

PROYECTO DE LEY

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

DÍA NACIONAL DE LA SALUD MENTAL Y DEL ORGULLO LOCO

ARTÍCULO 1°. - Institúyese el día 10 de octubre de cada año como "Día Nacional de la Salud Mental y del Orgullo Loco", con el objeto de promover una perspectiva de derechos humanos en materia de salud mental, combatir el estigma y la discriminación, reconocer el protagonismo de las personas usuarias y exusuarias de los servicios de salud mental y promover la plena y efectiva implementación de la Ley Nacional de Salud Mental N.º 26.657.

ARTÍCULO 2°. - Son objetivos de la presente ley:

- a) promover el reconocimiento de la salud mental como parte integral de la salud y como proceso determinado por componentes históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos, resultante de las relaciones recíprocas entre las personas, los grupos y su entorno;
- b) contribuir a la eliminación del estigma, los prejuicios y toda forma de violencia y discriminación hacia las personas usuarias y exusuarias de los servicios de salud mental y quienes atraviesen o hayan atravesado padecimientos psíquicos;
- c) promover el respeto de la dignidad, la autonomía, la capacidad jurídica, la identidad y la diversidad de todas las personas;
- d) fortalecer la participación de las personas usuarias y exusuarias de los servicios de salud mental, sus organizaciones y familiares en el diseño, implementación, seguimiento y evaluación de las políticas públicas que las involucren;
- e) promover y difundir los principios, derechos y garantías establecidos por la Ley N.º 26.657 y por los tratados internacionales de derechos humanos vigentes en la República Argentina;

- f) contribuir al desarrollo y fortalecimiento de una red de servicios de salud mental de base comunitaria, interdisciplinaria e intersectorial, integrada al sistema general de salud;
- g) promover la creación, ampliación y sostenimiento de dispositivos comunitarios de atención, inclusión social y laboral, acompañamiento y externación;
- h) promover el cumplimiento efectivo de la atención y las internaciones por motivos de salud mental en hospitales generales, garantizando los recursos humanos, técnicos y materiales necesarios;
- i) impulsar el proceso de transformación y sustitución de las instituciones de internación monovalentes por dispositivos alternativos de base comunitaria, conforme los principios establecidos por la Ley N.º 26.657;
- j) promover el cumplimiento de las previsiones presupuestarias establecidas por la Ley N.º 26.657;
- k) visibilizar y reconocer a las organizaciones de personas usuarias y exusuarias, familiares, trabajadores y trabajadoras, organizaciones sociales, redes territoriales y demás actores comunitarios comprometidos con la vigencia del paradigma de derechos humanos en salud mental.

ARTÍCULO 3º. - La autoridad de aplicación de la presente ley será la autoridad nacional de aplicación de la Ley Nacional de Salud Mental N.º 26.657.

La autoridad de aplicación promoverá, en coordinación con las provincias, la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, organismos públicos competentes, instituciones educativas y universitarias, organizaciones sociales y, especialmente, organizaciones de personas usuarias y exusuarias de los servicios de salud mental, la realización de actividades de difusión, sensibilización, formación, debate y participación pública vinculadas con los objetivos establecidos en la presente ley.

ARTÍCULO 4º. - La autoridad de aplicación deberá elaborar y publicar, antes del 10 de octubre de cada año, un Informe Anual sobre la Implementación de la Ley

Nacional de Salud Mental N.º 26.657, que será remitido a ambas Cámaras del Honorable Congreso de la Nación.

La obligación establecida en el párrafo precedente será exigible a partir del año calendario siguiente al de la entrada en vigencia de la presente ley.

El informe deberá sistematizar y presentar información sobre la implementación de la Ley N.º 26.657, tomando como referencia los indicadores que se detallan a continuación y utilizando las fuentes de información disponibles en los organismos competentes.

El informe deberá contener, como mínimo:

- a) la evolución de los recursos presupuestarios destinados a las políticas de salud mental, identificando crédito inicial, crédito vigente y ejecución, así como su participación respecto del presupuesto total destinado a salud;
- b) la cantidad, características, distribución territorial y evolución de los dispositivos de atención comunitaria, inclusión social y laboral, atención domiciliaria, hospitales y centros de día, establecimientos residenciales con apoyo, cooperativas de trabajo y demás dispositivos alternativos de atención e inclusión;
- c) la disponibilidad y distribución territorial de servicios de salud mental en hospitales generales, incluyendo los servicios de guardia, la cantidad de camas destinadas a internaciones por motivos de salud mental y su evolución;
- d) la cantidad y situación de las instituciones de internación monovalentes existentes, los avances producidos en sus procesos de transformación y sustitución, y la evolución de la cantidad de camas destinadas a internaciones en dichas instituciones;
- e) la cantidad de personas internadas por motivos de salud mental, duración de las internaciones, carácter voluntario o involuntario de las mismas y demás indicadores que permitan evaluar las condiciones de internación;

- f) la cantidad y evolución de los procesos de externación y, cuando la información se encuentre disponible, de reinternación;
- g) las políticas, programas y dispositivos de inclusión social, educativa, habitacional y laboral, incluyendo información sobre su implementación y alcance;
- h) los mecanismos existentes de participación de personas usuarias y exusuarias de servicios de salud mental, familiares y sus organizaciones en la formulación, implementación y evaluación de las políticas públicas;
- i) el grado de cumplimiento de las metas y objetivos establecidos en el Plan Nacional de Salud Mental vigente durante el período informado, identificando los avances producidos y las dificultades registradas;
- j) toda otra información que permita evaluar el grado de cumplimiento de los objetivos, derechos y obligaciones establecidos por la Ley N.º 26.657.

Para la elaboración del informe deberán utilizarse y sistematizarse, según corresponda, los datos y resultados provenientes de los sistemas de información existentes, los informes anuales sobre la ejecución del Plan Nacional de Salud Mental, los censos nacionales previstos en el artículo 35 de la Ley N.º 26.657 y los informes públicos elaborados por el Órgano de Revisión, sin alterar las competencias ni las obligaciones de información establecidas por la normativa vigente.

La información deberá ser presentada de forma clara y accesible, identificando las fuentes utilizadas, los períodos comprendidos y su alcance territorial, con desagregación por jurisdicción cuando ello resulte posible.

Cuando no se disponga de información suficiente respecto de alguno de los indicadores establecidos en el presente artículo, deberán identificarse expresamente los datos faltantes y las limitaciones existentes para su elaboración.

Los datos relativos a personas deberán difundirse exclusivamente de manera agregada y anonimizada, de conformidad con las disposiciones de la Ley N.º 25.326 de Protección de los Datos Personales.

A los efectos de la elaboración del informe, la autoridad de aplicación promoverá mecanismos de cooperación e intercambio de información con las provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, respetando las competencias propias de cada jurisdicción.

ARTÍCULO 5º. - Las actividades realizadas en el marco del Día Nacional de la Salud Mental y del Orgullo Loco deberán promover especialmente la participación y expresión en primera persona de quienes tengan o hayan tenido experiencias vinculadas con los servicios de salud mental, conforme a los principios de autonomía, participación plena y efectiva y respeto por la dignidad humana.

ARTÍCULO 6º. - Invítase a las provincias y a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires a adherir a la presente ley y a desarrollar actividades, mecanismos de información y acciones de evaluación pública acordes con sus objetivos.

ARTÍCULO 7º. - Los gastos que demande el cumplimiento de la presente ley serán atendidos con las partidas presupuestarias correspondientes a la autoridad de aplicación.

ARTÍCULO 8º. - El Poder Ejecutivo nacional reglamentará la presente ley dentro de los noventa (90) días de su publicación en el Boletín Oficial.

ARTÍCULO 9º. - Comuníquese al Poder Ejecutivo nacional.

Victoria Tolosa Paz

FUNDAMENTOS

Señor Presidente:

El presente proyecto de ley tiene por objeto instituir el 10 de octubre de cada año como Día Nacional de la Salud Mental y del Orgullo Loco, incorporando a una fecha internacionalmente destinada a la sensibilización sobre la salud mental una perspectiva basada en los derechos humanos, la autonomía, la participación en primera persona, la diversidad y, especialmente, la necesidad de avanzar en la plena y efectiva implementación de la Ley Nacional de Salud Mental N.º 26.657.

El 10 de octubre se conmemora anualmente el Día Mundial de la Salud Mental, jornada destinada a concientizar acerca de las problemáticas de salud mental en todo el mundo. La Organización Mundial de la Salud reconoce y promueve internacionalmente esta fecha.

La presente iniciativa propone otorgarle además una dimensión concreta: convertir cada 10 de octubre en una instancia de visibilización, participación social, producción de información y evaluación pública de las políticas de salud mental desarrolladas en nuestro país.

La sanción de la Ley Nacional de Salud Mental N.º 26.657 significó una transformación sustancial del paradigma jurídico argentino en la materia. Su artículo 3º reconoce a la salud mental como un proceso determinado por componentes históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos y establece como principio la presunción de capacidad de todas las personas.

Asimismo, el artículo 7º reconoce, entre otros, el derecho a recibir una atención sanitaria y social integral y humanizada y a ser tratado mediante la alternativa terapéutica que menos restrinja derechos y libertades y promueva la integración familiar, laboral y comunitaria.

Pero el reconocimiento legislativo de un nuevo paradigma constituye un punto de partida y no un punto de llegada.

A más de quince años de la sanción de la Ley N.º 26.657, los datos disponibles permiten advertir avances relevantes junto con dificultades persistentes para alcanzar una implementación homogénea en todo el territorio nacional.

La efectiva vigencia de los derechos reconocidos por la ley requiere políticas públicas, financiamiento suficiente, equipos interdisciplinarios, servicios adecuados, dispositivos comunitarios, producción sistemática de información y mecanismos de participación y control.

El artículo 11 de la Ley N.º 26.657 dispone expresamente el desarrollo de acciones de inclusión social, laboral y atención comunitaria e identifica, entre otros dispositivos, consultas ambulatorias, atención domiciliaria, casas de convivencia, hospitales de día, cooperativas de trabajo, centros de capacitación sociolaboral y emprendimientos sociales.

La importancia de esos dispositivos radica en que la desinstitucionalización no puede reducirse al cierre de camas o a la externación de personas. Requiere la construcción simultánea de condiciones que permitan sostener la vida en comunidad: atención sanitaria, vivienda, acompañamiento, inclusión social y laboral, vínculos afectivos y continuidad de cuidados.

En marzo de 2026 el Ministerio de Salud de la Nación aprobó, mediante la Resolución N.º 441/2026, nuevas normas mínimas para la habilitación de establecimientos y servicios de salud mental y consumos problemáticos. La regulación contempla centros de salud mental, hospitales y centros de día comunitarios, dispositivos de inclusión sociolaboral, atención domiciliaria, establecimientos residenciales con distintos niveles de apoyo y servicios de salud mental integrados en hospitales generales.

La actualización regulatoria constituye un instrumento para desarrollar el modelo comunitario. Su existencia, sin embargo, no sustituye la necesidad de conocer cuántos de esos dispositivos funcionan efectivamente, dónde se encuentran, qué capacidad poseen y qué población pueden atender.

La situación de los hospitales generales constituye otro indicador relevante. En abril de 2026 el Poder Ejecutivo Nacional informó que 18 provincias contaban con hospitales generales con servicios de salud mental y que 20 disponían de camas para internación por motivos de salud mental, señalando diferencias territoriales en la capacidad de respuesta del sistema.

Ello debe analizarse a la luz del artículo 28 de la Ley N.º 26.657, que establece que las internaciones de salud mental deben realizarse en hospitales generales y que los hospitales de la red pública deben contar con los recursos necesarios para ello.

La cuestión presupuestaria constituye otra dimensión insoslayable.

El artículo 32 de la Ley N.º 26.657 dispuso que las partidas destinadas a salud mental debían incrementarse progresivamente hasta alcanzar un mínimo equivalente al diez por ciento del presupuesto total de salud.

En el proyecto de Presupuesto Nacional correspondiente al ejercicio 2026, la actividad denominada "Apoyo y Promoción de la Salud Mental" fue prevista con una asignación de 48 millones de pesos, según el análisis elaborado por la Asociación Civil por la Igualdad y la Justicia (ACIJ).

Por otra parte, dicha organización estimó que el conjunto de recursos nacionales identificables destinados a políticas de salud mental equivaldría aproximadamente al 1,42 por ciento del gasto correspondiente a la función Salud, porcentaje sensiblemente inferior al parámetro previsto en el artículo 32 de la ley. Se trata de una estimación de la organización sobre las partidas proyectadas para 2026 y no de un indicador presupuestario oficial consolidado.

La incorporación de estos datos no pretende reducir el cumplimiento de la Ley Nacional de Salud Mental a una única variable presupuestaria. Busca destacar que toda transformación del modelo de atención requiere recursos capaces de sostener equipos interdisciplinarios, servicios en hospitales generales, dispositivos territoriales, programas de inclusión y alternativas concretas a las internaciones prolongadas.

La situación de las instituciones monovalentes constituye otro de los desafíos que permiten evaluar el proceso de implementación.

El artículo 27 de la Ley N.º 26.657 prohíbe la creación de nuevos manicomios, neuropsiquiátricos o instituciones de internación monovalentes y dispone que los existentes se adapten a sus objetivos y principios hasta su sustitución definitiva por dispositivos alternativos.

El Primer Censo Nacional de Personas Internadas por Motivos de Salud Mental, realizado durante 2018 y 2019, relevó 162 instituciones monovalentes públicas y privadas y 12.035 personas internadas. El promedio de permanencia era de 8,2 años y ascendía a 12,5 años en establecimientos públicos. Asimismo, los equipos tratantes informaron que el 36,4 por ciento de las personas que continuaban internadas presentaban criterio de riesgo cierto e inminente para sí o para terceros.

Estos datos corresponden al relevamiento 2018-2019 y deben ser considerados como una línea de base histórica, no como una descripción de la situación actual.

Precisamente por ello resulta indispensable producir y hacer pública información periódicamente actualizada.

La propia Ley N.º 26.657 estableció en su artículo 35 la realización de un censo nacional de personas internadas y dispuso que éste debía reiterarse con una periodicidad máxima de dos años.

Los procesos desarrollados en las distintas jurisdicciones muestran, además, avances y obstáculos que una evaluación exclusivamente nacional puede ocultar.

En la provincia de Buenos Aires, por ejemplo, la Comisión Provincial por la Memoria informó que en diciembre de 2025 permanecían alojadas 758 personas en los cuatro hospitales neuropsiquiátricos públicos provinciales, 1.086 menos que en 2018. Al mismo tiempo, señaló que durante 2025 el 58 por ciento de los ingresos a dichos establecimientos correspondieron a reinternaciones.

Estos datos, circunscriptos a los establecimientos públicos monovalentes bonaerenses, permiten observar simultáneamente la reducción de población institucionalizada y las dificultades que pueden presentarse para sostener algunos procesos de externación.

La información pública resulta, por ello, una herramienta central de la política sanitaria.

Conocer cuánto se invierte, qué dispositivos existen, cuál es su distribución territorial, qué capacidad poseen los hospitales generales, cuántas personas permanecen internadas, durante cuánto tiempo y bajo qué condiciones permite identificar avances, desigualdades, necesidades y obstáculos y diseñar políticas públicas sobre bases verificables.

La evaluación de la implementación de la Ley Nacional de Salud Mental requiere, además, conocer la evolución de los recursos presupuestarios, los avances en la transformación y sustitución de las instituciones monovalentes, el desarrollo de dispositivos comunitarios y las condiciones que permitan sostener los procesos de externación.

En este sentido, resulta necesario considerar conjuntamente la evolución de la capacidad de internación en hospitales generales y establecimientos monovalentes, la disponibilidad territorial de servicios especializados y el desarrollo de dispositivos alternativos de atención e inclusión.

La reducción de camas en instituciones monovalentes no constituye, por sí sola, un indicador suficiente para determinar el grado de cumplimiento del modelo comunitario. Su evaluación debe contemplar también la disponibilidad de servicios de atención, acompañamiento, vivienda, educación, trabajo y demás apoyos necesarios para garantizar la continuidad de cuidados y la vida en comunidad.

Asimismo, la evaluación de las políticas de salud mental debe permitir establecer el grado de cumplimiento de las metas y objetivos previstos en el Plan Nacional de Salud Mental vigente, sin limitarse exclusivamente a ellos, dado que las

obligaciones y garantías reconocidas por la Ley N.º 26.657 conservan su alcance con independencia de los instrumentos de planificación administrativa.

Por esta razón, el presente proyecto propone que cada 10 de octubre la autoridad de aplicación elabore un Informe Anual sobre la Implementación de la Ley Nacional de Salud Mental, lo haga público y lo remita a ambas Cámaras del Congreso de la Nación.

La obligación propuesta debe articularse con los mecanismos de información y evaluación ya establecidos por la normativa vigente.

En particular, la reglamentación del artículo 31 de la Ley N.º 26.657, aprobada mediante el Decreto N.º 603/2013, establece que la autoridad de aplicación debe elaborar un informe anual sobre la ejecución del Plan Nacional de Salud Mental, publicarlo y remitirlo al Órgano de Revisión.

Por su parte, el artículo 35 de la Ley N.º 26.657 establece la realización periódica del censo nacional de personas internadas por motivos de salud mental, mientras que el Órgano de Revisión cuenta con atribuciones específicas de evaluación y control de las condiciones de atención y protección de los derechos reconocidos por la ley.

La presente iniciativa no propone crear un sistema de información paralelo a los existentes, modificar las competencias de los organismos intervinientes ni sustituir las obligaciones de información ya establecidas.

Su finalidad es reunir, sistematizar y hacer accesible información sobre las distintas dimensiones de la implementación de la Ley Nacional de Salud Mental y establecer una instancia periódica de rendición de cuentas ante el Congreso de la Nación.

El informe anual deberá integrar la información producida por los organismos competentes, identificar las fuentes utilizadas y distinguir los datos de alcance nacional de aquellos correspondientes a determinadas jurisdicciones.

Asimismo, deberá señalar expresamente las limitaciones existentes cuando no se disponga de información suficiente sobre alguno de los indicadores establecidos.

De este modo, la ausencia de datos podrá ser identificada como una dificultad para evaluar el cumplimiento de la ley, sin que ello implique atribuir a la autoridad nacional competencias propias de las jurisdicciones provinciales.

La elaboración del informe deberá promover mecanismos de cooperación e intercambio de información con las provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, respetando sus respectivas competencias y aprovechando los sistemas de información existentes.

Al tratarse de información vinculada con la salud de las personas, el proyecto establece expresamente que los datos deberán difundirse de manera agregada y anonimizada. La Ley N.º 25.326 considera a la información referente a la salud como dato sensible y exige especiales garantías en su tratamiento y protección.

Esta necesidad de fortalecer los instrumentos de planificación y evaluación mantiene plena actualidad. El 15 de septiembre de 2026, el Consejo Federal de Salud abordó nuevamente la política de salud mental y anunció la convocatoria al Consejo Federal de Salud Mental para trabajar en un Plan Nacional de Salud Mental y Consumos Problemáticos 2027-2031, de acuerdo con las particularidades de las distintas jurisdicciones.

En esta perspectiva se inscribe también el movimiento internacional conocido como Orgullo Loco —Mad Pride—, surgido de experiencias de organización protagonizadas por personas usuarias, exusuarias y sobrevivientes de los sistemas psiquiátricos.

Uno de sus antecedentes fundacionales se produjo en Toronto, Canadá, en 1993, con la organización del denominado Psychiatric Survivor Pride Day, surgido frente a situaciones de discriminación hacia personas con antecedentes de institucionalización psiquiátrica que residían en la comunidad de Parkdale.

Sus organizadores reivindicaban, entre otros objetivos, la lucha contra el estigma, la participación comunitaria y la posibilidad de narrar la historia de las personas sobrevivientes desde la perspectiva de quienes habían vivido esas experiencias.

Las distintas expresiones del Orgullo Loco cuestionaron representaciones que reducían a las personas a un diagnóstico y reivindicaron su autonomía, identidad y derecho a participar de las decisiones que afectan sus vidas.

El concepto de Orgullo Loco no supone desconocer la existencia del sufrimiento psíquico ni la necesidad de atención, acompañamiento o tratamiento. Expresa que ninguna situación de sufrimiento puede justificar por sí misma la pérdida de derechos, la discriminación, el aislamiento social o la sustitución sistemática de la voz de las personas involucradas.

Esta perspectiva encuentra respaldo en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, aprobada por nuestro país mediante Ley N.º 26.378 y dotada de jerarquía constitucional mediante Ley N.º 27.044.

Autonomía, dignidad, vida en comunidad, participación e igualdad ante la ley constituyen principios inseparables de una política de salud mental fundada en derechos humanos.

La participación de las propias personas usuarias tampoco constituye un elemento accesorio. El artículo 36 de la Ley N.º 26.657 establece que el desarrollo de las políticas de salud mental debe contener mecanismos claros y eficientes de participación comunitaria, particularmente de las organizaciones de usuarios y familiares.

La expresión "Nada sobre nosotros sin nosotros" sintetiza ese principio: quienes son destinatarios de las políticas públicas deben disponer de espacios efectivos para intervenir en su formulación, implementación y evaluación.

Incorporar el Orgullo Loco a esta jornada nacional permite hacer visible precisamente esa dimensión: no hablar únicamente sobre las personas que atraviesan padecimientos psíquicos, sino reconocer su derecho a expresarse en

primera persona; no concebirlas solamente como destinatarias de asistencia, sino como protagonistas de las decisiones públicas que las afectan.

Instituir el Día Nacional de la Salud Mental y del Orgullo Loco significa entonces vincular sensibilización, derechos, participación y responsabilidad estatal.

Significa también establecer una instancia periódica para conocer cuánto se ha avanzado en la implementación de la Ley N.º 26.657: cuánto se invierte, qué dispositivos comunitarios existen, qué capacidad posee el sistema general de salud, cuál es la situación de las instituciones monovalentes, cuántas personas permanecen internadas, qué condiciones existen para sostener los procesos de externación y qué lugar ocupan las propias personas usuarias en las decisiones que las involucran.

Una legislación de derechos humanos alcanza su verdadera dimensión cuando los derechos que reconoce pueden ejercerse efectivamente en la vida cotidiana.

El 10 de octubre debe constituirse, por ello, en una jornada de concientización y visibilización, pero también de información, participación, evaluación y rendición pública sobre la implementación de la política nacional de salud mental.

Por las razones expuestas, se somete a consideración de esta Honorable Cámara el presente proyecto de ley.

Victoria Tolosa Paz