

## ANÁLISIS DEL PROYECTO DE MODIFICACIÓN DE LA LEY NACIONAL DE SALUD MENTAL ENVIADO POR EL GOBIERNO

En la primera columna figura el texto original de la ley vigente, marcado en verde lo que se elimina o modifica en el proyecto del gobierno. En la segunda columna figura cómo quedaría redactado cada artículo según la propuesta del gobierno. En rojo figura lo que el gobierno agrega o modifica. En la tercera columna el comentario crítico.

Buenos Aires, 23 de abril de 2026 — 16 hs.

<b>LEY VIGENTE</b> Ley 26.657 — Texto actual	<b>PROYECTO DEL GOBIERNO</b> Artículo según proyecto de reforma 2026	<b>COMENTARIO CRÍTICO</b> Análisis del cambio propuesto
---	---	--

### Art. 1° — Objeto de la ley

<p>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 <b>padecimiento mental</b> 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.</p>	<p>ARTÍCULO 1°.- La presente ley tiene por objeto asegurar el derecho a la protección de la salud mental de todas las personas, <b>implementar acciones de prevención, promoción, tratamiento, rehabilitación, recuperación e inclusión comunitaria en salud mental</b>, y garantizar el pleno goce de los derechos humanos de aquellas que presenten <b>cualquier tipo de afección o trastorno mental</b> 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.</p>	<p><b>RESTRINGE EL UNIVERSO DE PERSONAS PROTEGIDAS POR LA LEY</b></p> <p>El texto propuesto incorpora una enumeración más amplia de acciones: prevención, promoción, tratamiento, rehabilitación, recuperación e inclusión comunitaria. En apariencia, esto fortalece el enfoque integral. Sin embargo, esta ampliación es más declarativa que necesaria: muchas de estas acciones ya están desarrolladas con mayor precisión en otros artículos de la ley vigente. Por lo tanto, no constituye ningún beneficio normativo, sino más bien una <b>redundancia discursiva</b>, para luego imponer una lógica contraria al espíritu de la ley. El punto más crítico es el cambio del concepto de <b>"padecimiento mental"</b> que se trata de una categoría clínica amplia (que incluye el trastorno mental), coherente con un enfoque de derechos, que permite incluir el sufrimiento psíquico en su complejidad, sin reducirlo a un diagnóstico. El proyecto, en cambio, reemplaza esta noción por <b>"afección o trastorno mental"</b>. Este cambio introduce una lógica más restrictiva, que en la práctica implica una reducción del universo de personas con derecho a ser alcanzadas por la ley. <b>Es un corrimiento desde un enfoque centrado en el sujeto y sus derechos hacia uno más centrado en la enfermedad.</b> El derecho al cuidado deja de estar basado en el sufrimiento o la necesidad, para depender de un <b>Diagnóstico clínico</b>. Quienes no presenten un "trastorno" podrían no tener derecho de acceso al sistema de salud mental en Obras sociales, Prepagas ni en el sistema público.</p>
---	--	---

**Art. 2° — Instrumentos internacionales**

Art. 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.

ARTICULO 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 46/119 del 17 de diciembre de 1991, se considerarán un instrumento de **orientación** para la planificación de políticas públicas".

**ELIMINAN DOCUMENTOS E INSTRUMENTOS INTERNACIONALES**

En esta modificación se **eliminan documentos e instrumentos internacionales que Argentina firmó** y se comprometió a cumplirlos. Casualmente, esos documentos son aquellos que afirman que se debe avanzar en abordajes comunitarios y que cuando sea necesaria una internación se realice en hospitales generales. Deliberadamente deja únicamente los Principios de la ONU, pero **les rebaja su jerarquía a "instrumento de orientación"**, por lo que los deja como instrumentos **decorativos**, cuando su aplicación actualmente es obligatoria. Es decir, **dejan de ser parte integrante para pasar a ser meramente orientativos**. La **Declaración de Caracas y Declaración de Brasilia** (eliminadas en el proyecto) son claras: plantean que el **modelo centrado en hospitales psiquiátricos no permite alcanzar una atención adecuada** y debe ser reemplazado por alternativas comunitarias, y cuando sea necesaria la internación se deben realizar en Hospitales Generales.

**Art. 3° — Reconocimiento de la salud mental**

Art. 3°.- En el marco de la presente ley se reconoce a la salud mental, como un proceso determinado por componentes históricos, socioeconómicos, 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, socioeconómico, 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: Estatus político, socio-económico, pertenencia a un grupo cultural, racial o religioso; 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; 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.

**INCORPORA UN LENGUAJE DESDE LA LÓGICA ASISTENCIAL**

A primera vista, el texto de la reforma parece mantener la estructura del artículo vigente con modificaciones menores. Sin embargo, un análisis más detenido permite advertir cambios sutiles pero significativos en el enfoque.

La incorporación, **inexplicable e incoherente**, de la frase **"...y de diversas modalidades de abordaje y tratamiento"** introduce un lenguaje más cercano a una **lógica asistencial** y terapéutica. La ley vigente, sin desconocer esos aspectos, pone el acento en la salud mental como una construcción social, vinculada a derechos, a la prevención y a la autonomía.

Este agregado **evidencia una falta de comprensión** del sentido del artículo: aquí se busca jerarquizar **los determinantes sociales de la salud** y definir qué se entiende por salud mental en el marco de la ley, no describir modalidades de intervención. Por ello, resulta innecesario y fuera de lugar, ya que confunde el plano conceptual con el de los dispositivos de abordaje.

**Art. 4° — Adicciones**

Art. 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°.- Las adicciones deben ser abordadas como parte integrante de las políticas de salud mental. El **uso, abuso o adicción** al consumo de sustancias o drogas -legales o ilegales- 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.

**RETROCESO EN EL ABORDAJE DE LAS ADICCIONES**

Se introduce un cambio de enfoque: de "uso problemático" a "uso, abuso o adicción". El concepto de uso problemático permite un abordaje amplio, flexible y contextual, mientras la nueva redacción fragmenta y **reintroduce categorías innecesariamente rígidas, anticuadas y sin ningún criterio clínico**. Se pasa de un enfoque centrado en la relación de la persona con su consumo a uno más centrado en clasificaciones rígidas patologizantes, debilitando la comprensión social, cultural, política y contextual del consumo y refuerza la exclusión de la personas con problemáticas de consumo del sistema sanitario, ya que la autoridad de aplicación determinará (seguramente en la reglamentación) dispositivos por fuera de sistema de salud, como antes de 2010. Además incorpora **tratamientos "según momentos del consumo"**, un **enfoque retrógrado y que toma a los pacientes como máquinas, sin respeto por la singularidad, su historia, centrando el abordaje en "etapas" "fases", sin ningún fundamentos científicos**.

**Art. 5° — Diagnóstico y capacidad**

Art. 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.

**EL DIAGNÓSTICO PODRÍA SER MOTIVO DE RESTRICCIÓN DE CAPACIDAD**

El texto de la ley actual es muy claro: Prohíbe cualquier inferencia automática entre diagnóstico y riesgo o incapacidad y establece un límite claro frente a prácticas estigmatizantes. En cambio, el proyecto del gobierno introduce una fórmula más ambigua, ya que se incluye la frase: **"no implica necesariamente"**. Es decir, deja abierta la posibilidad de que, en ciertos casos, el diagnóstico sí pueda ser utilizado como base para presumir riesgo. Se pasa de una **prohibición absoluta** a una **advertencia relativa**.

**Art. 8° — Equipo interdisciplinario**

Art. 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.

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, de acuerdo a las particularidades propias de la población y a los efectos de las evaluaciones interdisciplinarias que se requieran.

**ATACA EL ESPÍRITU DEL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO**

**Agregan disposiciones redundantes** que no mejoran la práctica, pero sí revelan una necesidad de reafirmación corporativa de quienes redactaron esta modificación que, obviamente, **no representa a la gran mayoría de médicos psiquiatras**, que desde hace décadas integran equipos interdisciplinarios sin conflictos, sino que representa a sectores que buscan sostener un poder simbólico a través de esta ley. En lugar de tratar de imponer **jerarquías forzadas** en la ley, sería más pertinente abordar los problemas reales de los psiquiatras: condiciones laborales precarias, bajos salarios y la falta de incentivos para la formación, en un contexto donde la **escasez de médicos psiquiatras** es un dato conocido y preocupante en todo el país. En la propuesta, la segunda enumeración de los profesionales **no agrega a médico psiquiatra**, lo nombra solo como "médico". No queda clara la razón.

**Art. 11° — Dispositivos comunitarios**

Art. 11°.- La Autoridad de Aplicación debe promover que las autoridades de salud de cada jurisdicción, en coordinación con las áreas de educación, desarrollo social, trabajo y otras que correspondan, implementen acciones de inclusión social, laboral y de atención en salud mental comunitaria. Se debe promover el desarrollo de dispositivos tales como: **consultas ambulatorias; servicios de inclusión social y laboral para personas después del alta institucional; atención domiciliaria supervisada y apoyo a las personas y grupos familiares y comunitarios; servicios para la promoción y prevención en salud mental, así como otras prestaciones tales como casas de convivencia, hospitales de día, cooperativas de trabajo, centros de capacitación sociolaboral, emprendimientos sociales, hogares y familias sustitutas.**

ARTÍCULO 11°.- La Autoridad de Aplicación debe promover que las autoridades de salud de cada jurisdicción, en coordinación con las áreas de educación, desarrollo social, trabajo y otras que correspondan, implementen acciones de inclusión social, laboral y de atención en salud mental comunitaria, como así también promover el desarrollo de dispositivos comunitarios y socio-laborales mediante la conformación de una red de servicios integrados en la comunidad. **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.

**ELIMINA LA LISTA DE DISPOSITIVOS MÍNIMOS NECESARIOS PARA IMPLEMENTAR LA LEY**

**Elimina de la ley la nómina de dispositivos concretos.** Eso no es cambio ingenuo, ya que es dejar sin sustento real a la red comunitaria de salud mental, trasladando a la **discrecionalidad administrativa** de turno lo que debería estar garantizado como política pública. Ya **no habrá dispositivos mínimos asegurados por ley** y la red quedará sujeta a decisiones administrativas, cambiantes según gestión. Sin dispositivos definidos, la red puede no desarrollarse o podría desarrollarse de manera desigual según la jurisdicción.

**Art. 13° — Cargos de conducción**

Art. 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.**

**CONFUNDE INCUMBENCIAS PROFESIONALES CON CAPACIDAD DE GESTIÓN**

El artículo propuesto no solo **elimina el derecho a la capacitación** y al cuidado de los trabajadores, sino que introduce, de manera indirecta, una **jerarquización que restringe el acceso a cargos de conducción**, privilegiando a una disciplina por sobre otras. Bajo una formulación aparentemente técnica, reinstala una **lógica corporativa (propia de quienes están detrás de la redacción del proyecto)** que contradice el principio de igualdad profesional y debilita el enfoque interdisciplinario, sugiriendo que el "**mayor grado de incumbencia**" se concentra en una sola profesión.

**Art. 14° — La internación como recurso**

Art. 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 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.

**DILUYE EL CARÁCTER DE ÚLTIMA INSTANCIA DE LA INTERNACIÓN Y PROFUNDIZA DESIGUALDADES**

El reemplazo de "recurso restrictivo" por "recurso excepcional" resulta confuso y problemático. Por un lado, diluye el carácter de última instancia de la internación y debilita el principio de restricción consagrado en los instrumentos internacionales de derechos humanos, abriendo la puerta a interpretaciones más flexibles sobre su indicación. Por otro, este artículo **profundizará desigualdades**: en un sector público desfinanciado, la internación tendería a limitarse por falta de recursos, mientras que en el sector privado quedaría condicionada a la capacidad económica de cada familia. Si puede pagar, se interna; si no, se evitará por ser un recurso "excepcional".

**Art. 16° — Requisitos de internación**

Art. 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 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.

ARTÍCULO 16°.- Toda disposición de internación, dentro de las CUARENTA Y OCHO (48) horas, debe cumplir con los siguientes requisitos: a) Evaluación, diagnóstico interdisciplinario e integral y motivos que justifican la internación, con la firma de al menos DOS (2) profesionales del servicio asistencial donde se realice la internación, **UNO (1) de los cuales debe ser necesariamente médico psiquiatra**; 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 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.

**DIFICULTA Y BUROCRATIZA LAS INTERNACIONES, PERJUDICA AL PACIENTE Y A LOS PSIQUIATRAS**

La exigencia de que una de las firmas sea exclusivamente de **un médico psiquiatra** no fortalece el proceso de internación: se convierte en **una barrera** de acceso en muchos contextos del país donde estos profesionales escasean y, fundamentalmente, en lugares que sí haya, **los coloca en una posición de aislamiento, de sobrecarga y responsabilidad que el propio modelo de salud mental busca superar**. Lejos de jerarquizar su rol, **los deja en soledad decisoria, imponiendo una lógica de poder que termina perjudicando a los propios psiquiatras**. En este punto, es necesario reafirmar que la falta de psiquiatras en nuestro país, es cada vez más alarmante, por lo cual, la obligatoriedad de que una de las firmas deba ser la de médico psiquiatra, imposibilitará o retrasará numerosas internaciones en lugares donde no hay psiquiatras (y a veces ni un médico) a 500 km a la redonda, e, incluso, hay provincias en las que, casi, no existen. **Es decir, en este artículo se perjudica al psiquiatra, pero también a la persona que necesita una internación urgente.**

**Art. 18° — Internación voluntaria**

Art. 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 establecidas 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 podrá en cualquier momento decidir por sí misma el abandono de la internación. **Sin perjuicio de ello, el equipo de salud deberá evaluar previo al alta si el paciente presenta su capacidad judicativa alterada y, en caso de mantenerse una situación de riesgo grave para sí o para terceros, se debe proceder de conformidad a los artículos 16 a 21 de la presente ley.** 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 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 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.

**DIFICULTA LAS INTERNACIONES INVOLUNTARIAS PARA LOS SECTORES MÁS VULNERABLES**

La incorporación del criterio de "riesgo grave" no aporta claridad, sino que introduce **ambigüedad** y restringe la capacidad de intervención, pudiendo dejar por fuera situaciones de riesgo moderado o subjetivo que en muchos casos pueden requerir internación. En lugar de mejorar la práctica, instala **un umbral arbitrario** que debilita la prevención y desconoce que el riesgo, en cualquiera de sus niveles, debe evaluarse siempre en contexto. A diferencia de la ley vigente, que habilita la internación involuntaria ante "situaciones de riesgo" para sí o para terceros, el proyecto la limita únicamente a los casos de "riesgo grave", reduciendo así el alcance de la intervención y **aumentando el riesgo de desatención**. Claramente habrá dos criterios, uno para el sistema público de salud, y otro para el privado.

**Art. 20° — Internación involuntaria**

Art. 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 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.

ARTÍCULO 20°.- La internación involuntaria de una persona debe concebirse como recurso terapéutico excepcional en caso de que no sean posibles los abordajes ambulatorios, y sólo podrá realizarse cuando mediare una situación de **riesgo grave de daño para la vida o la integridad física** de sí misma o de terceros, la que deberá ser evaluada por el equipo interdisciplinario. 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, debiéndose considerar, de existir, la ocurrencia previa de un hecho o de ideación manifiesta, daños para sí o para terceros. Asimismo, **se deberá evaluar la previsible evolución si no mediare el tratamiento de internación necesario**, debido y oportuno, como así también las consecuencias disvaliosas que pudiera ocasionar si el mismo no se efectivizara de conformidad a lo dispuesto por el artículo 7°, inciso d) de la presente ley. Se excluyen los riesgos derivados de actitudes o conductas que no estén condicionadas por una afección o trastorno de salud mental.

**RESTRINGE LAS INTERNACIONES INVOLUNTARIAS EN SITUACIONES DE RIESGO**

La incorporación de la situación de **riesgo grave de daño para la vida o la integridad física** en la internación involuntaria restringe las causales de internación. Mientras la ley vigente exige la presencia de "**riesgo cierto e inminente**" para sí o para terceros, el proyecto lo reemplaza por el concepto ambiguo de "**riesgo grave de daño para la vida o la integridad física**", acotando así el campo de intervención en algunos casos (sector público), pero en otros lo flexibiliza (sector privado). La incorporación del llamado "**criterio situacional**" resulta redundante, ya que figura claramente en la ley actual, cuando habla de "**situación de riesgo cierto...**" y además, es obvia en cualquier evaluación clínica. Lejos de clarificar, introduce confusión. Lo mismo ocurre con la noción de "**previsibilidad**", que no define con precisión si se trata de certeza o probabilidad. En este marco, surgen interrogantes relevantes: ¿quedarán por fuera las situaciones de riesgo moderado? ¿Qué ocurrirá con los riesgos subjetivos o no claramente vinculados a la integridad física? En definitiva, este artículo limita la capacidad de intervención oportuna, confunde y debilita el enfoque preventivo.

**Art. 20 bis (NUEVO) — Requisitos internación involuntaria**

No hay art. 20 bis.	<p>ARTÍCULO 20 bis.- Para que proceda la internación involuntaria de una persona, además de los requisitos comunes a toda internación, deberá verificarse: a) Dictamen profesional del servicio asistencial que realice la internación. Se debe determinar una <b>situación de riesgo grave de daño para la vida o la integridad física de sí misma o de terceros</b> a que se hace referencia mediante el artículo 20 de la presente ley con la firma de DOS (2) profesionales de diferentes disciplinas, que no tengan relación de parentesco, amistad o vínculos económicos con la persona, <b>UNO (1) de los cuales deberá ser médico psiquiatra</b>. b) Ausencia de otra alternativa eficaz para su tratamiento. c) Informe acerca de las instancias previas implementadas si las hubiera.</p>	<p><b>BUROCRATIZA LAS INTERNACIONES INVOLUNTARIAS Y REFUERZA LA RESTRICCIÓN EN SITUACIONES DE RIESGO</b></p> <p>El nuevo artículo 20 bis <b>refuerza el carácter restrictivo de la internación al exigir "riesgo grave de daño para la vida o la integridad física"</b> y agrega la <b>firma obligatoria de un médico psiquiatra</b>, combinando así una limitación de las causales con una barrera operativa que puede dificultar el acceso a la atención, especialmente en contextos donde estos profesionales escasean. Este artículo desconoce el sistema público de salud y las diferentes jurisdicciones. Está pensado para el sector privado, es decir, para las clínicas psiquiátricas privadas.</p>
---------------------	---	--

**Art. 20 ter (NUEVO) — Único médico disponible**

<p>No hay art. 20 ter.</p>	<p>ARTÍCULO 20 ter.- Para el caso excepcional en que sólo hubiera <b>UN (1) profesional de la medicina</b> al momento de la evaluación clínica en la institución interviniente y se arribase al diagnóstico de <b>riesgo grave de daño para la vida o la integridad</b> física de sí misma o de terceros, se deberá proceder a efectivizar la internación y someter a revalidación por un equipo interdisciplinario especializado en Salud Mental en un plazo máximo de VEINTICUATRO (24) horas, dando cumplimiento a la totalidad de los requisitos y plazos establecidos para las internaciones involuntarias.</p>	<p><b>PERJUDICA AL MÉDICO NO ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA, DIFICULTA LA INTERNACIÓN Y LA BUROCRATIZA</b></p> <p>El nuevo artículo 20 ter evidencia una regulación pensada desde una lógica centralista y poco realista: contempla la excepción de contar con un solo médico (aunque no sea psiquiatra), pero <b>omite qué sucede en contextos</b> donde no hay ninguno, situación frecuente en amplias regiones del país. De este modo, no solo deja vacíos operativos graves, sino que puede traducirse en <b>la imposibilidad concreta de intervenir ante situaciones de riesgo</b>, afectando directamente el acceso a la atención y la protección de derechos. Además tengamos en cuenta que se vuelve a insistir con <b>riesgo grave de daño para la vida o la integridad</b>, pudiendo dejar sin internar personas en situaciones de riesgo grave, pero no para la vida, o aquellos en una situación de riesgo moderado. Un tema importante es que expone a médicos sin conocimientos en salud mental a tomar decisiones para las que no están preparados, más allá de desconocer que los profesionales del campo de la salud mental están mejor preparados que cualquier médico sin conocimientos en la problemática.</p>
----------------------------	--	---

**Art. 21° — Notificación al juez**

Art. 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 un plazo de **VEINTICUATRO (24) horas** al juez competente y al Órgano de Revisión, y deben agregarse a las 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, 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 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.

**DEBILITA LOS MECANISMOS DE CONTROL**

La ampliación del plazo de notificación al juez de 10 a 24 horas **debilita los mecanismos de control y protección de derechos en una instancia crítica**. Junto con los nuevos artículos incluidos en el proyecto, todos más restrictivos, consolida un modelo que no solo limita o flexibiliza (a criterio del médico psiquiatra de turno) las causales de internación, sino que también **reduce la agilidad necesaria y las garantías del proceso** de una persona que estará más tiempo de lo necesario internada.

**Art. 23° — Alta y externación**

Art. 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 art. 34 del Código Penal.

ARTÍCULO 23°.- El alta, externación o permisos de salida son facultad del equipo de salud que no requiere autorización del juez. Debe informarse si se tratase de una internación involuntaria, o voluntaria ya 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 de esta norma, apenas cesa la situación de **riesgo grave de daño para la vida o la integridad física de sí misma o 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 DE LA NACIÓN ARGENTINA.

**CONFUNDE EN LOS CASOS DE INTERNACIÓN Y DE ALTA**

Esta modificación ya fue comentada antes, pero, el reemplazo de "**riesgo cierto e inminente**" por "**riesgo grave de daño para la vida o la integridad física**" también impacta en las condiciones de externación, elevando el umbral para el alta y pudiendo prolongar innecesariamente las internaciones, con el consiguiente riesgo de vulneración de derechos.

## Art. 23 bis (NUEVO) — Medidas protectorias post-alta

No hay art. 23 bis.

ARTÍCULO 23 bis.- **Al momento de determinar el alta de una internación involuntaria**, previa evaluación del paciente, el equipo interdisciplinario **podrá solicitar al juez la adopción de medidas** protectorias de carácter excepcional destinadas a favorecer la continuidad y efectividad del tratamiento en forma ambulatoria, **por un período que no podrá exceder de SEIS (6) meses**. Dichas medidas deberán tener como objeto la protección de la persona, su núcleo familiar y terceros. Una vez autorizadas judicialmente, el equipo tratante deberá informar al juez sobre la evolución del paciente cada TREINTA (30) días hasta la finalización del plazo establecido.

**JUDICIALIZA A LOS PACIENTES DURANTE LAS ALTAS Y HARÁ COLAPSAR EL SISTEMA JUDICIAL**

El artículo 23 bis introduce una indebida judicialización del seguimiento terapéutico por seis meses luego del 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 cuidados, convierte al paciente en objeto de vigilancia una vez cesado el riesgo, haciéndolo, 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** que se realizan, especialmente en clínicas psiquiátricas privadas y en el campo de las adicciones. No es posible que el paciente esté obligado lo que le es impuesto sin tomar en cuenta todas las variables por las que la persona podría abandonar un tratamiento determinado. Además, la disposición resulta contradictoria con el marco nacional e internacional de derechos humanos, porque 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 la ley y los tratados internacionales no autorizan.

## Art. 23 ter (NUEVO) — Responsabilidad familiar

(No existe en la ley vigente.)	<p>ARTÍCULO 23 ter.- La provisión de asistencia financiera y/o la manutención económica a un paciente con una afección o trastorno de salud mental, <b>no exime al representante legal, cónyuge, conviviente, pariente</b> 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. <b>Es obligación del representante legal, cónyuge, conviviente y pariente del paciente internado de forma involuntaria presentarse al momento del alta para formalizar la salida y firmar la documentación pertinente, que deberá adjuntarse al consentimiento del paciente.</b></p>	<p><b>EL ESTADO SE CORRE Y RESPONSABILIZA A LAS FAMILIAS DE LAS NECESIDADES DE TRATAMIENTO DEL PACIENTE Y LAS HACE RESPONSABLE AL MOMENTO DEL ALTA</b></p> <p>El artículo 23 ter penaliza la pobreza y muestra un corrimiento inaceptable de la responsabilidad estatal hacia las familias. Mientras el propio proyecto elimina la lista mínima de dispositivos necesarios de salud mental y deja al Estado sin compromisos concretos de financiamiento a las provincias, <b>pretende trasladar a las familias el deber de sostener los cuidados, acompañamiento, supervisión y contención para evitar situaciones de riesgo para sí o para terceros.</b> Es decir: el Estado se retira, desfinancia el sistema y, al mismo tiempo, obliga a las familias a hacerse cargo de lo que debería garantizar el Estado como política pública, y que la actual ley contempla. Responsabiliza y obliga a las familias a proveer los dispositivos para evitar las situaciones de riesgo para sí o para terceros. ¿Y si la familia no cuenta con los medios? ¿Y la familia no acude al momento del alta? ¿Cuál sería la pena? En la reglamentación se verá este punto.</p>
--------------------------------	--	--

**Art. 27° — Prohibición de manicomios**

Art. 27°.- Queda **prohibida** por la presente ley la creación de nuevos manicomios, neuropsiquiátricos o instituciones de internación monovalentes, **públicos o privados. En el caso de los ya existentes se deben adaptar a los objetivos y principios expuestos**, hasta su sustitución definitiva por los dispositivos alternativos. Esta adaptación y sustitución en ningún caso puede significar reducción de personal ni merma en los derechos adquiridos de los mismos.

ARTÍCULO 27°.- Los establecimientos de salud deberán funcionar conforme a los objetivos y principios expuestos por esta ley, y de acuerdo a las normas complementarias y aclaratorias que establezca la Autoridad de Aplicación.

**HABILITA NUEVOS MANICOMIOS O NEUROPSIQUIÁTRICOS Y NO LOS OBLIGA A ADAPTARSE A LOS PRINCIPIOS DE LA LEY ACTUAL**

La modificación del artículo 27 **elimina una de las definiciones más importantes de la ley vigente: la prohibición de crear nuevos manicomios y la obligación de su sustitución** por dispositivos alternativos. En su lugar, introduce una formulación vaga que remite a normas reglamentarias, abriendo la puerta a la habilitación y continuidad de instituciones monovalentes, sin exigir su adecuación efectiva al modelo comunitario que los estándares internacionales sostienen. En términos concretos, estamos ante un retroceso que desmantela el compromiso con los estándares internacionales de desmanicomialización, la autonomía y la vida en comunidad. La eliminación de la frase "públicos y privados" responde a una clara intención de eximir de responsabilidades al sector privado.

**Art. 28° — Internaciones en hospitales generales**

Art. 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 sólo hecho de tratarse de problemática de salud mental, será considerado acto discriminatorio en los términos de la Ley 23592.

ARTÍCULO 28°.- Las internaciones de salud mental deben realizarse en hospitales generales, **en hospitales especializados en psiquiatría y salud mental y en instituciones con internación especializadas en psiquiatría y salud mental, sean públicos o privados**. Los mismos forman parte de la red sanitaria, debiendo incorporar tanto en su propuesta asistencial como en su estructura edilicia al menos DOS (2) dispositivos ambulatorios de inclusión comunitaria conforme al artículo 11 de la presente ley. El rechazo de la atención de pacientes, ya sea ambulatoria o en internación, por el solo hecho de tratarse de problemática de salud mental, será considerado acto discriminatorio en los términos de la Ley N° 23.592 y sus modificatorias.

**DEBILITA AL HOSPITAL GENERAL PÚBLICO Y REFUERZA A LAS CLÍNICAS PSIQUIÁTRICAS PRIVADAS**

El artículo propuesto desvirtúa el principio central de la ley al habilitar explícitamente las internaciones en instituciones monovalentes, rompiendo con el modelo basado en **internaciones breves en hospitales generales**, cuando la internación sea necesaria. Además, reduce arbitrariamente la complejidad de la red comunitaria a la exigencia mínima de incorporar "dos dispositivos ambulatorios", desconociendo que la salud mental debe organizarse en redes integradas, y no en estructuras aisladas que perpetúan lógicas manicomiales decididas por instituciones monovalentes. El Estado, mientras debilita al sector público, deja la Salud Mental librada a las empresas privadas.

**Art. 34° — Habilitación y supervisión**

<p>Art. 34°.- La autoridad de aplicación debe promover, <b>en consulta</b> 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.</p>	<p>ARTÍCULO 34°.- La Autoridad de Aplicación debe promover el desarrollo de estándares de habilitación y supervisión periódica de los servicios de salud mental públicos y privados. A esos efectos, <b>puede solicitar la colaboración de la Subsecretaría</b> de Derechos Humanos del MINISTERIO DE JUSTICIA y de las distintas jurisdicciones.</p>	<p><b>LOS DERECHOS HUMANOS NO SON NECESARIOS, SON UNA OPCIÓN</b></p> <p>El reemplazo de la consulta obligatoria a la Secretaría de Derechos Humanos por la posibilidad discrecional de "<b>puede solicitar colaboración</b>" debilita los mecanismos de control y el enfoque de derechos, transformando una garantía institucional en <b>una opción</b>, con el consiguiente riesgo de menor supervisión y protección.</p>
--	---	--

**Art. 35° — Censo / Registro de personas internadas**

<p>Art. 35°.- Dentro de los ciento ochenta (180) días corridos de la sanción de la presente Ley, la autoridad de aplicación debe realizar un <b>Censo Nacional</b> 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 años y se debe promover la participación y colaboración de las jurisdicciones para su realización.</p>	<p>ARTÍCULO 35°.- La Autoridad de Aplicación debe mantener un <b>registro actualizado</b> de las personas internadas por motivos de salud mental y consumos problemáticos promoviendo la participación y colaboración de las jurisdicciones para su realización, el cual deberá 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, garantizando la confidencialidad, seguridad y privacidad de la información.</p>	<p><b>SIN FINANCIAMIENTO A LAS PROVINCIAS, NINGUNA MEDIDA ES VIABLE</b></p> <p>¿Cuál será el presupuesto para llevar a cabo esta tarea?</p>
--	--	---

**Art. 36° — Planes de prevención e inserción socio-laboral**

Art. 36°.- La autoridad de aplicación, en coordinación con los Ministerios de Educación, Desarrollo Social y Empleo, Trabajo 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 deberá 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 todo 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 promoverá que las Provincias y la CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES adopten el mismo criterio.

**REFUERZA LA RESTRICCIÓN DEL UNIVERSO DE PERSONAS PROTEGIDAS POR LA LEY**

El reemplazo del concepto amplio de "padecimiento mental" por "**afección o trastorno**" vuelve a restringir el alcance de la política pública, **dejando por fuera el derecho de acceso a la salud mental de múltiples situaciones** de sufrimiento psíquico que no encuadran en un diagnóstico, pero que requieren abordaje. De este modo, se debilita el enfoque integral y se **excluyen de la obligación del Estado, las Obras Sociales y Prepagas, de brindar atención a 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.

**Art. 39° — Composición del Órgano de Revisión**

Art. 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.**

**ELIMINA A USUARIOS Y A ASOCIACIONES DE DERECHOS HUMANOS DEL ÓRGANO DE REVISIÓN**

La modificación del artículo 39 **elimina la participación de los usuarios y la presencia de asociaciones de derechos humanos**, debilitando el carácter plural e independiente del **Órgano de Revisión**. Si tomamos en cuenta la fundamentación presentada junto con la modificación de esta ley, escrita por la Dirección Nacional de Salud Mental, representa una **intervención de hecho del Ministerio de Salud al Órgano de Revisión**, por lo que se vacía su función principal de control, especialmente sobre el propio Ministerio de Salud, y se pierde la voz de quienes deberían estar en el centro de la ley, **los usuarios**, afectando gravemente el enfoque de derechos y la transparencia del sistema. Claramente, los redactores de la ley desconocen los alcances de un Órgano de Revisión. El OR es el organismo que controla las internaciones y los derechos de los pacientes que emana de organismos internacionales. (Principio 17 - Principios para la protección de los enfermos mentales - 1991/ONU) que expresa textualmente que **"el Órgano de Revisión será un órgano judicial independiente e imparcial"**.

**Art. 40° — Funciones del Órgano de Revisión**

Art. 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 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.

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, puede realizar las denuncias pertinentes en caso de irregularidades y eventualmente, apelar las decisiones del juez. d) Controlar que las derivaciones que se realizan fuera del ámbito comunitario cumplan con los requisitos y condiciones establecidos en el artículo 30 de la presente ley. e) Informar a la Autoridad de Aplicación periódicamente sobre las evaluaciones realizadas y proponer las modificaciones pertinentes. f) Requerir la intervención judicial ante situaciones irregulares. g) Realizar recomendaciones a la Autoridad de Aplicación. h) **Promover la creación de comités o comisiones de revisión** en cada una de las jurisdicciones, sosteniendo espacios de intercambio, capacitación y coordinación, a efectos del cumplimiento eficiente de sus funciones; i) Controlar el cumplimiento de la presente ley en lo atinente al resguardo de los derechos humanos de los usuarios del sistema de salud mental. j) **Convocar de manera permanente o transitoria a representantes de otros organismos del Estado**, en acuerdo con la Autoridad de Aplicación. k) Colaborar con la Autoridad de Aplicación en el relevamiento de datos de la situación de las personas internadas.

**EL MINISTERIO DE SALUD Y LA DIRECCIÓN DE SALUD MENTAL DEBILITAN AL ÓRGANO DE REVISIÓN**

El texto propuesto para el Art. 40 **elimina:**

g) La posibilidad de 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.

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 — reemplazándolo por la creación de comités o comisiones de revisión. Debilitando, evidentemente, la formación de OR en todas las provincias.

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

Elimina a los usuarios y a las organizaciones de Derechos Humanos de la conformación del Órgano de Revisión. Y es de esperar, dado la redacción que evidencia la desresponsabilización por parte del Estado y el cambio del espíritu de la ley, que con la reglamentación se modifique la pertenencia del Órgano de Revisión al Ministerio de Salud, es decir, que el Ministerio de Salud, se podría controlar a sí mismo.

**Art. 41° — Convenios de cooperación con las provincias**

<p>CONVENIOS DE COOPERACIÓN CON LAS PROVINCIAS. Art. 41°.- El Estado Nacional debe promover convenios con las jurisdicciones para garantizar el desarrollo de acciones conjuntas tendientes a implementar los principios expuestos en la presente ley. Dichos convenios incluirán: a) Cooperación <b>técnica, económica y financiera de la Nación</b> para la implementación de la presente ley. b) Cooperación para la realización de programas de capacitación permanente de los equipos de salud, con participación de las universidades. c) Asesoramiento para la creación en cada una de las jurisdicciones de áreas específicas para la aplicación de políticas de salud mental, las que actuarán en coordinación con la autoridad de aplicación nacional de la presente ley.</p>	<p>CONVENIOS DE COOPERACIÓN CON LAS PROVINCIAS. ARTÍCULO 41°.- El Estado nacional debe promover convenios con las jurisdicciones para garantizar el desarrollo de acciones conjuntas tendientes a implementar los principios expuestos en la presente ley. Dichos convenios deben incluir: a) <b>Cooperación de la Nación</b> para la implementación de la presente ley; b) Cooperación para la realización de programas de capacitación permanente de los equipos de salud, con participación de las universidades; c) Asesoramiento para la creación en cada una de las jurisdicciones de áreas específicas para la aplicación de políticas de salud mental, las que actuarán en coordinación con la Autoridad de Aplicación de la presente ley.</p>	<p><b>LA ELIMINACIÓN DE LA COOPERACIÓN ECONÓMICA Y FINANCIERA DE LA NACIÓN A LAS PROVINCIAS</b></p> <p>La eliminación explícita, en el inciso a) <b>de la cooperación económica y financiera de la Nación</b> vacía de contenido real la cooperación con las provincias y la implementación de cualquier plan de salud mental, reduciendo el compromiso estatal a una formulación genérica que no garantiza recursos, y <b>debilitando así la posibilidad concreta de implementar las políticas de salud mental</b> en todo el territorio. Esta ley elimina la responsabilidad de financiar los dispositivos para trasladárselo a las familias, como consta en la redacción del art. 23 ter.</p>
---	--	--

**SE DEROGAN:**

**ARTÍCULO 30.-** En todas las disposiciones de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 en las que se menciona la expresión "padecimiento mental", deberá entenderse como "afección o trastorno de salud mental".

**Art. 42.-** Incorporárase como art. 152 ter del Código Civil "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 años y deberán especificar las funciones y actos que se limitan, procurando que la afectación de la autonomía personal sea la menor posible".

**Art. 43.-** Sustitúyese el art. 482 del Código Civil, el que quedará redactado de la siguiente manera: "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."