyecto conserva íntegramente el artículo de la reforma de abril, extiende el círculo de obligados y agrega “padres o hijos”.

La pregunta sería: si la persona no tiene familia, o su familia no se presenta, ¿quién firma la documentación del alta? El artículo no lo dice. En la práctica, la persona no sale. Esto generará más ganancias a las clínicas psiquiátricas por cada día de más que una persona permanezca internada, y generará más complicaciones en el sistema público por la falta de camas disponibles. Por un lado, tenemos a una persona internada, pero en condición de alta ocupando una cama, y por el otro, tenemos a una persona que necesita una cama pero está ocupada.

Allí reside la contradicción más visible de todo el proyecto. Una persona adulta, con plena capacidad jurídica, a la que el equipo interdisciplinario ha otorgado el alta porque cesó la situación de riesgo, no puede egresar del establecimiento hasta que un familiar concurre a firmar. Su libertad ambulatoria queda subordinada a la voluntad y a la disponibilidad de un tercero. Es una tutela encubierta, incompatible con el artículo 7° del propio proyecto, que la reconoce como sujeto de derecho con capacidad de decidir sobre su tratamiento, y con el sistema de capacidad jurídica del Código Civil y Comercial. Cabe además preguntarse qué ocurre cuando el familiar obligado es aquel de quien la persona busca alejarse, situación nada infrecuente.

El artículo penaliza la pobreza y muestra un corrimiento inaceptable de la responsabilidad estatal hacia las familias. Mientras el proyecto recorta la lista de dispositivos del artículo 11, eliminando justamente las cooperativas, los emprendimientos sociales, los hogares, las familias sustitutas y el apoyo a las personas y grupos familiares, pretende trasladar a las familias el deber de sostener los cuidados, el acompañamiento, la supervisión y la contención para evitar situaciones de riesgo. El Estado se retira, desfinancia el sistema y simultáneamente obliga a las familias a hacerse cargo de lo que debería garantizar como política pública, y que la ley vigente ya contempla.

Más allá de su imposibilidad práctica, ninguna familia puede ser obligada a prevenir situaciones de riesgo que muchas veces son impredecibles, ni una firma o una imposición legal puede garantizar el cuidado si las familias no cuentan con las herramientas necesarias. Resulta mucho más efectivo fortalecer los recursos profesionales, los apoyos a las familias y la capacitación de los equipos para acompañarlas, tal como ya prevé la ley vigente, aunque requiere mayor inversión para su implementación.

Estándares internacionales comprometidos. El artículo 19 de la CDPD reconoce el derecho a elegir dónde y con quién vivir y prohíbe que la persona sea obligada a vivir con arreglo a un sistema de vida específico; la Observación General N° 5 (2017), párrs. 16.c) y 44, precisa que la obligación de proveer apoyos recae en el Estado y no puede transferirse a la familia. El artículo 12 de la CDPD prohíbe la sustitución de la voluntad de la persona adulta por la de terceros. Las Directrices sobre desinstitucionalización (CRPD/C/5, 2022), párrs. 38 y 90, señalan expresamente que condicionar el egreso a la existencia de una red familiar perpetúa la institucionalización de las personas en situación de pobreza. Los artículos 2.1 y 12 del PIDESC obligan al Estado a destinar el máximo de los recursos disponibles a la efectividad del derecho a la salud, y la Observación General N° 3 del Comité DESC prohíbe la regresividad. Trasladar el costo del cuidado a las familias mientras se recorta la red pública es una medida regresiva de manual.

ARTÍCULO 21 del proyecto — Incorpora el art. 23 quater a la Ley 26.657 —
DERECHOS DE FAMILIARES Y APOYOS - ESTADO RESPECTO DE ABRIL 2026: NUEVO — NO ESTABA EN ABRIL

1) LEY 26.657 — TEXTO VIGENTE	2) PROYECTO DE REFORMA — TEXTO COMPLETO
	ARTICULO 23 quater.- Los familiares, representantes legales y quienes ejerzan funciones de apoyo de personas con una afección o trastorno de salud mental tienen derecho a: a) recibir información y contenidos psicoeducativos sobre la afección, los tratamientos disponibles y su evolución previsible; b) conocer los recursos y dispositivos de la red de salud mental disponibles en su territorio; c) acceder a instancias de orientación y apoyo para el autocuidado; d) ser escuchados en cada etapa significativa del proceso de atención.

PUNTOS SOBRESALIENTES

- El inciso a) habilita a entregar información clínica a terceros sin condicionarla a la autorización del titular del dato.
- CONTRADICCIÓN: se crea un artículo entero de derechos para las familias, mientras el art. 39 EXCLUYE a los usuarios del Órgano de Revisión. Se les da voz a los familiares y se les quita a los propios interesados. Se considera al paciente como un objeto.
- El derecho de las familias a “ser escuchadas en cada etapa” no tiene correlato: la ley no crea un derecho equivalente y operativo de la persona a ser escuchada.
- Contradice además el art. 8º del proyecto, que suprimió del art. 11 los dispositivos de apoyo a las personas y grupos familiares: se reconoce el derecho, pero se eliminan los medios.

ANÁLISIS

Respecto de abril: artículo nuevo.

El reconocimiento de derechos a los familiares y a quienes ejercen funciones de apoyo es en sí mismo valioso y responde a un reclamo legítimo y sostenido de las organizaciones de familiares. Acompañar a una persona con padecimiento mental sin información, sin orientación y sin recursos es una carga que el sistema descarga habitualmente sobre las familias.

Dicho esto, el artículo presenta tres problemas serios.

El primero es la ausencia de toda mención al consentimiento de la persona usuaria. El inciso a) reconoce a los familiares el derecho a “recibir información y contenidos psicoeducativos sobre la afección, los tratamientos disponibles y su evolución previsible” sin condicionarlo a la autorización del titular de esos datos. Información sobre la afección y su evolución previsible es información clínica personalísima, protegida por la Ley 26.529 de Derechos del Paciente, por la Ley 25.326 de Protección de Datos Personales y por el secreto profesional. Un artículo que crea un derecho de terceros a acceder a ella sin mencionar el consentimiento de la persona genera, como mínimo, una zona de conflicto normativo.

El segundo es de coherencia sistémica. El proyecto dedica un artículo completo a los derechos de los familiares y, en el artículo 28, elimina a las asociaciones de usuarios del Órgano de Revisión. Se amplía indiscriminadamente la voz de quienes acompañan y se suprime la de quienes son los destinatarios de la ley. La asimetría no es casual: recorre todo el proyecto.

El tercero es la falta de correlato material. Los derechos que aquí se reconocen (orientación, apoyo para el autocuidado, conocimiento de los recursos disponibles) se ejercen a través de dispositivos concretos. Son exactamente los que el artículo 8º del proyecto acaba de eliminar de la enumeración del artículo 11, donde la ley vigente incluye el “apoyo a las personas y grupos familiares y comunitarios”. Se reconoce el derecho en un artículo y se suprimen los medios para ejercerlo en otro.

Estándares internacionales comprometidos. La Guía OMS/ACNUDH (2023) y las Orientaciones de la OMS sobre servicios comunitarios (2021) recomiendan el apoyo a las familias y cuidadores como componente de los sistemas basados en derechos, pero siempre subordinado al consentimiento y a las preferencias de la persona. El artículo 22 de la CDPD protege la privacidad de la información personal y relativa a la salud de las personas con discapacidad “en igualdad de condiciones con las demás”. Los artículos 4.3 y 33.3 de la CDPD exigen la participación de las personas con discapacidad y de sus organizaciones representativas, no de terceros en su nombre, en las decisiones que les conciernen.

ARTÍCULO 22 del proyecto — Sustituye el art. 26 de la Ley 26.657 —
INTERNACIÓN DE NIÑAS, NIÑOS, ADOLESCENTES Y PERSONAS CON CAPACIDAD RESTRINGIDA
ESTADO RESPECTO DE ABRIL 2026: NUEVO — NO ESTABA EN ABRIL

1) LEY 26.657 — TEXTO VIGENTE	2) PROYECTO DE REFORMA — TEXTO COMPLETO
ARTÍCULO 26.- En caso de internación de personas menores de edad o declaradas incapaces, se debe proceder de acuerdo a lo establecido por los artículos 20, 21, 22, 23, 24 y 25 de la presente ley. En el caso de niños, niñas y adolescentes, además se procederá de acuerdo a la normativa nacional e internacional de protección integral de derechos.	ARTÍCULO 26.- En caso de internación de personas menores de edad o declaradas con capacidad restringida o incapaces se debe proceder de acuerdo a lo establecido por los artículos 16 al 25 de la presente ley . En el caso de niños, niñas y adolescentes, además se debe proceder de acuerdo a la normativa nacional e internacional de protección integral de sus derechos.

PUNTOS SOBRESALIENTES

- Remite a los arts. 16 y 20 bis, extiende a NNyA la exclusión del psicólogo y la exigencia de firma médica.
- Extiende también a NNyA el régimen del art. 23 bis: tratamiento ambulatorio judicializado por hasta 6 meses.

- La ampliación de la remisión, en un proyecto cuyos arts. 16 a 25 fueron regresivamente modificados, amplía el alcance del retroceso, especialmente en niñas, niños y adolescentes.

ANÁLISIS

Respecto de abril: artículo nuevo. La versión de abril no modificaba el artículo 26.

Donde la ley vigente remite a los artículos 20 a 25, el proyecto remite a los artículos 16 a 25, incorporando así los requisitos generales de toda internación (evaluación interdisciplinaria, consentimiento informado, plan de egreso) que hoy quedaban fuera de la remisión expresa.

El problema no está en la técnica sino en el contenido de los artículos a los que se remite. Al ampliar el reenvío a los artículos 16 a 25 tal como el propio proyecto los reescribe, se extiende a niñas, niños, adolescentes y personas con capacidad restringida el conjunto de retrocesos analizados a lo largo de todo el proyecto: la exclusión del psicólogo de la firma de la internación (art. 16 y 20 bis), la habilitación del médico sin especialidad, la teleconsulta sincrónica en reemplazo de la evaluación presencial, la elevación del umbral de riesgo, la ampliación del plazo de notificación judicial y, de manera particularmente grave, el régimen de medidas protectorias post-alta del artículo 23 bis, con tratamiento ambulatorio bajo control judicial de hasta seis meses aplicable a adolescentes.

Estándares internacionales comprometidos. La Convención sobre los Derechos del Niño (art. 12) reconoce el derecho a ser escuchado en todo procedimiento que afecte al niño, y su artículo 37.b) exige que la privación de libertad sea medida de último recurso y por el período más breve posible. La Observación General N° 20 (2016) del Comité de los Derechos del Niño y la Observación General conjunta con el Comité CDPD sobre niños con discapacidad exigen que toda internación de un niño esté sujeta a revisión periódica reforzada. Las Directrices sobre desinstitucionalización (CRPD/C/5, 2022), párrs. 61 a 69, dedican un apartado específico a la niñez y señalan que ningún niño debe ser institucionalizado por motivo de discapacidad. La Ley 26.061 de Protección Integral, en el orden interno, establece el mismo estándar.

ARTÍCULO 23 del proyecto — Incorpora el art. 26 bis a la Ley 26.657 —

CONSUMO PROBLEMÁTICO EN NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES

ESTADO RESPECTO DE ABRIL 2026: NUEVO — NO ESTABA EN ABRIL

1) LEY 26.657 — TEXTO VIGENTE	2) PROYECTO DE REFORMA — TEXTO COMPLETO
	ARTÍCULO 26 BIS- El abordaje del consumo problemático de sustancias en niños, niñas y adolescentes se rige por los siguientes principios, en complemento de la presente ley y de la Ley 26.061: a) abordaje integral y especializado por equipos con formación en salud mental infantojuvenil, en dispositivos diferenciados de los de adultos, quedando restringida la internación en unidades de adultos salvo imposibilidad acreditada y por el tiempo mínimo indispensable; b) autonomía progresiva y consentimiento conforme al art. 26 del CCyCN; c) derecho a ser escuchado en todas las instancias (art. 12 de la Convención sobre los Derechos del Niño); d) confidencialidad, ponderando el interés superior del niño; e) abordaje familiar y comunitario; f) no criminalización: la situación de consumo no configura por sí misma conducta penalmente reprochable. La Autoridad de Aplicación establecerá los lineamientos en coordinación con la SENNAF y las autoridades provinciales.

PUNTOS SOBRESALIENTES

- Aquí aparece **otra incoherencia** del proyecto: usa aquí “consumo problemático”, el concepto que el art. 4° elimina para los adultos.
- Dice reconoce a los adolescentes la autonomía progresiva y el derecho a ser escuchados, mientras en otros artículos, a los adultos les quita autonomía (arts. 18, 23 bis y 23 ter) y les quita voz (art. 39).
- En este artículo aparece una **nueva contradicción**, junto con una disposición de extrema gravedad, ya que, por un lado, se establece la restricción de internar a niños, niñas y adolescentes en unidades destinadas a personas adultas; sin embargo, inmediatamente se introduce una excepción al señalar: “**salvo imposibilidad acreditada y por el tiempo mínimo indispensable**”.
- **No prevé financiamiento ni plazo:** sin dispositivos diferenciados efectivamente creados, el principio queda en letra muerta para la Nación y será una nueva carga para las provincias, que junto a los nuevos dispositivos monovalentes que las provincias deberán disponer, se hace de muy difícil aplicación.

ANÁLISIS

Respecto de abril: artículo nuevo. No figuraba en la versión de abril.

En este artículo aparece una nueva contradicción, junto con una disposición de extrema gravedad. Por un lado, se establece la restricción de internar a niños, niñas y adolescentes en unidades destinadas a personas adultas; sin embargo, inmediatamente después se introduce una excepción al señalar: “**salvo imposibilidad acreditada y por el tiempo mínimo indispensable**”.

Esta excepción resulta inadmisibles. La internación de niños, niñas y adolescentes en unidades de adultos no debería contemplarse en ninguna circunstancia, ni siquiera de manera transitoria. No puede justificarse por razones de disponibilidad, organización o infraestructura. La falta de dispositivos adecuados por parte del sistema de salud no puede resolverse trasladando esa carencia a quienes requieren una protección reforzada. Un niño, niña o adolescente no debería permanecer en una unidad de adultos ni siquiera durante un lapso mínimo.

Este artículo funciona como el mejor argumento contra el resto del proyecto. Compárese con lo que el mismo texto dispone para las personas adultas:

- Aquí se habla de “consumo problemático”; el artículo 4º elimina esa categoría para los adultos y la reemplaza por “uso, abuso o adicción”.
- Aquí se consagra la autonomía progresiva y el consentimiento del adolescente; los artículos 18, 23 bis y 23 ter restringen la autonomía del adulto, condicionan su alta a la firma de un familiar y lo someten a tratamiento ambulatorio judicializado.
- Aquí se reconoce el derecho a ser escuchado “en todas las instancias” pero es contradictorio porque el artículo 28 elimina a las asociaciones de usuarios del Órgano de Revisión.
- Aquí se exigen dispositivos diferenciados y comunitarios; el artículo 8º recorta la lista de dispositivos comunitarios del artículo 11 y el artículo 25 habilita las instituciones monovalentes.

Un mismo proyecto no puede sostener dos filosofías opuestas según la edad del destinatario. Que la redacción correcta aparezca en el artículo referido a la niñez sugiere que sus autores conocen perfectamente cuál es el estándar internacional aplicable y que su omisión en el resto del texto es una decisión, no un desconocimiento.

Además, se observa que en este artículo aparece una **contradicción más**, junto con una disposición de extrema gravedad. Por un lado, se establece la restricción de internar a niños, niñas y adolescentes en unidades destinadas a personas adultas; sin embargo, inmediatamente después se introduce una excepción al señalar: **“salvo imposibilidad acreditada y por el tiempo mínimo indispensable”**.

Corresponde señalar, por último, que el artículo carece de previsión presupuestaria.

ARTÍCULO 24 del proyecto — Sustituye el art. 27 de la Ley 26.657 —

PROHIBICIÓN DE MANICOMIOS / HABILITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS - ESTADO RESPECTO DE ABRIL 2026: DIFIERE DE ABRIL (traslada la prohibición al art. 28 y la reduce)

1) LEY 26.657 — TEXTO VIGENTE	2) PROYECTO DE REFORMA — TEXTO COMPLETO
ARTÍCULO 27.- <u>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.</u>	ARTÍCULO 27.- Los establecimientos de salud deben funcionar conforme a los objetivos y principios de esta ley y a las normas complementarias y aclaratorias que establezca la Autoridad de Aplicación. La autoridad de aplicación en consulta con cada jurisdicción desarrolla los estándares de habilitación, funcionamiento y supervisión periódica, de los establecimientos de salud mental locales. Será potestad de cada jurisdicción su delimitación, aplicación, implementación e inscripción de los establecimientos en el sistema que la autoridad de aplicación determine.

PUNTOS SOBRESALIENTES

- No aparece en el art. 27 la prohibición de crear manicomios, neuropsiquiátricos e instituciones monovalentes. La prohibición reaparece en el art. 28 en una versión mutilada: “Queda prohibida la creación de manicomios y toda práctica manicomial”, sin mencionar monovalentes ni neuropsiquiátricos.
- Elimina la obligación de que los ya existentes se adapten HASTA SU SUSTITUCIÓN DEFINITIVA por dispositivos alternativos comunitarios.
- Elimina la garantía de que la adaptación no signifique reducción de personal ni merma de derechos adquiridos de los trabajadores.
- La frase “Será potestad de cada jurisdicción” fragmenta el estándar nacional: habrá tantos criterios de habilitación como provincias. Las provincias deberán asumir con sus propios recursos la creación de dispositivos más caros (que incluye la ley, como los neuropsiquiátricos), que seguramente llevará a cada provincia deberá responder por todos los reclamos por vía judicial.

ANÁLISIS

El artículo 27 pasa a ocuparse exclusivamente de estándares de habilitación y supervisión —contenido que hasta ahora estaba en el artículo 34, que el proyecto deroga.

El resultado es un retroceso en tres planos:

Primero, la prohibición pierde alcance. El texto de la ley vigente prohíbe la creación de “manicomios, neuropsiquiátricos o instituciones de internación monovalentes, públicos o privados”. Las tres denominaciones importan, porque ninguna institución se autodenomina “manicomio”: se denominan clínicas psiquiátricas, institutos neuropsiquiátricos o establecimientos monovalentes, hospitales especializados, comunidad terapéutica, geriátrico, etc. La versión que reaparece en el artículo 28 prohíbe solo “los manicomios y toda práctica manicomial”, suprimiendo las dos categorías que hacían operativa la prohibición y omitiendo la aclaración de “públicos o privados”.

Segundo, desaparece por completo la obligación de sustitución. El artículo vigente ordena que los establecimientos existentes se adapten “hasta su sustitución definitiva por los dispositivos alternativos”. **Esa cláusula es el corazón del proceso de desmanicomialización**: fija un horizonte de cierre. El proyecto la elimina sin reemplazo. **Las instituciones monovalentes existentes quedan legalizadas en forma indefinida.**

Tercero, se elimina la garantía laboral: la ley vigente establece que la adaptación y sustitución “en ningún caso puede significar reducción de personal ni merma en los derechos adquiridos”. La supresión, en un contexto de ajuste, no es un dato menor.

La frase final: “Será potestad de cada jurisdicción su delimitación, aplicación, implementación e inscripción”, fragmenta lo que hoy es **un piso nacional de estándares**. Cada provincia definirá sus propios criterios de habilitación, con lo que la protección dependerá del código postal. Combinada con la derogación del artículo 34 (art. 30 del proyecto), que hoy obliga a desarrollar los estándares en consulta con la autoridad de derechos humanos, el resultado es la desaparición del enfoque de derechos del régimen de habilitación.

Estándares internacionales comprometidos. Las Directrices sobre desinstitucionalización del Comité CDPD (CRPD/C/5, 2022) exigen la prohibición de nuevas institucionalizaciones y planes con plazos concretos de cierre de las instituciones existentes (párrs. 24 a 29 y 84 a 89). La Observación General N° 5 (2017) sobre el artículo 19 califica la institucionalización como una violación en sí misma. La Declaración de Caracas (1990) y los Principios de Brasilia —que el artículo 2° del proyecto elimina— establecen la sustitución del hospital psiquiátrico. La OPS, en «Un nuevo programa para la salud mental en las Américas» (2023), fijó como recomendación prioritaria para la Región el cierre progresivo de los hospitales psiquiátricos. El Comité DESC (Observación General N° 3, párr. 9) prohíbe la regresividad: derogar una prohibición legal existente de crear instituciones monovalentes es el ejemplo más claro de medida deliberadamente regresiva.

ARTÍCULO 25 del proyecto — Sustituye el art. 28 de la Ley 26.657 —

LUGAR DE LAS INTERNACIONES / HOSPITAL GENERAL

ESTADO RESPECTO DE ABRIL 2026: MANTIENE ABRIL Y AGREGA UNA CONTRADICCIÓN EXPRESA

1) LEY 26.657 — TEXTO VIGENTE	2) PROYECTO DE REFORMA — TEXTO COMPLETO
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. Estos forman parte de la red sanitaria y deben 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. Queda prohibida la creación de manicomios y toda práctica manicomial. El rechazo de la atención de pacientes, ya sea ambulatoria o en internación, por el solo hecho de tratarse problemática de salud mental, será considerado acto discriminatorio en los términos de la Ley N° 23.592 y sus modificatorias. En las visitas o inspecciones que se realicen en establecimientos donde se encuentren personas internadas por razones de salud mental, dichos establecimientos deben garantizar el respeto a la intimidad y la dignidad de las personas y la continuidad de los tratamientos en curso, y pueden ofrecer el acompañamiento de un integrante del equipo tratante. El Órgano de Revisión y la Autoridad de Aplicación promoverán, en coordinación con el Comité Nacional previsto en la Ley 26.827, protocolos para la realización de dichas visitas. Lo dispuesto en el presente artículo no restringe en modo alguno las facultades de acceso y actuación del Sistema Nacional previstas en la Ley 26.827.

PUNTOS SOBRESALIENTES

- ▶ **CONTRADICCIÓN EN EL MISMO ARTÍCULO:** habilita las instituciones monovalentes en un párrafo y prohíbe los manicomios en el siguiente. Son la misma cosa con distinto nombre.
- ▶ Elimina la obligación de que los hospitales de la red pública cuenten con los recursos necesarios: se debilita el hospital general público.
- ▶ Reduce la red comunitaria a la exigencia mínima de “dos dispositivos ambulatorios”, desconociendo que la salud / salud mental se organiza en redes integradas.
- ▶ **NOVEDAD:** el régimen de visitas e inspecciones introduce condiciones que pueden operar como obstáculo al monitoreo independiente de los lugares de encierro.

DESARROLLO DEL ANÁLISIS

Respecto de abril: mantiene el núcleo y agrega dos elementos nuevos, uno de ellos abiertamente contradictorio.

El proyecto declara en el mismo artículo 28 que “queda prohibida la creación de manicomios y toda práctica manicomial». Ninguna institución se autodenomina manicomio. Se prohíbe el nombre y se habilita la cosa. Las provincias deberán crear esos dispositivos monovalentes que ya fueron superados en el mundo, y nadie piensa en crearlos. Este artículo del proyecto impone una obligación de nueva infraestructura a las provincias.

La contradicción es insalvable y no admite lectura armonizadora. Un “hospital especializado en psiquiatría y salud mental» y una “institución con internación especializada en psiquiatría y salud mental” son, en la definición de la propia Ley 26.657 vigente, instituciones de internación monovalentes, es decir, aquello que el artículo 27 hoy prohíbe crear y manda sustituir. El proyecto del gobierno las autoriza expresamente y a continuación prohíbe “los manicomios”, palabra que ningún establecimiento utiliza para autodesignarse, y “toda práctica manicomial”, concepto sin definición legal ni consecuencia jurídica prevista. Se prohíbe el nombre y se habilita la cosa. La cláusula funciona como declaración de principios destinada a neutralizar la crítica, mientras la norma operativa dice lo contrario.

Desaparece además la obligación de que los hospitales de la red pública “cuenten con los recursos necesarios”. El Estado deja de comprometerse a dotar al hospital general y simultáneamente abre el campo a las instituciones privadas. La combinación es transparente: se debilita al sector público y se deja la salud mental librada a las clínicas psiquiátricas privadas.

La exigencia de “al menos dos dispositivos ambulatorios de inclusión comunitaria” reduce arbitrariamente la complejidad de la red comunitaria a un requisito de habilitación edilicia, desconociendo que la salud mental debe organizarse en redes integradas y no en estructuras aisladas que perpetúan lógicas manicomiales decididas por instituciones monovalentes. Dos consultorios ambulatorios o un consultorio y un hospital de día dentro de un neuropsiquiátrico no constituyen una red comunitaria: constituyen un neuropsiquiátrico con dos consultorios o un neuropsiquiátrico con un consultorio y un hospital de día.

El párrafo final sobre visitas e inspecciones merece atención específica. Aunque este artículo afirma que “no restringe en modo alguno las facultades de acceso y actuación del Sistema Nacional previstas en la Ley 26.827”, **el texto introduce condiciones** (resguardo de la intimidad, continuidad de los tratamientos, ofrecimiento de acompañamiento por un integrante del equipo tratante) que en la práctica pueden ser invocadas por las instituciones monovalentes para condicionar, demorar o supervisar el monitoreo. **El principio rector en la materia es el acceso irrestricto y sin aviso previo, y la posibilidad de entrevistas sin testigos.** Que el establecimiento inspeccionado “ofrezca” el acompañamiento de un integrante de su propio equipo durante la visita **es precisamente lo que los estándares de prevención de la tortura buscan evitar.**

Estándares internacionales comprometidos. La Declaración de Caracas (1990) y los Principios de Brasilia establecen la internación en hospitales generales. Las Directrices sobre desinstitucionalización (CRPD/C/5, 2022) exigen el cese de nuevas admisiones en instituciones y su cierre progresivo. La OPS, en el Informe de la Comisión de Alto Nivel (2023), recomendó a los Estados de la Región el cierre de los hospitales psiquiátricos y la reasignación de sus recursos a servicios comunitarios. En materia de monitoreo, el Protocolo Facultativo de la Convención contra la Tortura (OPCAT, arts. 4, 19 y 20) y la Ley 26.827 garantizan el acceso irrestricto, sin previo aviso, a todo lugar de encierro, y el derecho a entrevistas privadas sin testigos; el Subcomité para la Prevención de la Tortura ha señalado reiteradamente que la presencia de personal del establecimiento durante las entrevistas compromete la eficacia del monitoreo.

ARTÍCULO 26 del proyecto — Sustituye el art. 35 de la Ley 26.657 —

CENSO NACIONAL / REGISTRO DE PERSONAS INTERNADAS - ESTADO RESPECTO DE ABRIL 2026: MANTIENE ABRIL Y AMPLÍA LOS DATOS REGISTRADOS

1) LEY 26.657 — TEXTO VIGENTE	2) PROYECTO DE REFORMA — TEXTO COMPLETO
ARTÍCULO 35.- Dentro de los CIENTO OCHENTA (180) días corridos de la sanción de la presente ley, la Autoridad de Aplicación debe realizar un censo nacional en todos los centros de internación en salud mental del ámbito público y privado para relevar la situación de las personas internadas, discriminando datos personales, sexo, tiempo de internación, existencia o no de consentimiento, situación judicial, situación social y familiar, y otros datos que considere relevantes. Dicho censo debe reiterarse con una periodicidad máxima de DOS (2) años y se debe promover la participación y colaboración de las jurisdicciones para su realización.	ARTÍCULO 35.- La Autoridad de Aplicación debe mantener un registro actualizado de las personas internadas por motivos de salud mental y consumos problemáticos y promover la participación y colaboración de las jurisdicciones para su realización. El registro debe incluir, como mínimo, respecto de cada internación: el establecimiento interviniente y su modalidad de atención, la modalidad de la internación —voluntaria o involuntaria—, el sexo y la edad del paciente, el tiempo de internación, la existencia o no de consentimiento informado, la situación judicial, la situación social y de red familiar o referente institucional, y el motivo del alta o de la continuidad. Tal registro debe implementarse y resguardarse de conformidad con la Ley de Protección de Datos Personales N° 25.326 y su modificatoria y la Ley de Derechos del Paciente, Historia Clínica y Consentimiento Informado N° 26.529 y sus modificatorias, y debe garantizarse la confidencialidad, la seguridad y la privacidad de la información. A tal fin, la Autoridad de Aplicación y las jurisdicciones podrán suscribir convenios de cooperación que incluyan protocolos de intercambio de información, formatos de reporte y plazos de actualización compatibles con los sistemas estadísticos sanitarios provinciales vigentes.

PUNTOS SOBRESALIENTES

- ▶ MEJORA PARCIAL respecto de abril: amplía las variables del registro, acercándolo a una herramienta epidemiológica útil.
- ▶ PERO reemplaza el CENSO por un REGISTRO: son instrumentos distintos con finalidades distintas.
- ▶ El censo releva la situación del sistema con periodicidad fija y produce información pública para diseñar y monitorear políticas de desmanicomialización; el registro es un padrón administrativo de casos individuales.
- ▶ Elimina la periodicidad máxima de dos años y el plazo de realización: sin plazo, no hay exigibilidad.
- ▶ No se establece publicidad de los resultados agregados: el dato deja de ser insumo de política pública y control ciudadano.
- ▶ Sin financiamiento a las provincias, ninguna medida es viable.

ANÁLISIS

Respecto de abril: mantiene la sustitución del censo por el registro, pero mejora su contenido. La versión de abril preveía un registro con una descripción mínima de variables. El proyecto actual detalla un conjunto más amplio: establecimiento y modalidad de atención, carácter voluntario o involuntario de la internación, sexo, edad, tiempo de internación, existencia de consentimiento informado, situación judicial, situación social y red familiar o referente institucional, y motivo del alta o de la continuidad. Es un avance respecto de abril y corresponde reconocerlo: con esas variables, el registro puede efectivamente producir información útil.

Subsiste, sin embargo, el problema de fondo: censo y registro no son la misma herramienta. El censo previsto en la ley vigente es un relevamiento periódico y exhaustivo del universo de personas internadas, con fecha cierta y periodicidad máxima de dos años, concebido para producir un diagnóstico de situación del sistema y monitorear el proceso de desmanicomialización. El registro es un padrón administrativo de casos individuales que se actualiza de manera continua. El primero produce política pública; el segundo produce control de casos. No son intercambiables, y nada impedía conservar ambos.

El proyecto elimina, además, el plazo de realización y la periodicidad máxima. Una obligación sin plazo y sin información de los datos carece de exigibilidad práctica. Y no establece publicidad alguna de los resultados agregados: el Órgano de Revisión, el Congreso, las organizaciones de usuarios y la ciudadanía no tienen previsto ningún mecanismo de acceso a la información producida. Un registro sin publicidad no cumple función de control.

Las remisiones a la Ley 25.326 de Protección de Datos Personales y a la Ley 26.529 de Derechos del Paciente son adecuadas y necesarias, dado que se trata de datos sensibles de personas privadas de libertad. Corresponde exigir que se explicita quién es el responsable de la base, qué plazos de conservación rigen y qué organismos tienen acceso.

Por último, la pregunta que ningún artículo del proyecto responde: ¿cuál será el presupuesto para llevar adelante esta tarea? Sin financiamiento a las provincias, cooperación que el proyecto, acertadamente, ya no elimina del artículo 41 de la ley, ninguna medida de este tipo es viable.

Estándares internacionales comprometidos. El artículo 31 de la CDPD obliga a los Estados a recopilar información estadística y de investigación adecuada, desglosada, respetando las garantías de protección de datos, y a difundirla y hacerla accesible. Las Directrices sobre desinstitucionalización (CRPD/C/5, 2022) exigen datos desglosados y públicos sobre el número de personas institucionalizadas como condición para planificar y monitorear el proceso de cierre. La Observación General N° 14 del Comité DESC incluye entre las obligaciones básicas la vigilancia epidemiológica y la publicidad de la información sanitaria.

ARTÍCULO 27 del proyecto — Sustituye el art. 36 de la Ley 26.657 —

PLANES DE PREVENCIÓN E INSERCIÓN SOCIO-LABORAL - ESTADO RESPECTO DE ABRIL 2026: MANTIENE LO PROPUESTO EN ABRIL

1) LEY 26.657 — TEXTO VIGENTE	2) PROYECTO DE REFORMA — TEXTO COMPLETO
ARTÍCULO 36.- La Autoridad de Aplicación, en coordinación con los ministerios de Educación, Desarrollo Social y Trabajo, Empleo y Seguridad Social , debe desarrollar planes de prevención en salud mental y planes específicos de inserción socio-laboral para personas con padecimiento mental. Dichos planes, así como todo el desarrollo de la política en salud mental, deberá contener mecanismos claros y eficientes de participación comunitaria, en particular de organizaciones de usuarios y familiares de los servicios de salud mental. Se promoverá que las provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires adopten el mismo criterio.	ARTÍCULO 36.- La Autoridad de Aplicación debe desarrollar planes de prevención en salud mental y, en coordinación con el MINISTERIO DE CAPITAL HUMANO , planes específicos de inserción socio-laboral para personas con una afección o trastorno de salud mental. Dichos planes, así como el desarrollo de la política en salud mental, debe contener mecanismos claros y eficientes de participación comunitaria, en particular de organizaciones de usuarios y familiares de los servicios de salud mental. Se debe promover que las Provincias y la CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES adopten el mismo criterio.

PUNTOS SOBRESALIENTES

- Vuelve a restringir el universo protegido: “afección o trastorno” en lugar de “padecimiento mental”.
- Con “trastorno” deja fuera del derecho de acceso múltiples situaciones de sufrimiento psíquico que no encuadran en un diagnóstico, pero requieren abordaje.
- Excluye de la obligación del Estado, las obras sociales y las prepagas la atención de los malestares y sufrimientos propios de la vida que, sin configurar cuadros psicopatológicos, forman parte del campo de la salud mental. Es un beneficio para las empresas de medicina prepaga.
- CONTRADICCIÓN: este artículo conserva la participación de las ORGANIZACIONES DE USUARIOS en la política pública, mientras el art. 28 del proyecto las EXCLUYE del Órgano de Revisión.

ANÁLISIS

Respecto de abril: mantiene sin cambios.

El reemplazo del concepto amplio de “padecimiento mental” por “afección o trastorno” vuelve a restringir el alcance de la política pública, dejando fuera del derecho de acceso a la salud mental múltiples situaciones de sufrimiento psíquico que no encuadran en un diagnóstico pero que requieren abordaje. Se debilita así el enfoque integral y se excluyen de la obligación del Estado, de las obras sociales y de las prepagas la atención de personas con problemáticas cotidianas vinculadas a los malestares y sufrimientos posibles de la vida que, si bien no configuran cuadros psicopatológicos, también forman parte del campo de la salud mental y necesitan asistencia. En un artículo dedicado a la PREVENCIÓN, **la restricción es doblemente incoherente: prevenir consiste, por definición, en intervenir antes de que exista un trastorno.**

Corresponde subrayar una contradicción interna del proyecto que este artículo pone en evidencia. El texto conserva aquí, sin modificación, la exigencia de “mecanismos claros y eficientes de participación comunitaria, en particular de organizaciones de usuarios y familiares de los servicios de salud mental”. Es decir: por un lado el nuevo proyecto reconoce que las organizaciones de usuarios deben participar en el diseño de la política pública de salud mental y, en el artículo 28, las elimina del Órgano de Revisión, que es el organismo encargado de controlar el cumplimiento de esa política. Se les reconoce voz para opinar y se les quita voz para controlar.

Estándares internacionales comprometidos. El artículo 4.3 de la CDPD obliga a los Estados a celebrar consultas estrechas y a colaborar activamente con las personas con discapacidad, a través de las organizaciones que las representan, en la elaboración y aplicación de legislación y políticas. La Observación General N° 7 (2018) del Comité CDPD desarrolla esa obligación y precisa que la participación debe ser efectiva y no meramente consultiva. El artículo 27 de la CDPD reconoce el derecho al trabajo en igualdad de condiciones y obliga a promover oportunidades de empleo y de empleo por cuenta propia, lo que se vincula directamente con las cooperativas de trabajo y los emprendimientos sociales que el artículo 8° del proyecto eliminó del artículo 11.

1) LEY 26.657 — TEXTO VIGENTE	2) PROYECTO DE REFORMA — TEXTO COMPLETO
ARTÍCULO 39.- El Órgano de Revisión debe 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.	ARTÍCULO 39.- El Órgano de Revisión debe tener carácter 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.

PUNTOS SOBRESALIENTES

- ▶ ELIMINA A LAS ASOCIACIONES DE USUARIOS. Deja solo a las “asociaciones de familiares”. Una ley hecha para los usuarios los expulsa del organismo que controla el cumplimiento de sus derechos.
- ▶ Es contrario a la CDPD, de jerarquía constitucional. “Nada sobre nosotros sin nosotros”.
- ▶ ELIMINA a las organizaciones no gubernamentales abocadas a la defensa de los DERECHOS HUMANOS y las reemplaza por ONG “dedicadas a la temática de la salud mental”: se sustituye el enfoque de derechos por el enfoque sectorial.

ANÁLISIS

Respecto de abril: mantiene sin cambios. A pesar de haber sido uno de los puntos más señalados en el análisis de abril, el proyecto no introduce ninguna modificación.

La eliminación de la participación de los usuarios y de las asociaciones de derechos humanos debilita el carácter plural e independiente del Órgano de Revisión. Si se toma en cuenta la fundamentación presentada junto con la modificación de esta ley en abril de 2026, elaborada por la Dirección Nacional de Salud Mental, la reforma representa una intervención de hecho del Ministerio de Salud sobre el Órgano de Revisión: se vacía su función principal de control (especialmente el control sobre el propio Ministerio de Salud) y se pierde la voz de quienes deberían estar en el centro de la ley.

La exclusión de las personas usuarias reviste una gravedad inusitada, ya que son las principales protagonistas del sistema. Esta decisión demuestra que el proyecto no solo restringe derechos y limita el acceso a la salud mental, sino que además las excluye explícitamente, impidiéndoles participar como lo vienen haciendo desde hace quince años.

El reemplazo de las “organizaciones no gubernamentales abocadas a la defensa de los derechos humanos” por “organizaciones no gubernamentales dedicadas a la temática de la Salud Mental” no es una simple precisión terminológica, es un cambio de paradigma. El Órgano de Revisión deja de tener una mirada externa de derechos humanos y pasa a estar integrado exclusivamente por actores del propio campo sanitario. **Se pierde precisamente la perspectiva que justifica su existencia.**

La modificación propuesta revela un profundo desconocimiento de la naturaleza, las funciones y los alcances de un Órgano de Revisión. Si, por el contrario, quienes la redactaron conocían plenamente esas funciones, la decisión resulta aún más grave, porque implicaría una restricción deliberada de sus competencias y de su capacidad de control y garantía de derechos.

Es el organismo que controla las internaciones y los derechos de los pacientes, y su existencia emana de estándares internacionales: el Principio 17 de los Principios de Naciones Unidas para la Protección de los Enfermos Mentales (1991) establece textualmente que “el órgano de revisión será un órgano judicial u otro órgano independiente e imparcial”. Resulta notable que el proyecto de reforma conserve ese instrumento en su artículo 2º (descartando todos los demás) y simultáneamente vulnere su Principio 17.

Estándares internacionales comprometidos. Los artículos 4.3 y 33.3 de la CDPD obligan a incluir a las personas con discapacidad y a sus organizaciones representativas en los mecanismos de supervisión de la Convención; la Observación General Nº 7 (2018) del Comité CDPD, párrs. 12 a 15 y 55, es explícita en que las organizaciones de personas con discapacidad no pueden ser sustituidas por organizaciones de familiares o de profesionales. Los Principios de París sobre instituciones nacionales de derechos humanos exigen composición pluralista e independencia respecto del poder ejecutivo. La Guía OMS/ACNUDH (2023) recomienda que los mecanismos de revisión sean independientes de los servicios que supervisan y que incorporen a personas con experiencia vivida. La eliminación de los usuarios es contraria a la CDPD, tratado con jerarquía constitucional. Hoy, más que nunca, corresponde decir: **«Nada de nosotros sin nosotros».**

ARTÍCULO 29 del proyecto — Sustituye el art. 40 de la Ley 26.657 — FUNCIONES DEL ÓRGANO DE REVISIÓN
ESTADO RESPECTO DE ABRIL 2026: MARCHA ATRÁS PARCIAL (repone funciones eliminadas en abril)

1) LEY 26.657 — TEXTO VIGENTE	2) PROYECTO DE REFORMA — TEXTO COMPLETO
ARTÍCULO 40.- Son funciones del Órgano de Revisión: 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	ARTÍCULO 40.- Son funciones del Órgano de Revisión: 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; en caso de irregularidades puede realizar las denuncias pertinentes y, eventualmente, apelar las decisiones del juez; d) Controlar que las derivaciones que se

1) LEY 26.657 — TEXTO VIGENTE	2) PROYECTO DE REFORMA — TEXTO COMPLETO
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; 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.	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) Promover la creación de comités o comisiones de revisión en cada una de las jurisdicciones y sostener espacios de intercambio, capacitación y coordinación a efectos del cumplimiento eficiente de sus funciones; j) Controlar el cumplimiento de la presente ley en lo atinente al resguardo de los derechos humanos de los usuarios del sistema de salud mental; k) Convocar de manera permanente o transitoria a representantes de otros organismos del Estado o expertos relacionados con la problemática de salud mental; l) Colaborar con la Autoridad de Aplicación en el relevamiento de datos de la situación de las personas internadas m) Velar por el cumplimiento de los derechos de las personas en procesos de declaración de incapacidad y durante la vigencia de dichas sentencias. n) Elaborar a requerimiento un informe sobre el cumplimiento de lo dispuesto por el Artículo 32 de la presente ley, que presentará ante la COMISIÓN DE SALUD de la CÁMARA DE SENADORES DE LA NACIÓN y la COMISIÓN DE ACCIÓN SOCIAL Y SALUD PÚBLICA de la CÁMARA DE DIPUTADOS DE LA NACIÓN. o) Llevar un registro de internaciones prolongadas y de sus intervenciones conforme el artículo 16.

PUNTOS SOBRESALIENTES

- **MEJORA:** repone la facultad de hacer presentaciones ante el Consejo de la Magistratura (inc. g) y la de velar por los derechos en procesos de declaración de incapacidad (inc. m), ambas eliminadas en abril e incorpora el informe al Congreso sobre el cumplimiento del art. 32 (asignación presupuestaria) y el registro de internaciones prolongadas.
- **SUBSISTE:** elimina la facultad de “realizar propuestas de modificación a la legislación en salud mental tendientes a garantizar los derechos humanos”.
- **SUBSISTE:** reemplaza la promoción de ÓRGANOS DE REVISIÓN provinciales por “comités o comisiones de revisión”, figura de menor entidad institucional. Se debilita la federalización del control.
- La ampliación de funciones convive con un órgano al que el art. 28 le quitó a los usuarios: más atribuciones, menos representatividad.

ANÁLISIS

Respecto de abril: marcha atrás parcial, y es la más significativa del proyecto. La versión de abril eliminaba tres funciones del Órgano de Revisión. El proyecto actual repone dos de ellas e incorpora dos nuevas.

Se restituye el inciso que faculta al Órgano a hacer presentaciones ante el Consejo de la Magistratura o el organismo que en cada jurisdicción evalúe y sancione la conducta de los jueces ante irregularidades. Es una herramienta central: sin ella, el control sobre la actuación judicial en materia de internaciones queda sin cauce institucional. Se restituye asimismo la función de velar por el cumplimiento de los derechos de las personas en procesos de declaración de incapacidad y durante la vigencia de dichas sentencias.

Se agregan dos funciones nuevas. La primera: elaborar, a requerimiento, un informe sobre el cumplimiento del artículo 32 de la ley para presentar ante las comisiones de Salud del Senado y de Acción Social y Salud Pública de Diputados. La segunda: llevar un registro de las internaciones prolongadas y de sus intervenciones, en concordancia con el nuevo artículo 16.

Subsisten, no obstante, dos supresiones. La facultad de “realizar propuestas de modificación a la legislación en salud mental tendientes a garantizar los derechos humanos” no se repone. Y la función de “promover y colaborar para la creación de Órganos de Revisión en cada una de las jurisdicciones” es reemplazada por la de promover “comités o comisiones de revisión”. La diferencia no es semántica: un Órgano de Revisión es una institución con competencias, presupuesto y capacidad de actuación autónoma; un comité o comisión es una figura de menor entidad, sin atribuciones definidas. Se debilita así, evidentemente, la formación de Órganos de Revisión en todas las provincias, que es la asignatura pendiente más grave del sistema de control creado por la ley.

Debe leerse todo esto en conjunto con el artículo 28 del proyecto. Se amplían las funciones del Órgano de Revisión mientras se altera su composición eliminando a los usuarios y a las organizaciones de derechos humanos, y se refuerza el peso del Ministerio de Salud, que es el organismo controlado. Un órgano con más atribuciones y menos independencia no es un órgano fortalecido.

Estándares internacionales comprometidos. El artículo 33.2 de la CDPD exige mecanismos independientes de supervisión conformes a los Principios de París; el artículo 33.3 obliga a la participación de la sociedad civil y, en particular, de las personas con discapacidad y sus organizaciones. El Principio 17 de los Principios de la ONU (1991) exige un órgano independiente e imparcial. La Guía OMS/ACNUDH (2023) recomienda mecanismos de monitoreo con capacidad de investigación, acceso irrestricto y facultades de recomendación vinculante.

ARTÍCULO 30 del proyecto — DEROGA los arts. 34, 42 y 43 de la Ley 26.657
ESTADO RESPECTO DE ABRIL 2026: DIFIERE DE ABRIL (elimina la cláusula de sustitución terminológica y agrega la derogación del art. 34)

1) LEY 26.657 — TEXTO VIGENTE	2) PROYECTO DE REFORMA — TEXTO COMPLETO
ARTÍCULO 34.- La Autoridad de Aplicación debe promover, en consulta con la Secretaría de Derechos Humanos de la Nación y con la colaboración de las jurisdicciones, el desarrollo de estándares de habilitación y supervisión periódica de los servicios de salud mental públicos y privados. ARTÍCULO 42.- Incorporáse como artículo 152 ter del Código Civil: "Artículo 152 ter: Las declaraciones judiciales de inhabilitación o incapacidad deberán fundarse en un examen de facultativos conformado por evaluaciones interdisciplinarias. No podrán extenderse por más de TRES (3) años y deberán especificar las funciones y actos que se limitan, procurando que la afectación de la autonomía personal sea la menor posible." ARTÍCULO 43.- Sustitúyese el artículo 482 del Código Civil, el que quedará redactado de la siguiente manera: "Artículo 482: No podrá ser privado de su libertad personal el declarado incapaz por causa de enfermedad mental o adicciones, salvo en los casos de riesgo cierto e inminente para sí o para terceros, quien deberá ser debidamente evaluado por un equipo interdisciplinario del servicio asistencial con posterior aprobación y control judicial. Las autoridades públicas deberán disponer el traslado a un establecimiento de salud para su evaluación a las personas que por padecer enfermedades mentales o adicciones se encuentren en riesgo cierto e inminente para sí o para terceros. A pedido de las personas enumeradas en el artículo 144 el juez podrá, previa información sumaria, disponer la evaluación de un equipo interdisciplinario de salud para las personas que se encuentren afectadas de enfermedades mentales y adicciones, que requieran asistencia en establecimientos adecuados, aunque no justifiquen la declaración de incapacidad o inhabilidad." NOTA: se mantiene sin modificación el ARTÍCULO 41 de la Ley 26.657 (convenios de cooperación con las provincias), que incluye la "Cooperación técnica, económica y financiera de la Nación para la implementación de la presente ley". La versión de abril de 2026 eliminaba las palabras "técnica, económica y financiera".	ARTÍCULO 34 - Deróganse los artículos 34, 42 y 43 de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657.

PUNTOS SOBRESALIENTES

- **AGRAVA:** se agrega la derogación del art. 34, que hoy obliga a desarrollar los estándares de habilitación EN CONSULTA CON LA SECRETARÍA DE DERECHOS HUMANOS. En abril el art. 34 se sustituía; ahora se elimina.
- La derogación de los arts. 42 y 43 es innecesaria: quedaron sin efecto de hecho con la sanción del Código Civil y Comercial en 2015.

ANÁLISIS

Se incorpora la derogación del artículo 34 de la Ley 26.657, que en la versión de abril se sustituía y no se eliminaba. El artículo 34 vigente obliga a la autoridad de aplicación a desarrollar los estándares de habilitación y supervisión de los servicios “en consulta con la Secretaría de Derechos Humanos de la Nación y con la colaboración de las jurisdicciones”. El proyecto lo deroga y traslada la materia al artículo 27, donde la consulta a derechos humanos desaparece por completo y es reemplazada por la consulta “a cada jurisdicción”. La habilitación y supervisión de los establecimientos donde hay personas privadas de libertad deja de tener, por ley, una mirada de derechos humanos. Los derechos humanos dejan de ser un requisito y pasan a ser, en el mejor de los casos, una opción.

Sobre los artículos 42 y 43. Su derogación resulta innecesaria, ya que han quedado sin efecto de hecho a partir de la sanción del Código Civil y Comercial de la Nación en 2015, que reemplazó por contenidos compatibles con la Ley de Salud Mental.

Estándares internacionales comprometidos. El artículo 33 de la CDPD exige mecanismos de coordinación y supervisión con enfoque de derechos. La Guía OMS/ACNUDH (2023) recomienda que los estándares de habilitación y acreditación de servicios de salud mental incorporen explícitamente criterios de derechos humanos y sean auditados por organismos independientes —exactamente lo que la derogación del artículo 34 elimina—. El Comité DESC (Observación General N° 3, párr. 9) prohíbe las medidas regresivas.

MODIFICACIONES AL CÓDIGO CIVIL Y COMERCIAL

ARTÍCULO 31 del proyecto — Sustituye el art. 41 del CÓDIGO CIVIL Y COMERCIAL — INTERNACIÓN

ESTADO RESPECTO DE ABRIL 2026: NUEVO — NO ESTABA EN ABRIL

1) LEY 26.657 — TEXTO VIGENTE	2) PROYECTO DE REFORMA — TEXTO COMPLETO
ARTÍCULO 41 (Código Civil y Comercial).- Internación. La internación sin consentimiento de una persona, tenga o no restringida su capacidad, procede sólo si se cumplen los recaudos previstos en la legislación especial	ARTÍCULO 41.- Internación. La internación sin consentimiento de una persona, tenga o no restringida su capacidad, procede solo si se cumplen los recaudos previstos en la legislación especial y las reglas generales de

1) LEY 26.657 — TEXTO VIGENTE	2) PROYECTO DE REFORMA — TEXTO COMPLETO
y las reglas generales de esta Sección. En particular: a) debe estar fundada en una evaluación de un equipo interdisciplinario de acuerdo a lo dispuesto en el artículo 37, que señale los motivos que la justifican y la ausencia de una alternativa eficaz menos restrictiva de su libertad; b) sólo procede ante la existencia de riesgo cierto e inminente de un daño de entidad para la persona protegida o para terceros ; c) es considerada un recurso terapéutico de carácter restrictivo y por el tiempo más breve posible; debe ser supervisada periódicamente; d) debe garantizarse el debido proceso, el control judicial inmediato y el derecho de defensa mediante asistencia jurídica; e) la sentencia que aprueba la internación debe especificar su finalidad, duración y periodicidad de la revisión. Toda persona con padecimientos mentales , se encuentre o no internada, goza de los derechos fundamentales y sus extensiones.	esta Sección. En particular: a) debe estar fundada en la evaluación de un equipo interdisciplinario de acuerdo a lo dispuesto en el artículo 37, que señale los motivos que la justifican y la ausencia de una alternativa eficaz menos restrictiva de su libertad; b) solo procede ante la existencia de una situación de riesgo grave de daño para la vida o la integridad física de la persona o de terceros ; c) es considerada un recurso terapéutico de carácter excepcional y por el tiempo más breve posible, y debe ser supervisada periódicamente d) debe garantizarse el debido proceso, el control judicial inmediato y el derecho de defensa mediante asistencia jurídica; e) la sentencia que aprueba la internación debe especificar su finalidad, duración y periodicidad de la revisión. Toda persona con alguna afección o trastorno de salud mental , se encuentre o no internada, goza de los derechos fundamentales y sus extensiones.

PUNTOS SOBRESALIENTES

- Traslada al Código Civil y Comercial los mismos retrocesos introducidos en la ley especial: se blindo el cambio en todo el ordenamiento.
- Reemplaza “riesgo cierto e inminente de un daño de entidad” por “riesgo grave de daño para la vida o la integridad física”.
- Reemplaza “carácter restrictivo” por carácter excepcional», por lo que elimina el fundamento de las garantías reforzadas.
- Reemplaza “padecimientos mentales” por “afección o trastorno de salud mental”: restringe el universo protegido incluso en la cláusula de derechos fundamentales.

ANÁLISIS

Respecto de abril: artículo nuevo. La versión de abril no proponía reformas al Código Civil y Comercial; el informe de abril solo anticipaba que, de existir, buscarían adecuarlo a los cambios de la ley. Es exactamente lo que hacen los artículos 31 a 33.

Los tres conceptos modificados en el proyecto de ley (el umbral de situación de riesgo, el carácter de la internación y la denominación del universo protegido) se replican aquí en el Código. El efecto es que se cierra la posibilidad de que **los tribunales interpreten la ley especial a la luz de un Código más protectorio**.

El cambio del inciso b) es el más grave. El texto vigente exige “riesgo cierto e inminente de un daño para la persona protegida o para terceros”. La fórmula tiene tres componentes acumulativos: certeza, inminencia y entidad del daño, que constituyen el estándar más exigente de nuestro ordenamiento para autorizar una privación de libertad de naturaleza sanitaria. El proyecto del poder ejecutivo los reemplaza por “riesgo grave de daño para la vida o la integridad física”. Desaparecen la certeza y la inminencia, y el daño queda circunscripto a lo físico. Un riesgo grave para la vida pero no inminente, una previsión sobre lo que podría ocurrir, pasa a habilitar la internación; un riesgo psíquico grave y cierto, en cambio, deja de habilitarla. La ecuación es doblemente desacertada.

El cambio del inciso c) “restrictivo” por “excepcional”, reproduce lo analizado en el artículo 11 del proyecto: se elimina el adjetivo que fundaba las garantías reforzadas. Gravísimo.

El cambio de la cláusula final es particularmente significativo. La frase “toda persona con padecimientos mentales, se encuentre o no internada, goza de los derechos fundamentales y sus extensiones” es una cláusula de reconocimiento universal de derechos ubicada en el Código. Restringir su alcance a quienes tengan “alguna afección o trastorno de salud mental” es limitar, en el Código Civil y Comercial, el universo de personas cuyos derechos fundamentales se declaran.

La sustitución del criterio de “riesgo cierto e inminente para sí o para terceros” por el de “riesgo grave de daño para la vida o la integridad física de la persona o de terceros” no aporta mayor claridad. Por el contrario, introduce nuevas ambigüedades y contradicciones en una cuestión particularmente sensible como es la indicación de una internación involuntaria.

La legislación vigente coloca la evaluación de la situación de riesgo en el equipo de salud y exige que ese riesgo sea cierto e inminente. El proyecto elimina precisamente estas dos características: certeza e inminencia, y las sustituye por la noción de “gravedad”, sin establecer con claridad cómo debe determinarse ese umbral. Surge entonces una primera pregunta: ¿qué ocurre ante una situación de riesgo cierto y concreto que el equipo interdisciplinario evalúa como moderado, pero cuya evolución permite anticipar razonablemente un agravamiento?

Paradójicamente, al mismo tiempo que restringe el criterio al exigir que el daño sea “grave”, el proyecto amplía considerablemente la dimensión temporal de la evaluación. Dispone que no debe considerarse solamente el estado de la persona al momento de la entrevista, sino también los antecedentes y, especialmente, la “previsible evolución” en caso de no realizarse la internación. De este modo, se sustituye un criterio basado en la evaluación de una situación cierta, actual y próxima por otro que obliga a los profesionales a realizar predicciones y futurología acerca de acontecimientos futuros sin una fecha límite.

Esto genera una contradicción difícil de resolver: se restringe la intervención por la exigencia de gravedad, pero simultáneamente se amplía mediante una noción indeterminada de previsibilidad futura. ¿Cuánto tiempo hacia adelante debe prever el profesional? ¿Con qué grado de probabilidad? ¿Qué nivel de certeza se le exigirá? ¿Qué responsabilidad tendrá si aquello que razonablemente no pudo prever finalmente ocurre?

También resulta cuestionable que la norma circunscriba expresamente el daño a la “vida o la integridad física”. En una ley destinada precisamente a proteger la salud mental, esta formulación puede favorecer una interpretación reduccionista según la cual sólo adquirirían relevancia los riesgos que puedan traducirse en muerte o daño corporal. Queda así en una zona de incertidumbre el grave deterioro psíquico que aún no se haya expresado como lesión física o peligro vital.

No se trata de promover internaciones innecesarias. La internación involuntaria debe continuar siendo un recurso terapéutico excepcional, sujeto a estrictas garantías y utilizado solamente cuando no existan alternativas menos restrictivas eficaces. Pero

precisamente por afectar simultáneamente el derecho a la libertad y el derecho a la salud, el criterio legal que habilita esa intervención debe ser claro, clínicamente aplicable y jurídicamente inequívoco.

La nueva redacción no resuelve las dificultades que pretende solucionar. Por el contrario, combina conceptos de gravedad, daño físico, antecedentes y previsibilidad futura sin establecer adecuadamente su relación, trasladando al equipo tratante y, particularmente a los profesionales que deben firmar la indicación, una responsabilidad predictiva difícil de delimitar.

Estándares internacionales comprometidos. El artículo 14 de la CDPD y las Directrices del Comité (2015) prohíben la privación de libertad basada en la deficiencia real o percibida. El artículo 7 de la Convención Americana y la Observación General N° 35 (2014) del Comité de Derechos Humanos (párrs. 15 a 19) exigen que toda internación involuntaria sea el último recurso, por el tiempo más breve, con garantías procesales y revisión periódica. La Corte IDH («Ximenes Lopes vs. Brasil», 2006; «Guachalá Chimbo vs. Ecuador», 2021) fijó la posición de garante reforzada del Estado. Reducir en el Código de fondo el estándar de certeza e inminencia es apartarse de esa línea.

ARTÍCULO 32 del proyecto — Sustituye el art. 42 del CÓDIGO CIVIL Y COMERCIAL —

TRASLADO DISPUESTO POR AUTORIDAD PÚBLICA - ESTADO RESPECTO DE ABRIL 2026: NUEVO — NO ESTABA EN ABRIL

1) LEY 26.657 — TEXTO VIGENTE	2) PROYECTO DE REFORMA — TEXTO COMPLETO
ARTÍCULO 42 (Código Civil y Comercial).- Traslado dispuesto por autoridad pública. Evaluación e internación. La autoridad pública puede disponer el traslado de una persona cuyo estado no admita dilaciones y se encuentre en riesgo cierto e inminente de daño para sí o para terceros, a un centro de salud para su evaluación. En este caso, si fuese admitida la internación, debe cumplirse con los plazos y modalidades establecidos en la legislación especial. Las fuerzas de seguridad y servicios públicos de salud deben prestar auxilio inmediato.	ARTÍCULO 42.- Traslado dispuesto por autoridad pública. Evaluación e internación. La autoridad pública puede disponer el traslado de una persona cuyo estado no admita dilaciones y se encuentre en situación de riesgo grave de daño para la vida o la integridad física de sí misma o de terceros a un centro de salud para su evaluación. En este caso, si fuese admitida la internación, debe cumplirse con los plazos y modalidades establecidos en la legislación especial. Las fuerzas de seguridad y servicios públicos de salud deben prestar auxilio inmediato.

PUNTOS SOBRESALIENTES

- Aplica el mismo cambio de umbral a la facultad de las fuerzas de seguridad de trasladar personas por la fuerza.
- Elimina el requisito de INMINENCIA en el supuesto más sensible de todos: la intervención policial sobre una persona en crisis.
- “Riesgo grave” sin inminencia amplía el margen de apreciación de la autoridad pública en una decisión que se toma en la vía pública y sin evaluación profesional previa.

DESARROLLO DEL ANÁLISIS

Respecto de abril: artículo nuevo.

El artículo 42 del Código Civil y Comercial regula el supuesto en que la autoridad pública (en la práctica, las fuerzas de seguridad) dispone el traslado forzoso de una persona a un centro de salud. Es el momento de mayor asimetría de poder de todo el circuito: ocurre en la vía pública o en el domicilio, sin evaluación profesional previa, sin defensa técnica y sin control judicial simultáneo.

Precisamente allí el proyecto elimina el requisito de inminencia. El texto vigente exige “riesgo cierto e inminente”; el proyecto exige “riesgo grave de daño para la vida o la integridad física”. La supresión de la inminencia amplía de manera considerable el margen de apreciación de la autoridad interviniente: ya no es necesario que el daño esté por producirse, basta con que se lo considere “grave”. En un contexto de intervención policial sobre una persona en crisis, esa diferencia es determinante.

El artículo no incorpora ninguna salvaguarda compensatoria. No prevé protocolo de actuación, ni prioridad de la intervención sanitaria por sobre la policial, ni obligación de registro del traslado, ni notificación al Órgano de Revisión, ni control judicial posterior del traslado en sí (solo de la internación, si esta se admite). Tampoco contempla la intervención de equipos interdisciplinarios de crisis en la comunidad, que es la respuesta que los estándares internacionales promueven para estas situaciones.

Se trata, probablemente, del artículo con mayor potencial de uso discrecional de todo el proyecto, y es el que menos discusión pública ha tenido.

Estándares internacionales comprometidos. El artículo 7 de la Convención Americana y el artículo 9 del PIDCP prohíben la detención arbitraria; la Observación General N° 35 (2014) del Comité de Derechos Humanos aclara que la noción de “detención” comprende el traslado y la retención en instituciones sanitarias. El artículo 14 de la CDPD prohíbe la privación de libertad fundada en la discapacidad.

ARTÍCULO 33 del proyecto — Sustituye el art. 59 del CÓDIGO CIVIL Y COMERCIAL — CONSENTIMIENTO INFORMADO

ESTADO RESPECTO DE ABRIL 2026: NUEVO — NO ESTABA EN ABRIL

1) LEY 26.657 — TEXTO VIGENTE	2) PROYECTO DE REFORMA — TEXTO COMPLETO
ARTÍCULO 59 (Código Civil y Comercial).- Consentimiento informado para actos médicos e investigaciones en salud. El consentimiento informado para actos médicos e investigaciones en salud es la declaración de voluntad expresada por el paciente, emitida luego de recibir información clara, precisa y adecuada, respecto a: a) su estado de salud; b) el procedimiento propuesto, con especificación de los objetivos perseguidos; c) los beneficios esperados del procedimiento; d) los riesgos, molestias y efectos adversos previsibles; e) la especificación de los procedimientos alternativos y sus riesgos, beneficios y perjuicios en relación con el procedimiento propuesto; f) las consecuencias previsibles de la no	Consentimiento informado para actos médicos e investigaciones en salud. El consentimiento informado para actos médicos e investigaciones en salud es la declaración de voluntad expresada por el paciente, emitida luego de recibir información clara, precisa y adecuada, respecto a: a) su estado de salud; b) el procedimiento propuesto, con especificación de los objetivos perseguidos; c) los beneficios esperados del procedimiento; d) los riesgos, molestias y efectos adversos previsibles; e) la especificación de los procedimientos alternativos y sus riesgos, beneficios y perjuicios en relación con el procedimiento propuesto; f) las consecuencias previsibles de la no realización del procedimiento propuesto o de los alternativos

1) LEY 26.657 — TEXTO VIGENTE	2) PROYECTO DE REFORMA — TEXTO COMPLETO
realización del procedimiento propuesto o de los alternativos especificados; g) en caso de padecer una enfermedad irreversible, incurable, o cuando se encuentre en estado terminal, o haya sufrido lesiones que lo coloquen en igual situación, el derecho a rechazar procedimientos quirúrgicos, de hidratación, alimentación, de reanimación artificial o al retiro de medidas de soporte vital, cuando sean extraordinarios o desproporcionados en relación con las perspectivas de mejoría, o produzcan sufrimiento desmesurado, o tengan por único efecto la prolongación en el tiempo de ese estadio terminal irreversible e incurable; h) el derecho a recibir cuidados paliativos integrales en el proceso de atención de su enfermedad o padecimiento. Ninguna persona con discapacidad puede ser sometida a investigaciones en salud sin su consentimiento libre e informado, para lo cual se le debe garantizar el acceso a los apoyos que necesite. Nadie puede ser sometido a exámenes o tratamientos clínicos o quirúrgicos sin su consentimiento libre e informado, excepto disposición legal en contrario. Si la persona se encuentra absolutamente imposibilitada para expresar su voluntad al tiempo de la atención médica y no la ha expresado anticipadamente, el consentimiento puede ser otorgado por el representante legal, el apoyo, el cónyuge, el conviviente, el pariente o el allegado que acompañe al paciente, siempre que medie situación de emergencia con riesgo cierto e inminente de un mal grave para su vida o su salud. En ausencia de todos ellos, el médico puede prescindir del consentimiento si su actuación es urgente y tiene por objeto evitar un mal grave al paciente.	especificados; g) en caso de padecer una enfermedad irreversible, incurable, o cuando se encuentre en estado terminal, o haya sufrido lesiones que lo coloquen en igual situación, el derecho a rechazar procedimientos quirúrgicos, de hidratación, alimentación, de reanimación artificial o al retiro de medidas de soporte vital, cuando sean extraordinarios o desproporcionados en relación con las perspectivas de mejoría, o produzcan sufrimiento desmesurado, o tengan por único efecto la prolongación en el tiempo de ese estadio terminal irreversible e incurable; h) el derecho a recibir cuidados paliativos integrales en el proceso de atención de su enfermedad o padecimiento. Ninguna persona con discapacidad puede ser sometida a investigaciones en salud sin su consentimiento libre e informado, para lo cual se le debe garantizar el acceso a los apoyos que necesite. Nadie puede ser sometido a exámenes o tratamientos clínicos o quirúrgicos sin su consentimiento libre e informado, excepto disposición legal en contrario. Si la persona se encuentra absolutamente imposibilitada para expresar su voluntad al tiempo de la atención médica y no la ha expresado anticipadamente, el consentimiento puede ser otorgado por el representante legal, el apoyo, el cónyuge, el conviviente, el pariente o el allegado que acompañe al paciente, siempre que medie situación de riesgo grave de daño para su vida o integridad física. En ausencia de todos ellos, el médico puede prescindir del consentimiento si su actuación es urgente y tiene por objeto evitar un mal grave al paciente.

PUNTOS SOBRESALIENTES

- Modifica el estándar del CONSENTIMIENTO SUSTITUIDO, que es la garantía más sensible de todo el derecho de la salud.
- ELIMINA la exigencia de «SITUACIÓN DE EMERGENCIA»: ya no hace falta que haya emergencia para que un tercero consienta por la persona.
- ELIMINA los requisitos de CERTEZA e INMINENCIA del riesgo.
- REDUCE el bien protegido: de “su vida o su SALUD” a “su vida o integridad FÍSICA”.
- Resultado: se amplía el universo de situaciones en que otro puede decidir por la persona, en dirección exactamente contraria al art. 12 de la CDPD.
- Ninguna reforma de la Ley de Salud Mental requiere modificar el régimen general del consentimiento informado para TODOS los actos terapéuticos.

DESARROLLO DEL ANÁLISIS

Respecto de abril: artículo nuevo, y es el de mayor alcance de todo el proyecto.

Debe advertirse en primer término que el artículo 59 del Código Civil y Comercial no regula la salud mental: regula el consentimiento informado para TODOS los actos médicos e investigaciones en salud, respecto de TODAS las personas. Una reforma de la Ley de Salud Mental que modifica este artículo excede por completo su objeto declarado y altera el régimen general de la relación sanitaria en la Argentina.

La modificación recae sobre el párrafo que regula el consentimiento por representación, es decir, el supuesto en que otra persona decide por quien no puede expresar su voluntad. Es la garantía más sensible del derecho de la salud, porque define la frontera exacta entre la autonomía y la sustitución.

El texto vigente exige que “medie situación de emergencia con riesgo cierto e inminente de un mal grave para su vida o su salud”. Son cuatro requisitos acumulativos: emergencia, certeza, inminencia y gravedad, respecto de la vida o la salud. El proyecto los reduce a uno: “situación de riesgo grave de daño para su vida o integridad física”.

El resultado es la ampliación más significativa del consentimiento sustituido que registra nuestro derecho positivo desde la sanción del Código. Ya no se requiere emergencia: basta una situación de riesgo. Ya no se requiere certeza ni inminencia: basta la gravedad subjetiva apreciada por quien interviene. Y, simultáneamente, se reduce el bien jurídico protegido, que pasa de “su vida o su salud” a “su vida o integridad física”, con lo que la salud mental queda excluida de la protección.

Es difícil sobreestimar el alcance de esta modificación. Se aplica a toda persona internada, a toda persona bajo anestesia, a toda persona en estado de inconsciencia transitoria, y no solo a las personas con padecimiento mental. En un proyecto que se presenta como una reforma de la Ley de Salud Mental, **la modificación del artículo 59 del Código Civil y Comercial debería ser objeto de un debate autónomo y específico.**

Estándares internacionales comprometidos. El artículo 12 de la CDPD y la Observación General N° 1 (2014) del Comité CDPD, párrs. 25 a 31 y 41, exigen la abolición de los regímenes de sustitución en la toma de decisiones y su reemplazo por sistemas de apoyo, y precisan que ni siquiera en situaciones de crisis puede sustituirse la voluntad de la persona. El artículo 25.d) de la CDPD obliga a los profesionales a prestar atención “sobre la base de un consentimiento libre e informado”. La Corte IDH, en «Guachalá Chimbo y otros vs. Ecuador» (2021, párrs. 108 a 130), declaró la responsabilidad internacional del Estado por internar y tratar a una persona con discapacidad sin su consentimiento informado, y estableció que el consentimiento debe ser previo, libre, pleno e informado, y que la falta de apoyos no habilita su sustitución. La Guía OMS/ACNUDH (2023) sitúa el consentimiento libre e informado como el eje de toda legislación sanitaria conforme a derechos. Ampliar los supuestos de consentimiento sustituido es moverse en dirección contraria a todos estos estándares de manera simultánea.

1) LEY 26.657 — TEXTO VIGENTE	2) PROYECTO DE REFORMA — TEXTO COMPLETO
NO EXISTE EN LA LEY 26.657.	ARTÍCULO 34.- La presente ley entrará en vigencia el día siguiente al de su publicación en el BOLETÍN OFICIAL DE LA REPÚBLICA ARGENTINA. ARTÍCULO 35.- Comuníquese al Poder Ejecutivo Nacional.

PUNTOS SOBRESALIENTES

- Vigencia inmediata, sin período de transición ni adecuación de las jurisdicciones.
- NO HAY CLÁUSULA PRESUPUESTARIA. El proyecto crea obligaciones nuevas (plan de egreso, registro, más camas en dispositivos monovalentes, medidas protectorias con informes cada 30 días) sin asignar un solo peso ni al sistema de salud ni al judicial.
- NO HAY PLAZO DE REGLAMENTACIÓN, pese a que el proyecto delega en la Autoridad de Aplicación materias esenciales (dispositivos, estándares de habilitación, lineamientos de equipos).

DESARROLLO DEL ANÁLISIS

Respecto de abril: sin variaciones relevantes.

Las cláusulas de vigencia y forma no presentan observaciones de fondo, pero permiten señalar la omisión estructural del proyecto: no contiene ninguna previsión presupuestaria.

El proyecto crea obligaciones nuevas y costosas: el mantenimiento de un registro nacional actualizado con doce variables por internación; el seguimiento judicial de las medidas protectorias post-alta con informes cada treinta días durante seis meses; la creación de nuevos hospitales monovalentes; la incorporación de dos dispositivos ambulatorios en cada establecimiento con internación; y la disponibilidad de teleconsulta sincrónica con médicos psiquiatras en todo el territorio nacional. No asigna un peso para nada de ello, ni establece plazos, ni prevé transferencias a las provincias, que son quienes deben ejecutar la mayor parte de esas obligaciones.

La vigencia inmediata de la norma, sin período de transición, agrava el problema: las jurisdicciones deberían adecuar sus sistemas de habilitación, sus equipos y sus circuitos administrativos desde el día siguiente a la publicación. Este punto sintetiza el diagnóstico general.

Los obstáculos que invoca no son legales: son presupuestarios y organizativos. Ninguna reforma de la ley los resuelve. Lo que sí produce es un desplazamiento de la carga desde el Estado hacia las familias y desde el equipo interdisciplinario hacia una sola profesión, la del psiquiatra, que asumirá toda la responsabilidad de las decisiones del equipo interdisciplinario.

Estándares internacionales comprometidos. La Observación General N° 3 (1990) del Comité DESC, párr. 9, **prohíbe las medidas regresivas** y exige que toda regresión sea plenamente justificada. El artículo 4.2 de la CDPD contiene una obligación equivalente. **La OMS, en el Plan de acción integral sobre salud mental 2013-2030, fija metas de inversión y de reasignación de recursos desde los hospitales psiquiátricos hacia los servicios comunitarios.** Un proyecto de reforma sin cláusula presupuestaria no puede cumplir con el estándar de progresividad.

ANÁLISIS GENERAL: LAS CONTRADICCIONES DE LA ÚLTIMA PROPUESTA

El proyecto que se tratará el próximo miércoles no es idéntico al que el Gobierno presentó en abril de 2026. Introduce correcciones sobre puntos que fueron señalados públicamente: repone parte de la lista de dispositivos comunitarios del artículo 11, restituye el derecho de los trabajadores a la capacitación y a la protección de su salud en el artículo 13, devuelve al Órgano de Revisión dos de las funciones que le había quitado, incorpora las directivas anticipadas, el plan de egreso, la definición de internación prolongada, entre otras. Corresponde reconocer esos cambios, porque demuestran que el debate público produce efectos y porque marcan el terreno de lo que aún puede modificarse.

Pero el eje del proyecto no se movió. Y en varios puntos (la incorporación de las Reglas Nelson Mandela, la duplicación del plazo de revalidación del artículo 20 ter, la conversión de las medidas protectorias post-alta en obligatorias, la derogación lisa y llana del artículo 34, la eliminación de la promoción del abordaje interdisciplinario en la prescripción, la reforma del artículo 59 del Código Civil y Comercial) la última versión es más regresiva que la de abril. El resultado es un texto que corrigió la superficie y profundizó el fondo.

Lo que sigue no es una enumeración de defectos aislados. Es el señalamiento de contradicciones internas: enunciados que el propio proyecto sostiene y niega al mismo tiempo. Una ley que se contradice a sí misma no es una ley ambigua: es una ley cuya norma operativa es la que restringe, mientras la que declara derechos cumple una función retórica.

1. Proclama derechos y quita autonomía

El artículo 6° del proyecto sustituye el artículo 7° de la ley y reconoce a las personas con padecimiento mental el derecho a tomar decisiones sobre su atención y su tratamiento, a ser reconocidas siempre como sujetos de derecho, y como novedad, a otorgar directivas anticipadas sobre su salud mental. Es el artículo más garantista del texto.

Ahora bien, ese mismo proyecto establece que una persona adulta, con plena capacidad jurídica, a la que el equipo interdisciplinario le otorgó el alta porque cesó la situación de riesgo, no puede egresar del establecimiento hasta que un familiar concurra a firmar la documentación (art. 20 del proyecto, nuevo art. 23 ter). Su libertad ambulatoria queda subordinada a la voluntad y a la disponibilidad de un tercero. Si no hay familia, o la familia no viene, o la familia es precisamente aquello de lo que la persona busca alejarse, la ley no prevé ninguna respuesta: la persona no sale.

Y establece, además, que al momento del alta el equipo debe informar al juez la necesidad de adoptar medidas protectorias para sostener el tratamiento ambulatorio por hasta seis meses, con informes de evolución cada treinta días (art. 19 del proyecto, nuevo art. 23 bis). Es decir: una persona a la que se le reconoció el cese del riesgo (requisito legal del alta) queda sometida a un régimen de tratamiento bajo control judicial durante medio año. En la versión de abril, el equipo “podrá solicitar” esas medidas; en la actual, “informará la necesidad” de adoptarlas. De facultad excepcional pasó a deber.

No se trata de una tensión entre principios, resoluble por vía interpretativa. Es una contradicción lógica. O la persona es sujeto de derecho con capacidad para decidir sobre su tratamiento (como dice el artículo 7°) o su alta depende de la firma de un pariente y su tratamiento posterior de una orden judicial (como dicen los artículos 23 bis y 23 ter). Ambas cosas no pueden ser verdaderas simultáneamente, y cuando un texto legal se contradice, prevalece la norma operativa por sobre la declarativa. El derecho enunciado en el artículo 7° no tiene procedimiento, plazo ni sanción; las obligaciones de los artículos 23 bis y 23 ter sí tienen destinatario, trámite y consecuencia.

Los estándares internacionales son inequívocos en este punto. El artículo 12 de la CDPD y la Observación General N° 1 (2014) del Comité CDPD establecen que la capacidad jurídica no se pierde ni se suspende, y que los regímenes de sustitución de la voluntad deben ser abolidos y reemplazados por sistemas de apoyo. Las Directrices del Comité sobre el artículo 14 (2015), párrafo 10, extienden expresamente la prohibición del tratamiento forzoso a las órdenes de tratamiento comunitario u obligatorio ambulatorio. La Guía OMS/ACNUDH de Salud mental, derechos humanos y legislación (2023) desaconseja de manera explícita esos regímenes y señala que la evidencia disponible no muestra beneficios clínicos y sí un deterioro del vínculo terapéutico. La Corte Interamericana, en «Guachalá Chimbo y otros vs. Ecuador» (2021), declaró la responsabilidad internacional del Estado por tratar e internar a una persona sin su consentimiento informado.

2. Proclama la interdisciplina y establece una jerarquía

El artículo 7° del proyecto (nuevo art. 8°) declara que la atención debe estar a cargo de un equipo interdisciplinario y que sus integrantes “asumen las responsabilidades que derivan de sus propias leyes del ejercicio profesional y con el alcance de las incumbencias profesionales de cada disciplina”. En el mismo párrafo, dispone que uno de los integrantes “deberá ser médico psiquiatra”.

Un equipo en el que un miembro es obligatorio por ley y los demás son enumerados a título ejemplificativo no es un equipo interdisciplinario: es un equipo con un jefe designado por el Congreso. La interdisciplina supone que la decisión se construye entre saberes que se reconocen recíprocamente competentes; si la ley establece de antemano cuál de esos saberes es indispensable y cuáles son prescindibles, la deliberación queda formalmente clausurada antes de comenzar.

La contradicción se agrava con el artículo 9° del proyecto (nuevo art. 12), que elimina del artículo vigente la frase “debe promoverse que los tratamientos psicofarmacológicos se realicen en el marco de abordajes interdisciplinarios”. Es la supresión más silenciosa del proyecto y la más elocuente: un acto terapéutico queda desacoplado del equipo. Se proclama la interdisciplina en el artículo 8° y se la elimina del artículo 12.

Estos agregados no mejoran la práctica, pero revelan una necesidad de reafirmación corporativa por parte de esa minoría de quienes redactaron la modificación, que obviamente no representa a la gran mayoría de médicos psiquiatras que, desde hace décadas, integran equipos interdisciplinarios sin conflicto alguno con el resto. Son sectores que buscan sostener un poder simbólico a través de la ley. En lugar de imponer jerarquías forzadas por vía legislativa, sería más pertinente abordar los problemas reales que atraviesan los psiquiatras: condiciones laborales precarias, bajos salarios y falta de incentivos para la formación, en un contexto donde la escasez de psiquiatras es un dato conocido y preocupante en todo el país.

3. Invoca las incumbencias profesionales y se las quita a los psicólogos

Este es el punto donde la contradicción es jurídicamente más grave, porque no enfrenta al proyecto consigo mismo sino con todo el ordenamiento vigente.

La Ley 26.657 exige hoy que, en toda internación, una de las dos firmas sea “necesariamente psicólogo o médico psiquiatra” (art. 16, inc. a) y que, en la internación involuntaria, uno de los dos profesionales de diferentes disciplinas sea “psicólogo o médico psiquiatra” (art. 20, inc. a). El proyecto del gobierno elimina al psicólogo de ambos artículos y lo reemplaza por “médico preferentemente psiquiatra o médico con formación en salud mental” (arts. 12 y 15 del proyecto).

El resultado es una asimetría que no admite justificación técnica: un médico sin especialidad alguna en psiquiatría (con una “formación en salud mental”) que el proyecto no define en horas, contenidos, título ni acreditación, queda habilitado para determinar la existencia de riesgo grave y firmar una privación de libertad; un psicólogo con licenciatura, residencia y posgrado en psicopatología, evaluación y salud mental, no. La distinción no responde a la idoneidad. Responde a resistir un poder de índole corporativo.

Y colisiona frontalmente con la Ley 23.277 de Ejercicio Profesional de la Psicología, cuyo artículo 8º, inciso a), establece que los psicólogos están OBLIGADOS a “aconsejar la internación en establecimiento público o privado de aquellas personas que atiendan y que por los trastornos de su conducta signifiquen peligro para sí o para terceros; así como su posterior externación”. Se configura así una antinomia: una ley obliga al psicólogo a aconsejar la internación y otra le impide firmarla. Todo ello mientras el artículo 7º del propio proyecto invoca solemnemente “el alcance de las incumbencias profesionales de cada disciplina”.

La contradicción se vuelve casi confesional en el artículo 18 del proyecto (nuevo art. 23), que incorpora una frase inexistente en la versión de abril: “En el marco de sus competencias, el psicólogo, integrante del equipo interdisciplinario, podrá intervenir en la evaluación y efectivización del alta”. El proyecto reconoce expresamente que el psicólogo es idóneo para evaluar el estado de una persona internada y para determinar que la situación de riesgo grave ha cesado. Es exactamente la misma operación clínica que se le prohíbe realizar para constatar que el riesgo existe. Si es competente para decidir que el riesgo cesó, lo es para decidir que está presente. No hay fundamento clínico ni jurídico posible para esa distinción: hay una distribución corporativa del poder. Nótese, además, el modo verbal elegido: el psicólogo «PODRÁ» intervenir. Es una autorización potestativa, no una competencia reconocida, frente al carácter imperativo con que se establece la firma médica obligatoria.

4. Da poder a médicos sin especialidad y releva a quienes sí tienen formación en salud mental

El proyecto habilita a firmar internaciones (voluntarias e involuntarias) a “médicos con formación en salud mental” (arts. 12 y 15 del proyecto) y a prescribir psicofármacos a médicos “preferentemente psiquiatras” (art. 9º del proyecto). En ambos casos, el requisito de especialidad se relaja. Simultáneamente, excluye de esas decisiones a los psicólogos, que cursan una formación de grado íntegramente centrada en psicopatología, evaluación psicodiagnóstica, clínica y salud mental, y que en su mayoría acreditan residencias y posgrados específicos.

El nuevo artículo 20 ter lleva esta lógica a su conclusión más visible. Prevé que cuando haya un solo profesional de la medicina disponible, ese médico (que puede no ser psiquiatra) internará por sí solo, y la revalidación por equipo interdisciplinario podrá demorarse hasta cuarenta y ocho horas: el doble del plazo que preveía la versión de abril. En un servicio donde haya un médico clínico y tres psicólogos especialistas en salud mental, la ley obligará al médico clínico a decidir en soledad. No es una hipótesis de laboratorio: es el escenario cotidiano de buena parte del sistema público argentino.

El artículo expone así a médicos sin conocimientos específicos en salud mental a tomar decisiones para las que no están preparados, perjudicándolos también a ellos, al dejarlos en soledad decisoria y sobrecargados de responsabilidad, mientras aparta a quienes sí tienen esa formación. Y contempla la excepción del médico único, pero omite por completo qué sucede donde no hay ninguno, situación frecuente en amplias regiones del país y estructural en varias provincias.

La teleconsulta sincrónica, incorporada en esta versión, confirma la ideología de este proyecto. Su inclusión es una admisión oficial de que la exigencia de psiquiatra es inaplicable en buena parte del territorio nacional. Frente a esa constatación, el proyecto elige la solución menos razonable: en lugar de reconocer la idoneidad de los profesionales de salud mental efectivamente presentes en el lugar, los subordina a un profesional remoto que no examina a la persona. Se sustituye la evaluación presencial e interdisciplinaria por una validación a distancia, jerárquica y formal, sin que el texto precise cómo se registra, quién asume la responsabilidad ni qué ocurre cuando no hay conectividad.

Los estándares internacionales recomiendan exactamente lo contrario. La OMS promueve el «task sharing» (la distribución de tareas entre distintos perfiles profesionales) como respuesta a la escasez de especialistas (Informe mundial sobre salud mental, 2022; Orientaciones sobre servicios comunitarios de salud mental, 2021). La Guía OMS/ACNUDH (2023) advierte específicamente contra las legislaciones que concentran el poder decisorio en una única profesión. El Relator Especial de la ONU sobre el derecho a la salud identificó los “desequilibrios de poder” entre disciplinas como uno de los tres obstáculos estructurales para una atención en salud mental basada en derechos (A/HRC/35/21, 2017).

5. Le quita la voz a los usuarios en una ley que está hecha para ellos

El artículo 28 del proyecto elimina a las “asociaciones de usuarios” de la composición del Órgano de Revisión, dejando únicamente a las “asociaciones de familiares”. Elimina asimismo a las “organizaciones no gubernamentales abocadas a la defensa de los derechos humanos” y las reemplaza por organizaciones “dedicadas a la temática de la Salud Mental”. Y degrada la representación estatal de derechos humanos, que pasa de la Secretaría de Derechos Humanos de la Nación a una Subsecretaría dependiente del Ministerio de Justicia.

El Órgano de Revisión no es un consejo consultivo: es el organismo que controla las internaciones y el respeto de los derechos de las personas usuarias, y su existencia emana de estándares internacionales. Excluir de él a sus destinatarios directos es privar del control a quienes son el objeto del control. La exclusión de las personas usuarias reviste una gravedad inusitada, ya que son las principales

protagonistas del sistema: demuestra que el proyecto no solo restringe derechos y limita el acceso a la salud mental, sino que además las excluye explícitamente, impidiéndoles participar como lo vienen haciendo desde hace más de quince años.

El reemplazo de las organizaciones de derechos humanos por organizaciones “de la temática en salud mental” tampoco es solo una precisión terminológica: es un cambio de paradigma. El Órgano de Revisión deja de tener una mirada externa de derechos humanos y pasa a estar integrado exclusivamente por actores del propio campo sanitario. Se pierde precisamente la perspectiva que justifica su existencia.

La contradicción con el resto del proyecto es directa. El artículo 27 (nuevo art. 36) conserva sin modificación la exigencia de “mecanismos claros y eficientes de participación comunitaria, en particular de organizaciones de usuarios y familiares”. El proyecto reconoce entonces que las organizaciones de usuarios deben participar del diseño de la política pública, y simultáneamente las elimina del organismo que controla su cumplimiento. Se les concede voz para opinar y se les quita voz para controlar. Y en el artículo 21 (nuevo art. 23 quater) crea un catálogo completo de derechos para los familiares: información, orientación, apoyo, y el derecho a “ser escuchados en cada etapa significativa del proceso de atención”, sin correlato equivalente para las propias personas usuarias.

Este punto es, además, el que compromete de manera más nítida la responsabilidad internacional del Estado. Los artículos 4.3 y 33.3 de la CDPD (tratado con jerarquía constitucional por Ley 27.044) obligan a incluir a las personas con discapacidad, a través de las organizaciones que las representan, tanto en la elaboración de la legislación como en los mecanismos de supervisión. La Observación General N° 7 (2018) del Comité CDPD es explícita: las organizaciones de personas con discapacidad no pueden ser sustituidas por organizaciones de familiares ni por organizaciones de profesionales. El Principio 17 de los Principios de Naciones Unidas de 1991 (único instrumento que el propio proyecto conserva en su artículo 2°) exige que el órgano de revisión sea judicial o de otro tipo, pero independiente e imparcial. Hoy, más que nunca, corresponde decir: “Nada de nosotros sin nosotros”.

6. Prohíbe los manicomios en el mismo artículo en que los habilita

El artículo 25 del proyecto (nuevo art. 28) autoriza expresamente que las internaciones de salud mental se realicen “en hospitales especializados en psiquiatría y salud mental y en instituciones con internación especializadas en psiquiatría y salud mental, sean públicos o privados”. Dos párrafos más abajo, en el mismo artículo, declara: “Queda prohibida la creación de manicomios y toda práctica manicomial”.

Un “hospital especializado en psiquiatría” y una “institución con internación especializada en psiquiatría” son, en la definición de la Ley 26.657 vigente, instituciones de internación monovalentes: exactamente aquello que el artículo 27 hoy prohíbe crear y manda sustituir. El proyecto las autoriza y a continuación prohíbe “los manicomios”, palabra que ningún establecimiento utiliza para designarse a sí mismo, y “toda práctica manicomial”, concepto sin definición legal ni consecuencia jurídica prevista. Se prohíbe el nombre y se habilita la cosa.

Simultáneamente, el artículo 24 del proyecto elimina del artículo 27 vigente la obligación de que las instituciones monovalentes existentes se adapten “hasta su sustitución definitiva por los dispositivos alternativos”. Esa cláusula es el corazón del proceso de desmanicomialización: fija un horizonte de fin del manicomio. Y el artículo 2° del proyecto elimina precisamente los instrumentos internacionales (la Declaración de Caracas y los Principios de Brasilia) que mandan sustituir el hospital psiquiátrico por dispositivos comunitarios.

7. Reforma el Código Civil y Comercial sin decirlo

Los artículos 31, 32 y 33 del proyecto, que no figuraban en la versión de abril, modifican los artículos 41, 42 y 59 del Código Civil y Comercial de la Nación. Los dos primeros trasladan al Código de fondo los mismos cambios de umbral introducidos en la ley especial, blindando el nuevo estándar en todo el ordenamiento. El tercero excede por completo el objeto declarado del proyecto.

El artículo 59 del Código Civil y Comercial no regula la salud mental: regula el consentimiento informado para todos los actos terapéuticos e investigaciones en salud, respecto de todas las personas. El proyecto modifica el párrafo que regula el consentimiento por representación, es decir, la frontera exacta entre la autonomía y la sustitución. El texto vigente exige que “medie situación de emergencia con riesgo cierto e inminente de un mal grave para su vida o su salud”: cuatro requisitos acumulativos. El proyecto los reduce a uno: “situación de riesgo grave de daño para su vida o integridad física”. Desaparecen la emergencia, la certeza y la inminencia, y el bien protegido se reduce de la salud a la integridad física.

Es la ampliación más significativa del consentimiento sustituido en el derecho argentino desde la sanción del Código, y alcanza a toda persona internada, anestesiada o transitoriamente inconsciente, tenga o no padecimiento mental. Una modificación de este alcance, introducida dentro de una reforma de la Ley de Salud Mental, debería ser objeto de un debate autónomo. Va, además, en dirección exactamente contraria al artículo 12 de la CDPD y a la Observación General N° 1 (2014), que exigen la abolición de los regímenes de sustitución en la toma de decisiones, y a lo resuelto por la Corte IDH en «Guachalá Chimbo vs. Ecuador» (2021).

8. Corre al Estado y responsabiliza a las familias

El nuevo artículo 23 ter dispone que la asistencia financiera o la manutención económica de un paciente “no eximen al representante legal, cónyuge, conviviente, padres o hijos del cumplimiento integral del deber de cuidado”, y les impone la obligación de presentarse al momento del alta. Mientras tanto, el artículo 8° del proyecto elimina de la lista de dispositivos del artículo 11 las cooperativas de trabajo, los emprendimientos sociales, los hogares y familias sustitutas y, de manera particularmente incoherente, el “apoyo a las personas y grupos familiares y comunitarios”.

El Estado se retira, recorta la red que debería sostener los cuidados y simultáneamente obliga a las familias a hacerse cargo de lo que debería garantizar como política pública. La salvaguarda que el proyecto agrega en esta versión, “sin perjuicio de la obligación de la autoridad competente de garantizar los apoyos y dispositivos comunitarios”, es una cláusula interpretativa sin procedimiento, plazo ni consecuencia, y no responde la pregunta más importante y práctica: si no hay familia, ¿quién firma? El artículo no lo dice, y en la práctica la persona no sale.

Pero, además, ¿Y si la familia no cuenta con los medios? ¿Y si no acude al momento del alta? ¿Cuál sería la pena? Más allá de su imposibilidad práctica, ninguna familia puede ser obligada a prevenir situaciones de riesgo que muchas veces son impredecibles, ni una

firma puede garantizar el cuidado si no se cuenta con las herramientas necesarias. Resulta mucho más efectivo fortalecer los recursos profesionales, los apoyos a las familias y la capacitación de los equipos para acompañarlas, tal como ya prevé la ley vigente, que es mucho más económico que mantener hospitales psiquiátricos.

La presunción de peligrosidad que el proyecto reinstala, y que la incorporación de las Reglas Nelson Mandela en el artículo 2° vuelve explícita al tomar el régimen penitenciario como marco orientador de la política de salud mental, además de sorprendente, desconoce que la gran mayoría de los hechos de violencia y de los delitos no son cometidos por personas con padecimiento mental sino que, por el contrario, en la mayoría de los casos ellas mismas son las víctimas.

9. El problema que el proyecto dice resolver no es un problema legal

La reforma se presenta como la solución a una dificultad real: la de las familias que no logran internar a un familiar en crisis. Esa dificultad existe. Pero su causa no es la ley.

Bajo la ley vigente se realizan internaciones involuntarias todos los días en todo el país. Según informó el Órgano de Revisión, solo en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, durante 2025, se registraron 6.349 internaciones involuntarias. La supuesta imposibilidad de internar sin consentimiento no existe. Lo que impide internar en casos graves, aun ante el requerimiento de las familias, no son obstáculos legales sino la insuficiencia de camas, de equipos y de dispositivos, y la ausencia de alternativas comunitarias que eviten llegar a la crisis.

El proyecto no asigna un peso para ninguno de esos problemas. Crea obligaciones nuevas y costosas (nuevos hospitales monovalentes, seguimiento judicial con informes cada treinta días durante seis meses, dos dispositivos ambulatorios por establecimiento, teleconsulta sincrónica en todo el territorio) sin previsión presupuestaria, sin plazos y sin transferencias a las provincias, que son quienes deben ejecutarlas.

Una reforma que redistribuye poder y responsabilidad sin asignar recursos no resuelve los problemas que invoca: los traslada. Los traslada del Estado a las familias, del equipo interdisciplinario a una sola profesión, del sistema público al privado y de la política sanitaria al juzgado.

10. Síntesis

Leído en conjunto, el proyecto produce un desplazamiento coherente en cinco direcciones simultáneas:

- **Del sujeto a la enfermedad.** El reemplazo de «padecimiento mental» por «afección o trastorno» restringe el universo protegido y condiciona el derecho al cuidado a la existencia de un diagnóstico (arts. 1, 4, 12, 23 ter, 36 y 31 del proyecto). El artículo 7° conserva la expresión original, con lo que la ley quedaría con dos categorías de destinatarios y sin regla de interpretación entre ellas.
- **De la comunidad a la institución.** Se eliminan los instrumentos internacionales que mandan sustituir el hospital psiquiátrico (art. 2), se recorta la lista de dispositivos comunitarios (art. 8), se suprime la obligación de sustituir las instituciones monovalentes existentes (art. 24) y se las habilita expresamente (art. 25).
- **De la interdisciplina a la jerarquía.** Se impone por ley un integrante obligatorio del equipo (art. 7), se excluye al psicólogo de la decisión de internar (arts. 12 y 15), se elimina la promoción del abordaje interdisciplinario en la prescripción (art. 9) y se introduce el criterio del «mayor grado de incumbencia» para los cargos de conducción (art. 10).
- **De la autonomía a la tutela.** Se relativiza la prohibición de inferir riesgo del diagnóstico (art. 5), se condiciona el retiro de la internación voluntaria (art. 13), se impone tratamiento ambulatorio judicializado post-alta (art. 19), se subordina el egreso a la firma de un familiar (art. 20) y se amplían los supuestos de consentimiento sustituido en el Código Civil y Comercial (art. 33).
- **Del control externo al autocontrol.** Se excluye a los usuarios y a las organizaciones de derechos humanos del Órgano de Revisión (art. 28), se refuerza el peso del Ministerio de Salud, que es el organismo controlado, se deroga la consulta obligatoria a la autoridad de derechos humanos para los estándares de habilitación (art. 30) y se introducen condiciones a las visitas de inspección en lugares de encierro (art. 25).

Ninguno de esos cinco desplazamientos responde a una demanda del campo, a evidencia científica disponible ni a una recomendación de los organismos internacionales de los que la Argentina es parte. Los cinco van en dirección contraria a la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, que tiene jerarquía constitucional; a las Directrices del Comité CDPD sobre el artículo 14 (2015) y sobre desinstitucionalización (CRPD/C/5, 2022); a las Orientaciones de la OMS sobre servicios comunitarios de salud mental (2021); a la Guía OMS/ACNUDH sobre salud mental, derechos humanos y legislación (2023); al Plan de acción integral sobre salud mental 2013-2030 de la OMS; al Informe de la Comisión de Alto Nivel de la OPS «Un nuevo programa para la salud mental en las Américas» (2023); y a la jurisprudencia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos en «Ximenes Lopes vs. Brasil» (2006) y «Guachalá Chimbo vs. Ecuador» (2021).

La Ley 26.657 no necesita ser reemplazada: necesita ser implementada. Requiere presupuesto —el diez por ciento que su artículo 32 fija y que nunca se cumplió—, Órganos de Revisión en todas las provincias, dispositivos comunitarios efectivamente creados, camas en hospitales generales, equipos completos y condiciones laborales dignas para todos los trabajadores del campo, psiquiatras incluidos. Ninguna de esas carencias se corrige quitándole incumbencias a una profesión, autonomía a los pacientes y voz a los usuarios.

«Nada de nosotros sin nosotros».

Naciones Unidas — Sistema de tratados

- Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD), ONU, 2006. Aprobada por Ley 26.378; jerarquía constitucional por Ley 27.044. Especialmente arts. 4.3, 12, 14, 19, 22, 25, 27, 31 y 33.
- Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, Observación General N° 1 (2014) sobre el artículo 12 — igual reconocimiento como persona ante la ley.
- Comité CDPD, Directrices sobre el artículo 14 — derecho a la libertad y la seguridad de las personas con discapacidad (2015).
- Comité CDPD, Observación General N° 5 (2017) sobre el artículo 19 — derecho a vivir de forma independiente y a ser incluido en la comunidad.
- Comité CDPD, Observación General N° 7 (2018) sobre la participación de las personas con discapacidad y las organizaciones que las representan.
- Comité CDPD, Directrices sobre la desinstitutionalización, incluso en situaciones de emergencia, CRPD/C/5 (2022).
- Comité CDPD, Observaciones finales sobre la Argentina, CRPD/C/ARG/CO/1 (2012).
- Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, art. 12. Comité DESC, Observación General N° 3 (1990), párr. 9 — prohibición de regresividad— y Observación General N° 14 (2000) sobre el derecho al más alto nivel posible de salud.
- Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, art. 9. Comité de Derechos Humanos, Observación General N° 35 (2014) sobre libertad y seguridad personales, párrs. 15 a 19.
- Convención sobre los Derechos del Niño, arts. 3, 12, 24, 33 y 37. Comité de los Derechos del Niño, Observación General N° 20 (2016).
- Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental, Res. AG 46/119 (1991), en particular el Principio 17.
- Reglas Mínimas de las Naciones Unidas para el Tratamiento de los Reclusos (Reglas Nelson Mandela), Res. AG 70/175 (2015), Reglas 109 y 110.
- Protocolo Facultativo de la Convención contra la Tortura (OPCAT), arts. 4, 19 y 20.
- Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, informes A/HRC/35/21 (2017) y A/HRC/44/48 (2020).

Organización Mundial de la Salud / OPS

- OMS y ACNUDH, «Salud mental, derechos humanos y legislación: orientaciones y práctica» (2023).
- OMS, «Orientaciones sobre servicios comunitarios de salud mental: promover enfoques centrados en las personas y basados en los derechos» (2021).
- OMS, «Informe mundial sobre salud mental: transformar la salud mental para todos» (2022).
- OMS, Plan de acción integral sobre salud mental 2013-2030.
- OMS y ONUDD, Normas internacionales para el tratamiento de trastornos por consumo de drogas (2020).
- OPS/OMS, Declaración de Caracas para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica dentro de los Sistemas Locales de Salud (1990).
- OPS/OMS, Principios de Brasilia Rectores para el Desarrollo de la Atención en Salud Mental en las Américas.
- OPS, «Un nuevo programa para la salud mental en las Américas» — Informe de la Comisión de Alto Nivel sobre Salud Mental y COVID-19 (2023).

Sistema Interamericano

- Convención Americana sobre Derechos Humanos, arts. 5, 7, 11 y 25.
- Corte IDH, «Ximenes Lopes vs. Brasil», sentencia del 4 de julio de 2006 — deber estatal de regular y fiscalizar la atención en salud mental, incluida la prestada por entidades privadas; posición especial de garante.
- Corte IDH, «Guachalá Chimbo y otros vs. Ecuador», sentencia del 26 de marzo de 2021 — consentimiento informado, sistema de apoyos y no discriminación por discapacidad.

Normativa nacional citada

- Ley 26.657, Ley Nacional de Salud Mental, y su Decreto Reglamentario 603/13.
- Ley 23.277, Ejercicio Profesional de la Psicología — art. 8°, inc. a): obligación del psicólogo de aconsejar la internación y la posterior externación.
- Ley 26.994, Código Civil y Comercial de la Nación — arts. 31 a 43 y 59.
- Ley 26.529, Derechos del Paciente, Historia Clínica y Consentimiento Informado.
- Ley 25.326, Protección de los Datos Personales.
- Ley 26.827, Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura.
- Ley 26.061, Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes.
- Ley 23.592, Actos Discriminatorios.