

Buenos Aires, 28 de mayo de 2026

Atención Señoras y Señores Miembros
Comisión de Salud
Comisión de Legislación General
Senado de la Nación

**Ref.: Expte. PE 99/2026. Modificaciones a la
Ley Nacional de Salud Mental 26.657**

De nuestra consideración

Tenemos el agrado de dirigirnos a ustedes, en representación de la Confederación Cooperativa de la República Argentina, a fin de acompañar una propuesta de redacción transaccional para ser considerada por las comisiones en el tratamiento del expediente de referencia. La misma surge del trabajo de nuestra Comisión de Discapacidad.

La presentación que se adjunta no se formula como un proyecto autónomo ni como una iniciativa sectorial paralela, sino como un insumo técnico para el trabajo de dictamen. Su finalidad es contribuir a la construcción de una redacción de equilibrio, susceptible de recoger preocupaciones planteadas por distintos sectores durante el debate parlamentario. Asimismo, el proyecto preserva y fortalece los dispositivos comunitarios, sociolaborales y cooperativos establecidos en el artículo 11 de la Ley 26657, que son de interés principal para Cooperar.

Cooperar, una entidad que integra a 75 organizaciones, incluyendo federaciones de cooperativas de todos los sectores y de todas provincias, se encuentra fuertemente comprometida con las actividades y el desarrollo de Cooperativas de Inclusión Sociolaboral de personas con discapacidad, que pueden tener un impacto relevante como parte de los dispositivos comunitarios que requiere el abordaje de los problemas de salud mental.

Quedamos a disposición de las señoras y señores senadores, así como de sus equipos técnicos, para ampliar los fundamentos de la propuesta o realizar las aclaraciones que estimen necesarias.

Sin otro particular, saludamos a ustedes atentamente.



Ricardo L. López
Secretario



Ariel E. Guarco
Presidente

Propuesta de redacción transaccional

Ref.: Expte. PE 99/2026. Modificaciones a la Ley Nacional de Salud Mental 26.657

Introducción

La propuesta no se formula como un proyecto autónomo ni como una iniciativa sectorial paralela, sino como un insumo técnico para el trabajo de dictamen. Su finalidad es contribuir a la construcción de una redacción de equilibrio, susceptible de recoger preocupaciones planteadas por distintos sectores durante el debate parlamentario.

Entendemos que el tratamiento del Expte. PE 99/2026 exige compatibilizar dos planos que no deberían ser presentados como excluyentes. Por un lado, la necesidad de dar respuesta a situaciones graves y urgentes, en las que familiares, equipos clínicos y sectores de la psiquiatría han señalado dificultades operativas reales. Por otro lado, la necesidad de preservar los límites constitucionales y convencionales de cualquier reforma, especialmente en materia de internación involuntaria, interdisciplina, control judicial, vida comunitaria y no discriminación por diagnóstico, discapacidad, consumo o situación social.

La propuesta procura atender ese punto de equilibrio. Precisa el estándar de internación involuntaria sin eliminar la exigencia de riesgo cierto e inminente; regula las situaciones de urgencia con revalidación interdisciplinaria y control judicial; reconoce la intervención médica o psiquiátrica en supuestos clínicos críticos, sin convertirla en jerarquía general sobre el equipo; y mantiene la prohibición de internaciones fundadas en diagnóstico, discapacidad, consumo problemático, pobreza, falta de vivienda, ausencia de red familiar o mera peligrosidad presunta.

Asimismo, el texto preserva y fortalece los dispositivos comunitarios, ambulatorios, sociolaborales y cooperativos previstos en el artículo 11 de la Ley 26.657. Para COOPERAR este punto tiene especial relevancia institucional, porque las cooperativas de trabajo, los centros sociolaborales, los emprendimientos sociales, las casas de convivencia, los hospitales de día y demás dispositivos comunitarios constituyen herramientas concretas para sostener la vida en comunidad, la inclusión laboral, la continuidad de cuidados y la prevención de internaciones evitables.

Esta preocupación no se agota en un interés sectorial. La permanencia de esos dispositivos se vincula directamente con los mandatos de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, en especial el derecho a vivir en comunidad, el acceso a servicios de salud cercanos al territorio, la habilitación y rehabilitación con base comunitaria, y el trabajo en entornos abiertos, inclusivos y accesibles.

La propuesta también incorpora una regla específica para personas en situación de calle, en riesgo de situación de calle, sin vivienda, sin referentes familiares disponibles o sin red suficiente de cuidados. La ausencia de familia, vivienda o apoyos no puede transformarse en causal indirecta de internación ni en motivo para prolongarla cuando cesó el riesgo clínico que la justificó. En tales

supuestos corresponde activar dispositivos públicos, comunitarios, sociales, habitacionales, sanitarios y de inclusión sociolaboral.

En cuanto a los servicios especializados, la redacción propuesta distingue entre dispositivos serios, transitorios, no asilares e integrados a la red general y comunitaria, por un lado, y modalidades institucionales de alojamiento crónico, aislamiento social o sustitución permanente de la vida comunitaria, por el otro. La finalidad no es obstaculizar abordajes especializados necesarios, sino evitar que bajo nuevas denominaciones se reinstale una lógica asilar.

En ese sentido, consideramos que la propuesta puede ofrecer una salida útil para el trabajo de las comisiones: permite atender reclamos de intervención más temprana y, al mismo tiempo, resguardar el artículo 11, la interdisciplina, los controles judiciales, los dispositivos comunitarios y la prohibición de internaciones por diagnóstico o vulnerabilidad social.

Propuesta

El Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina, reunidos en Congreso, sancionan con fuerza de ley:

Artículo 1

Sustitúyese el artículo 20 de la Ley 26.657, el que quedará redactado del siguiente modo:

Artículo 20. La internación involuntaria de una persona debe concebirse como recurso terapéutico excepcional, restrictivo y por el tiempo más breve posible. Sólo podrá disponerse cuando no resulten suficientes los abordajes ambulatorios, comunitarios, familiares, sociales o de apoyo menos restrictivos, y mediere situación de riesgo cierto e inminente.

A los efectos de este artículo, y sin alterar el carácter excepcional de la internación involuntaria, se considerará configurada una situación de riesgo cierto e inminente cuando exista riesgo grave, concreto, actual o de ocurrencia altamente probable en un plazo próximo e identificable, clínicamente fundado, circunstanciado y evaluado interdisciplinariamente, de daño para la vida o la integridad de la persona o de terceros.

La existencia de diagnóstico en salud mental, discapacidad, consumo problemático, antecedentes de internación, falta de adherencia terapéutica, situación de pobreza, ausencia de vivienda, conflicto familiar, ausencia de red de cuidados o mera peligrosidad presunta no autoriza, por sí sola, la internación involuntaria.

La medida restrictiva no se funda en la existencia de discapacidad, diagnóstico o padecimiento mental, sino exclusivamente en una situación concreta, actual y objetivamente fundada de riesgo grave para la vida o integridad, cuando no resulten suficientes medidas menos restrictivas y con control judicial inmediato.

La decisión deberá fundarse en evaluación interdisciplinaria e integral, con intervención de al menos dos profesionales de distintas disciplinas del servicio asistencial, uno de los cuales deberá ser psicólogo o médico psiquiatra.

Cuando la situación clínica requiera valoración médica específica por presentar indicadores actuales de urgencia o complejidad clínica, deberá requerirse la intervención de médico psiquiatra o, en caso de imposibilidad debidamente fundada, de médico con capacitación o experiencia acreditada en salud mental.

A los fines del párrafo anterior, podrán considerarse indicadores actuales de urgencia o complejidad clínica, entre otros, el riesgo suicida grave, el riesgo concreto para terceros, la intoxicación o abstinencia severa, la descompensación aguda, la agitación psicomotriz grave, el compromiso de conciencia, la necesidad de indicación farmacológica urgente, la sospecha de causa orgánica o la necesidad de diagnóstico diferencial médico.

La intervención prevista en los dos párrafos precedentes no importará jerarquización general sobre el equipo interdisciplinario ni desplazamiento de las incumbencias de las demás disciplinas intervinientes.

En toda evaluación deberán adoptarse los ajustes razonables y apoyos necesarios para que la persona comprenda su situación, pueda expresar su voluntad y preferencias, y participe en la mayor medida posible en la decisión sobre su abordaje terapéutico, sin perjuicio de los controles judiciales y administrativos previstos por la presente ley.

Artículo 2

Incorpórase como artículo 20 bis de la Ley 26.657 el siguiente:

Artículo 20 bis. En situaciones de urgencia en las que la demora en conformar el equipo interdisciplinario pudiere tornar altamente probable un daño grave e inmediato para la vida o la integridad de la persona o de terceros, el profesional médico interviniente podrá indicar, de manera fundada y por el plazo estrictamente indispensable, una medida provisoria de resguardo terapéutico con permanencia en un efector de salud.

Cuando la medida importe restricción de la libertad ambulatoria, serán aplicables desde su inicio todos los controles, comunicaciones y derechos previstos para la internación involuntaria.

Dicha medida deberá ser revalidada por evaluación interdisciplinaria en un plazo máximo de veinticuatro horas corridas.

Si la revalidación interdisciplinaria no confirmare los extremos previstos en el artículo 20, deberá cesar de inmediato la medida restrictiva, sin perjuicio de la continuidad de los abordajes ambulatorios, comunitarios, familiares, sociales o de apoyo que correspondan.

La medida deberá ser comunicada al juez competente y al órgano de revisión dentro del plazo de diez horas corridas, con remisión de los fundamentos clínicos, las razones de urgencia, las medidas menos restrictivas consideradas, los apoyos ofrecidos y el plan inicial de abordaje.

Desde el inicio de la medida deberá garantizarse a la persona información clara, accesible y adecuada a sus condiciones de comunicación, así como el derecho a designar abogado de su confianza. En caso de no hacerlo, deberá darse intervención inmediata a la defensa pública o al mecanismo equivalente que corresponda.

También deberá procurarse, salvo oposición expresa de la persona o existencia de razones fundadas para no hacerlo, la intervención de personas de confianza, apoyos, referentes afectivos o comunitarios que puedan colaborar con la comprensión de la situación, la expresión de voluntad y preferencias, y la continuidad del abordaje.

En ningún caso la urgencia podrá fundarse exclusivamente en diagnóstico, discapacidad, consumo de sustancias, antecedentes, falta de adherencia terapéutica, ausencia de vivienda, ausencia de red familiar, conflicto convivencial, razones de seguridad pública o conveniencia institucional.

Artículo 3

Sustitúyese el artículo 11 de la Ley 26.657, el que quedará redactado del siguiente modo:

Artículo 11. La Autoridad de Aplicación deberá promover que las autoridades de salud de cada jurisdicción, en coordinación con las áreas de educación, desarrollo social, trabajo, vivienda, justicia y otras que correspondan, implementen acciones de inclusión social, laboral, educativa, habitacional y de atención comunitaria en salud mental.

Deberá promoverse el desarrollo, sostenimiento y financiamiento de dispositivos comunitarios, ambulatorios y sociolaborales, entre ellos: consultas ambulatorias; servicios de inclusión social y laboral para personas durante y después del tratamiento; atención domiciliaria supervisada; apoyos a personas, familias y grupos comunitarios; servicios de promoción y prevención en salud mental; casas de convivencia; hospitales de día; cooperativas de trabajo; centros de capacitación socio-laboral; emprendimientos sociales; hogares y familias sustitutas; dispositivos de apoyo para la vida autónoma; acompañamientos terapéuticos comunitarios; y otros dispositivos sustitutivos de la internación que resulten adecuados.

La permanencia expresa de los dispositivos enumerados en el presente artículo constituye una condición normativa necesaria para la implementación de los derechos reconocidos por la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, en especial el derecho a vivir de forma independiente y a ser incluido en la comunidad, el derecho a la salud sin discriminación y con servicios cercanos a la comunidad, la habilitación y rehabilitación con base comunitaria, la inclusión social y laboral, y el acceso al trabajo en entornos abiertos, inclusivos y accesibles.

La enumeración precedente no tendrá carácter taxativo, pero no podrá ser omitida, reducida ni restringida por vía reglamentaria o administrativa.

Los dispositivos comunitarios, ambulatorios y sociolaborales no podrán ser sustituidos por instituciones de internación, ni por dispositivos de encierro prolongado, aislamiento social o alojamiento crónico.

Las políticas de salud mental deberán prever mecanismos de participación de personas usuarias, familiares, trabajadores, organizaciones comunitarias, cooperativas de trabajo, entidades de derechos humanos y organizaciones representativas de personas con discapacidad.

Los dispositivos previstos en este artículo deberán orientarse a favorecer la vida independiente, la inclusión comunitaria, la continuidad de los cuidados, el acceso a la salud en el territorio, el acceso al trabajo, la vivienda, la educación, los apoyos personales y la prevención de internaciones evitables.

Artículo 4

Incorpórase como artículo 11 bis de la Ley 26.657 el siguiente:

Artículo 11 bis. La situación de calle o de riesgo de situación de calle, la ausencia de vivienda, la inexistencia o insuficiencia de referentes familiares, la falta de red de cuidados o la situación de vulnerabilidad social no podrán fundar, por sí solas, una internación involuntaria, ni justificar la prolongación de una internación, ni constituir obstáculo para el alta, la externación o la continuidad del tratamiento en la comunidad cuando hubiere cesado el riesgo que motivó la medida.

En tales supuestos, la autoridad sanitaria competente deberá articular de manera inmediata con las áreas de desarrollo social, vivienda, trabajo, justicia y demás organismos que correspondan, la activación de dispositivos públicos, comunitarios, habitacionales, sanitarios, sociolaborales y de apoyo, incluyendo alojamiento transitorio no asilar, casas de convivencia, acompañamiento comunitario, apoyos para la vida autónoma, atención territorial, inclusión sociolaboral, cooperativas de trabajo, centros de capacitación, emprendimientos sociales y demás dispositivos previstos en el artículo 11.

La intervención deberá orientarse a evitar internaciones fundadas en razones sociales, habitacionales o de exclusión, así como la permanencia institucional por falta de alternativas comunitarias. Deberán garantizarse la defensa técnica, la intervención del órgano de revisión cuando corresponda, la participación de la persona en la definición de los apoyos y, en su caso, la intervención de referentes comunitarios o personas de confianza propuestas por ella.

Artículo 5

Sustitúyense los artículos 27, 28 y 41 de la Ley 26.657, los que quedarán redactados del siguiente modo:

Artículo 27. Queda prohibida la creación de manicomios, neuropsiquiátricos o instituciones de internación monovalentes de carácter asilar.

También queda prohibida toda modalidad institucional que tenga por objeto o por efecto el alojamiento crónico, el aislamiento social o la sustitución permanente de la vida comunitaria de personas por razones de salud mental, discapacidad o consumos problemáticos.

Lo dispuesto en los párrafos anteriores no obsta al funcionamiento de servicios o unidades especializadas no asilares, hospitales de día, dispositivos ambulatorios, abordajes intensivos,

dispositivos residenciales transitorios o internaciones de carácter terapéutico y temporal, siempre que se encuentren integrados funcionalmente a la red general de salud y a la red comunitaria prevista en el artículo 11, cuenten con equipos interdisciplinarios, supervisión periódica, control judicial cuando corresponda, intervención del órgano de revisión, plan de externación desde el ingreso y prohibición de alojamiento crónico.

Las instituciones existentes deberán adecuarse progresivamente a los principios de la presente ley, mediante planes verificables de transformación, sustitución o integración funcional a la red general de salud y a la red comunitaria de salud mental.

Dichos planes deberán contar con metas, plazos, indicadores, supervisión periódica de la autoridad sanitaria competente, intervención del órgano de revisión y participación de personas usuarias, familiares, trabajadores y organizaciones comunitarias.

La adecuación no podrá implicar reducción de derechos laborales adquiridos y deberá orientarse a la reconversión de recursos hacia dispositivos comunitarios, ambulatorios, residenciales transitorios, sociolaborales, habitacionales y de inclusión.

Artículo 28. Las internaciones por razones de salud mental deberán realizarse, como regla, en hospitales generales o en servicios integrados a la red general de salud.

Excepcionalmente, cuando la complejidad clínica del caso no pudiere ser abordada en tales dispositivos, podrán utilizarse servicios o unidades especializadas no asilares, públicos, privados o de la seguridad social, siempre que se encuentren integrados funcionalmente a la red general de salud y a la red comunitaria prevista en el artículo 11.

Dichos servicios o unidades deberán contar con habilitación específica, supervisión periódica, control judicial y del órgano de revisión, equipos interdisciplinarios, plan de externación desde el ingreso, articulación efectiva con dispositivos comunitarios, condiciones de accesibilidad, apoyos para la comunicación y prohibición de alojamiento crónico.

La habilitación de servicios o unidades especializadas no autoriza la creación de instituciones monovalentes asilares ni la internación fundada en diagnóstico, discapacidad, consumo problemático, razones sociales, habitacionales, familiares, de seguridad pública o de mera disponibilidad institucional.

La autoridad de aplicación y el órgano de revisión deberán publicar informes periódicos sobre la adecuación y funcionamiento de los servicios o unidades previstos en este artículo, con resguardo de los datos personales y sensibles.

Artículo 41. El Estado nacional deberá promover convenios con las provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires para garantizar la implementación de la presente ley.

Dichos convenios deberán incluir cooperación técnica, económica y financiera de la Nación destinada a:

a) fortalecer la red comunitaria de salud mental y los dispositivos previstos en el artículo 11;

- b) garantizar abordajes de urgencia con revalidación interdisciplinaria;
- c) capacitar equipos interdisciplinarios de salud mental;
- d) desarrollar dispositivos de inclusión sociolaboral, cooperativas de trabajo, emprendimientos sociales, apoyos habitacionales y apoyos para la vida autónoma;
- e) fortalecer órganos de revisión, mecanismos de control externo y defensa técnica de las personas usuarias;
- f) adecuar progresivamente las instituciones existentes a los principios de la presente ley;
- g) producir información pública, periódica y federal sobre internaciones, externaciones, dispositivos comunitarios disponibles, recursos humanos y financiamiento, con resguardo de los datos personales y sensibles;
- h) implementar sistemas de apoyos, ajustes razonables, accesibilidad comunicacional y participación efectiva de las personas usuarias en las decisiones que las involucren;
- i) implementar dispositivos de alojamiento transitorio no asilar, apoyos comunitarios y estrategias de continuidad de cuidados para personas sin red familiar disponible, en situación de calle o con apoyos insuficientes, a fin de evitar internaciones o prolongaciones de internación fundadas en razones sociales, habitacionales o de exclusión.

Artículo 6

Comuníquese al Poder Ejecutivo nacional.