

PROYECTO DE LEY

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

DECLARACIÓN DE EMERGENCIA NACIONAL EN MATERIA DE SALUD MENTAL

CAPÍTULO I: DISPOSICIONES GENERALES

Artículo 1º.- Objeto. Declárase la Emergencia Nacional en Salud Mental en todo el territorio de la República Argentina por el **plazo de dos (2) años hasta el 31 de diciembre de 2027**, que podrá ser prorrogada si subsisten las circunstancias que motivaron su declaración.

Artículo 2º.- Vigencia. La declaración de emergencia y las acciones que de ella deriven entran en vigencia a partir de la sanción de la presente y rigen por el plazo previsto en el artículo 1º.

Artículo 3º.- Objeto: Durante el período de vigencia de la ley, el Estado Nacional deberá implementar un conjunto de acciones urgentes y progresivas que incluyan:

1. La elaboración e implementación del Plan Federal de Emergencia en Salud Mental, en conjunto con las veinticuatro (24) jurisdicciones del país.
2. La asignación progresiva de recursos presupuestarios para alcanzar el mínimo del 10% del total de salud destinado a salud mental, que establece la Ley 26.657.
3. La apertura, refuncionalización y fortalecimiento de dispositivos de asistencia en todo el país.
4. La formación continua de profesionales de salud en orientación comunitaria, con enfoque de derechos humanos.
5. La generación de campañas masivas de sensibilización sobre salud mental, en especial para prevenir el suicidio.

6. La articulación interministerial e interjurisdiccional para garantizar el abordaje integral de la salud mental.
7. El seguimiento y evaluación continua de las políticas implementadas, con participación de usuarios, familiares y organizaciones de la sociedad civil (entre ellas organizaciones de reducción de riesgos y daños, comunidades terapéuticas, entre otras).
8. Reglamentación de la Ley 26.934 "Plan Integral para el Abordaje de los Consumos Problemáticos".
9. Creación programas de acompañamiento a familiares de personas con padecimiento de salud mental.
10. Restablecimiento inmediato del Programa Remediar en su componente de Salud Mental, a los efectos de fortalecer el abordaje desde el primer nivel de atención, desde una perspectiva integral.

Artículo 4º.- Finalidad. Esta emergencia tiene por finalidad efectivizar la obligación del Estado Nacional de garantizar el derecho a un nivel adecuado de vida, salud y bienestar psíquico, físico y social para todas las personas con padecimientos mentales y su entorno familiar, afectivo.

A tal fin, la autoridad de aplicación deberá reunirse de forma trimestral en el marco del Consejo Federal de Salud Mental y Adicciones (COFESAMA), a efectos de presentar un informe sobre el cumplimiento de la presente ley, evaluar su implementación territorial y recibir aportes de las jurisdicciones para su mejora continua.

Artículo 5º.- Orden público. La presente ley es de orden público y rige en todo el territorio nacional.

Artículo 6º.- Definición normativa. A los efectos de la emergencia nacional declarada en el artículo 1º de la presente ley, se entiende a la salud mental "como un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción

social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona", conforme lo establecido en el artículo 3 de la Ley 26.657.

Artículo 7º.- Autoridad de aplicación. El Ministerio de Salud de la nación, o el organismo que en el futuro lo reemplace, será la autoridad de aplicación de la presente ley. Le corresponderá, entre otras cuestiones, establecer los protocolos y procedimientos de actuación, necesarios, en coordinación con los demás organismos competentes en la materia y las jurisdicciones de todo el país, para la efectiva implementación de la presente.

CAPÍTULO II: LINEAMIENTOS DE POLÍTICAS PÚBLICAS ANTE LA EMERGENCIA

Artículo 8º.- Medidas prioritarias. Durante la vigencia de la emergencia el Estado Nacional deberá garantizar y adoptar medidas, incluyendo programas específicos destinados a la infancia, adolescencia y la juventud y sus familias, conforme a los principios establecidos en la Ley N° 26.657, la Ley N° 27.130, la Ley 26.934 y la Convención sobre los Derechos del Niño, a través de las siguientes acciones:

1. Aumento progresivo del presupuesto destinado a dispositivos de atención, promoción y prevención en salud mental, hasta alcanzar el mínimo del diez por ciento (10%) del presupuesto total de salud, conforme el artículo 32 de la Ley 26.657.
2. Incorporación de equipos interdisciplinarios con formación acreditada en salud mental (art 13 ley de 26.657) en todos los dispositivos del primer nivel de atención como así también en guardias, pediatría, maternidad, y demás servicios de hospitales polivalentes, que aseguren la oportunidad asistencial de la población objetivo.
3. Incorporación de Equipos móviles que trabajen junto a las familias in situ, en situaciones de descompensación aguda en salud mental y consumos problemáticos, con la finalidad de reducir la exposición a riesgos, así como asegurar internaciones oportunas.

4. Fortalecimiento de estrategias preventivas y detección temprana de enfermedades prevalentes, especialmente dirigidas a niños, niñas, adolescentes y personas mayores
5. Adecuación progresiva de servicios de internación existentes (mono y polivalentes) a través de proyectos institucionales que desarrollen estrategias de atención adecuadas a las necesidades poblacionales.
6. Revalorización de la perspectiva social en la formación de grado como de posgrado en servicio, cuyo aporte es la contemplación de los riesgos sociales y estigmas a los que se ven expuestas las personas con problemas de salud mental y consumos problemáticos.
7. Capacitación obligatoria en Salud Mental para todo el personal sanitario, para el personal de seguridad, educación, operadores del sistema de protección de niñez en: tratos inclusivos en salud mental y discapacidad, primeros auxilios psicológicos, buenas prácticas asistenciales, Ley 26.657 desde una perspectiva de derechos humanos y perspectiva comunitaria, así como también en prevención del suicidio.
8. Garantizar el acceso oportuno a psicofármacos para los pacientes, de manera equitativa y sin restricciones, como el equipo interdisciplinario así lo defina.
9. Fomento de la inclusión social y laboral de personas con padecimientos mentales, potenciando el cooperativismo como la propuesta más adecuada para la población, a la vez más saludable para jóvenes trabajadores.
10. Ampliación y mejora de infraestructura: apertura y adecuación de dispositivos de internación en hospitales generales, centros de día y casas de convivencia garantizando dos dispositivos convivenciales mínimos por provincia.
11. Reforzar el Consejo Nacional de Salud Mental y el Consejo Consultivo Honorario, con participación de los Ministerios de Salud, de las áreas de Educación, Trabajo, Capital Humano, Cultura y Seguridad, además de organizaciones de la sociedad civil, usuarios, familiares y universidades.
12. Actualización del censo nacional en centros de internación tanto públicos como privados, los eventos de notificación obligatoria en salud mental, así como el

- monitoreo de la evolución del Plan Nacional de Salud Mental vigente 2023-2027 y la *Estrategia Federal* firmada por las provincias.
13. Incorporar en los espacios laborales o en la dependencia estatal más adecuada, personal de salud mental idóneo para el abordaje de los problemas de salud mental y consumo problemático en el ámbito laboral.
 14. Diseño e implementación de programas integrales de salud mental para niños, niñas y adolescentes, que incluyan: a) Dispositivos de intervención temprana en escuelas y comunidades; b) Equipos interdisciplinarios móviles especializados en infancia y juventud; c) Espacios de acompañamiento en entornos educativos y comunitarios; d) Acciones de formación para adultos responsables (familias, docentes, cuidadores) sobre salud mental infantil y juvenil; e) Programas de contención y rehabilitación para jóvenes con consumos problemáticos, adicción a la tecnología, ludopatía o situaciones de violencia.
 15. Promoción del bienestar emocional y la prevención del suicidio adolescente mediante campañas específicas, protocolos escolares y líneas de atención prioritaria.

CAPÍTULO III: PROMOCIÓN Y FORMACIÓN DE NUEVOS AGENTES SANITARIOS

Artículo 9°.- Política federal de formación y capacitación continua. El Poder Ejecutivo Nacional deberá, en articulación con las provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, desarrollar un plan federal de formación y fortalecimiento de recursos humanos en salud mental, con los siguientes objetivos:

1. Promover la incorporación progresiva de nuevos agentes sanitarios especializados en salud mental, con anclaje territorial y comunitario, a través de recomendaciones a las Universidades para la adecuación de sus planes de estudio a la Ley 26.657, así como apoyar el desarrollo de Residencias interdisciplinarias de salud mental, diplomados u otros desde las necesidades poblacionales y la salud integral dentro de todo el territorio nacional
2. Garantizar la formación continua y especializada en salud mental comunitaria, derechos humanos, abordaje intercultural, prevención del suicidio y contención

frente a situaciones de crisis y Catástrofes, destinada a trabajadores del campo de la salud y afines, acorde a los convenios colectivos de trabajo, las falencias salariales y el cuidado de la salud mental de los/as trabajadoras/es.

3. Establecer convenios con universidades públicas, institutos terciarios y organizaciones de la sociedad civil para el desarrollo de instancias de formación y actualización permanente priorizando las carreras de enfermería, Acompañamiento Terapéutico y afines. Crear un sistema nacional de becas e incentivos para la formación de agentes comunitarios de salud mental en zonas de alta vulnerabilidad.
4. Priorizar la capacitación de agentes en dispositivos destinados a la atención de niños, niñas, adolescentes, personas mayores y poblaciones en situación de consumo problemático.

CAPÍTULO IV: FONDO NACIONAL PARA EQUIPOS INTERDISCIPLINARIOS EN SALUD MENTAL

Artículo 10°.- Creación del Fondo. Créase el Fondo Nacional para el Fortalecimiento de Equipos Interdisciplinarios en Salud Mental, con el objeto de garantizar la asignación de fondos para la contratación, disponibilidad y sostenimiento, formación y capacitación de equipos interdisciplinarios a lo largo de todo el territorio nacional, ya sea en Centros de Salud o en Hospitales Generales, conforme lo establecido en el artículo 13 de la Ley 26.657.

Artículo 11°.- Finalidad del Fondo. El Fondo tendrá por finalidad exclusiva, prioritaria e intangible financiero, de manera continua y con perspectiva federal, acciones estratégicas en materia de salud mental, que a continuación se detallan:

- a) La contratación y radicación de equipos interdisciplinarios a lo largo de todo el país, priorizando las regiones o localidades con déficit de cobertura profesional en salud mental.
- b) El sostenimiento operativo de dichos equipos, incluyendo salarios, formación continua, viáticos y equipamiento básico para el desarrollo de su función.

- c) El acompañamiento técnico y supervisión profesional de los equipos, con criterios de calidad y adecuación territorial.
- d) La implementación de dispositivos móviles de intervención en zonas rurales, periurbanas y de difícil acceso.
- e) Desarrollar un programa para fortalecer la red asistencial intersectorial en el abordaje integral de los consumos problemáticos.
- f) Disponer el nombramiento de equipos interdisciplinarios destinados a dispositivos de cuidados de la urgencia y guardias interdisciplinarias 24 horas, los siete días de la semana, en los principales hospitales generales de cada provincia.

Artículo 12.- Composición del Fondo. El Fondo estará compuesto por:

- a) El cinco por ciento (5%) de la recaudación obtenida por venta de tabaco.
- b) El tres por ciento (3%) de los impuestos a las bebidas alcohólicas establecidos por la legislación nacional.
- c) Una partida presupuestaria específica no inferior al cinco por ciento (5%) del Presupuesto General de la Administración Nacional asignado al Ministerio de Salud.
- d) Aportes adicionales de organismos multilaterales de crédito, cooperación internacional o acuerdos bilaterales.

Artículo 13.- Autoridad de aplicación. La autoridad de aplicación de la presente deberá:

- a) Elaborar un Mapa Federal de Equipos Interdisciplinario en Salud Mental.
- b) Establecer criterios objetivos y transparentes de distribución de los fondos, priorizando indicadores poblacionales, epidemiológicos y de vulnerabilidad social.
- c) Celebrar convenios con provincias y municipios para la ejecución local de los equipos interdisciplinarios.
- d) Publicar informes semestrales sobre la asignación y ejecución de los recursos del Fondo.

- e) Ejecutar las partidas para fortalecer los equipos interdisciplinarios.
- f) Informar trimestralmente el órgano revisor de la ley 26.657 el cumplimiento de la presente ley.
- g) Asignar, como mínimo, el cinco por ciento (5%) del presupuesto total del área de salud a las jurisdicciones, con el objeto de garantizar la contratación, y sostenimiento de profesionales integrantes de equipos interdisciplinarios de salud mental.

Artículo 14.- Participación y control social. La implementación del Fondo deberá garantizar la participación de organizaciones de la sociedad civil, universidades y usuarios/as del sistema, conforme los principios de transparencia, rendición de cuentas y equidad territorial.

La autoridad de aplicación deberá informar las acciones realizadas para cumplimentar con la presente ley al órgano revisor de la ley 26.657. Asimismo el órgano revisor podrá elevar aportes y observaciones a la autoridad de aplicación para una mejor aplicación de la ley.

CAPÍTULO V: INFRAESTRUCTURA SANITARIA PARA LA SALUD MENTAL

Artículo 15.- Obras e inversiones. El Poder Ejecutivo Nacional, deberá llevar adelante un plan federal de obras públicas orientado a construir casas de medio camino y a la ampliación de la red pública asistencial en salud mental en pos de garantizar el acceso efectivo, oportuno y legal a las instancias de atención ambulatoria e internación breve. El Gobierno Nacional con las provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires para que realicen las obras.

Dicho plan deberá priorizar y garantizar:

1. La habilitación de unidades de internación adecuadas en hospitales generales acorde a las buenas prácticas y las normativas vigentes, destinando el 10% del total de camas del hospital a la internación de adultos e infantojuvenil.

2. La construcción, refuncionalización y equipamiento de centros de salud mental comunitarios en zonas con déficit de cobertura, así como la compra de móviles de traslado a los centros de referencia más cercanos.
3. Incorporación de equipos móviles que trabajen junto a las familias in situ, en situaciones de descompensación aguda en salud mental y consumos problemáticos, con la finalidad de reducir la exposición a riesgos, así como asegurar internaciones oportunas o altas cuidadas.
4. Ampliación de los equipos del primer nivel destinados a la atención de niños, niñas y adolescentes, con dispositivos adaptados a sus necesidades especializadas en consumos problemáticos
5. El desarrollo de casas de convivencia, centros de día y espacios terapéuticos de base territorial en toda la República Argentina, debiendo articularse con las autoridades provinciales.
6. La incorporación de criterios de accesibilidad, inclusión y perspectiva de género en todas las obras proyectadas.

A tal efecto, el Presupuesto General de la Administración Nacional deberá prever **una asignación específica no inferior al 5 por ciento (5%) del gasto público total**, destinada específicamente a la ejecución de este plan de infraestructura en salud mental. Este porcentaje será progresivo y acumulativo, y podrá ser complementado mediante convenios de cooperación con organismos internacionales, fondos multilaterales u otros mecanismos de financiamiento específicos que se creen con tal fin.

CAPÍTULO VI: FONDO FEDERAL SOLIDARIO PARA EL FORTALECIMIENTO DE EQUIPOS INTERDISCIPLINARIOS Y DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD MENTAL

Artículo 16.- Créase el Fondo Federal Solidario para el Fortalecimiento de Equipos Interdisciplinarios en Salud Mental. El Fondo tiene la finalidad de financiar, en el ámbito de las Provincias y los Municipios, obras de infraestructura destinadas a la mejora, ampliación, creación dispositivos de atención en salud mental, en zonas urbanas o rurales, así como la formación, radicación y sostenimiento de equipos interdisciplinarios, conforme los principios establecidos en la Ley N° 26.657.

Las inversiones deberán destinarse prioritariamente a: hospitales generales, centros comunitarios, casas de medio camino, dispositivos de atención en crisis, guardias interdisciplinarias y toda otra modalidad de base comunitaria que garantice efectivamente el cumplimiento de la Ley 26.657

Queda expresamente prohibido destinar los recursos del Fondo al financiamiento de gastos corrientes ajenos a los fines previstos en el presente artículo.

Artículo 17.- Destínase al Fondo creado en el artículo anterior el TREINTA POR CIENTO (30%) de las sumas que el Estado Nacional efectivamente perciba en concepto de derechos de exportación de soja, en todas sus variedades y derivados.

Artículo 18.- La distribución de los fondos se realizará en forma automática y diaria, entre las Provincias que adhieran, a través del Banco de la Nación Argentina, conforme los porcentajes establecidos en la Ley Nº 23.548 y sus modificatorias. El Banco de la Nación Argentina no percibirá retribución alguna por la prestación de este servicio.

Artículo 19.- Las Provincias que expresen su adhesión esta medida, y que en consecuencia resulten beneficiarias del Fondo, deberán implementar un régimen de reparto automático que derive a sus municipios las sumas correspondientes, en proporción semejante a lo que les destina de la coparticipación federal de impuestos. Dicha proporcionalidad no podrá nunca significar un reparto inferior al TREINTA POR CIENTO (30%) del total de los fondos que a la Provincia se destinen por su adhesión a esta norma.

Artículo 20.- El PODER EJECUTIVO NACIONAL, cada una de las Provincias adheridas y los Municipios beneficiarios, deberán establecer mecanismos de control que aseguren la transparencia en la utilización de las remesas y su destino a alguna de las finalidades de mejora de infraestructura de las establecidas en el artículo 1º del presente, vigilando el cumplimiento de la prohibición de utilización en gastos corrientes establecida en el citado artículo.

Artículo 21.- La autoridad de aplicación deberá informar al Honorable Congreso de la Nación sobre cumplimiento de las obligaciones con una periodicidad trimestral, remitiendo reportes detallados sobre la ejecución presupuestaria, la distribución y

utilización de los fondos, los avances en infraestructura, y el fortalecimiento de los equipos interdisciplinarios.

Dichos informes deberán ser elevados a ambas Cámaras, y puestos a disposición pública a través de medios digitales oficiales, en cumplimiento del principio de transparencia activa.

Artículo 22.- La presente medida regirá desde la fecha de su publicación en el Boletín Oficial. Los fondos recaudados comenzarán a distribuirse el primer día del mes inmediato posterior a dicha publicación, entre las Provincias que hubieren adherido, las que deberán implementar en el mismo lapso su propio mecanismo de reparto. Ante la falta de adhesión, el resto de las Provincias adheridas acrecerá en proporción a su porcentaje de coparticipación en el total.

CAPÍTULO VII: CAMPAÑAS DE SENSIBILIZACIÓN Y PREVENCIÓN

Artículo 23.- Campañas públicas. El Poder Ejecutivo Nacional deberá implementar campañas sostenidas de sensibilización y formación en salud mental en todo el territorio nacional.

Artículo 24.- Pauta oficial. Destínese un porcentaje no inferior al diez por ciento (10%) de la pauta publicitaria oficial del Estado Nacional para la difusión de campañas de promoción, prevención, detección temprana y tratamiento de padecimientos mentales, con especial énfasis en la prevención del suicidio.

Dichas campañas deberán incluir información clara y accesible sobre los canales de atención disponibles, que incluya la perspectiva de la niñez adolescencia y género, incluyendo líneas telefónicas gratuitas de consulta, servicios de urgencia y dispositivos de acompañamiento psicológico y social.

CAPÍTULO VIII: PARTICIPACIÓN COMUNITARIA Y APOYO A ORGANIZACIONES DE LA SOCIEDAD CIVIL

Artículo 25.- Fortalecimiento de la sociedad civil. El Estado Nacional reconocerá y fomentará el rol activo de las organizaciones de la sociedad civil, fundaciones,

cooperativas, asociaciones civiles y redes comunitarias que desarrollen acciones en materia de salud mental

Artículo 26.- Financiamiento y cooperación. El Poder Ejecutivo Nacional deberá destinar anualmente un fondo específico para apoyar económicamente las iniciativas de estas organizaciones, en función de criterios de trayectoria, impacto territorial, trabajo con poblaciones vulnerables y articulación con el sistema público de salud.

Artículo 27.- Registro y Auditoria. Se promoverá la creación de un Registro Nacional de Organizaciones Comunitarias en Salud Mental, que facilite la articulación institucional, la rendición de cuentas y el acceso a recursos y técnicos.

Las organizaciones inscriptas en el Registro Nacional deberán presentar informes anuales de actividades y rendición de cuentas, que serán objeto de auditoría por parte del órgano competente, conforme los principios de eficiencia, transparencia y control social.

CAPÍTULO IX: CONTROL Y AUDITORÍA PARLAMENTARIA

Artículo 28.- Auditoría y control. Créase un mecanismo de seguimiento y auditoría parlamentaria sobre la implementación de la presente ley, que deberá estar integrado por representantes de ambas Cámaras del Congreso de la Nación.

Dicho mecanismo tendrá como funciones:

1. Solicitar informes trimestrales al Poder Ejecutivo Nacional sobre el estado de cumplimiento de las metas del **Plan Nacional de Acción para la Emergencia en Salud Mental**.
2. Requerir datos de ejecución presupuestaria, avances en infraestructura, cobertura territorial, formación de recursos humanos y programas destinados a infancia y juventud.
3. Convocar a audiencias públicas con participación de usuarios, profesionales, organizaciones de la sociedad civil y autoridades provinciales.

4. Emitir recomendaciones para la mejora de la política nacional de salud mental durante el período de emergencia.

La autoridad de aplicación deberá remitir los informes requeridos en los plazos establecidos y garantizar el acceso a la información pública.

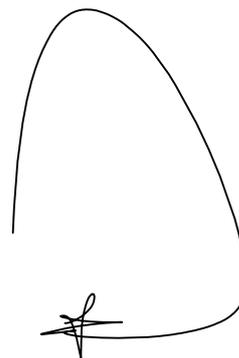
CAPÍTULO X: PLAN NACIONAL Y DISPOSICIONES COMPLEMENTARIAS

Artículo 29.- Plan Nacional de Acción. En un plazo no mayor a CIENTO VEINTE (120) días desde la entrada en vigencia de esta ley, el Ministerio de Salud deberá elaborar, aprobar y publicar el Plan Nacional de Acción para la Emergencia en Salud Mental, incluyendo estrategias, metas, cronograma, indicadores de evaluación y auditoría.

Artículo 30.- Adhesión federal. Invitase a las provincias y a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires a adherir a esta ley y adoptar criterios presupuestarios progresivos, en coordinación con el Consejo Federal de Salud.

Artículo 31.- Reglamentación. El Poder Ejecutivo Nacional reglamentará esta ley en un plazo de sesenta (60) días desde su promulgación.

Artículo 32.- Comuníquese al Poder Ejecutivo



**Ana Carolina
Gaillard**

Daniel **Gollán**
Pablo Raúl **Yedlin**
Mónica **Macha**
Marcela **Campagnoli**
Eduardo Félix **Valdés**

Mónica **Fein**
Lorena Iris **Pokoik**
Esteban **Paulón**
Cecilia **Moreau**
Carlos Daniel **Castagneto**
Eugenia **Alianiello**
Victoria **Tolosa Paz**
Blanca Inés **Osuna**
Luana **Volnovich**

FUNDAMENTOS

Sr. Presidente:

El presente proyecto de ley tiene por objeto declarar la Emergencia Nacional en Salud Mental en todo el territorio de la República Argentina, por el plazo de dos (2) años, hasta el 31 de diciembre de 2027, con el objetivo de dotar a la Ley de Salud Mental N°26.657 de instrumentos operativos y capacidad financiera para su cumplimiento real y efectivo.

Esta iniciativa se inscribe en el marco de los principios consagrados por la Ley Nacional de Salud Mental N.º 26.657, que reconoce la salud mental como un derecho humano fundamental y establece un modelo de atención basado en la comunidad, la dignidad y el respeto por los derechos de las personas.

Resulta oportuno señalar que la Ley Nacional de Salud Mental N.º 26.657, promulgada en el año 2010, constituyó un hito normativo y conceptual en el abordaje de la salud mental en nuestro país definiendo a la salud mental como un proceso determinado por componentes históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos, y promoviendo un enfoque integral e interdisciplinario.

Entre las disposiciones más relevantes de la Ley 26.657 se encuentran el principio de intervención mínima necesaria priorizando tratamientos ambulatorios y comunitarios; la obligación de los efectores de salud de contar con equipos interdisciplinarios y la meta de destinar al menos el diez por ciento (10%) del presupuesto total de salud a salud mental.

Sin embargo, la implementación plena y efectiva de la Ley de Salud Mental continúa siendo una deuda pendiente del Estado, especialmente en lo que respecta a la insuficiencia de financiamiento específico, deficiencias en la infraestructura de dispositivos sanitarios y la falta de recursos humanos interdisciplinarios en cantidad y distribución adecuada con perspectiva federal.

A todo ello se suma la falta de capacitación, articulación y protocolos de actuación claros que garanticen un trato no solo digno sino amoroso a las personas con algún padecimiento mental y también a sus familias que acuden al sistema público de salud o privado en busca de atención.

El sistema está colapsado y no tan solo para aquellas personas sin recursos ni obra social, también para quienes tienen cobertura y recursos muchas veces es una tarea titánica encontrar un lugar de internación o casa de medio camino.

Claramente el proyecto de emergencia que impulsamos, parte de considerar que la actual Ley de Salud Mental constituye un avance significativo, reconocida internacionalmente por su enfoque en derechos humanos y por el cambio de paradigma que ha impulsado en nuestro país. No obstante, ha sido objeto de múltiples críticas, responsabilizándose por la falta de respuestas efectivas ante situaciones como las internaciones involuntarias, los consumos problemáticos o los intentos de suicidio. Estas observaciones han motivado diversos intentos de modificación legislativa.

Sin embargo, entendemos que gran parte de las dificultades no radican en la norma en sí, sino en el escaso conocimiento de sus alcances, así como en la carencia de recursos adecuados y en la ausencia de una planificación eficaz para su implementación plena.

Este proyecto surge de la necesidad de disponer de medidas urgentes y garantizar recursos para atender la situación gravísima de salud mental que atraviesa nuestro país, que se vio agudizada por la pandemia de COVID 19 pero que se agrava día a día producto de la crisis económica.

En ese sentido el proyecto de ley de emergencia que promovemos tiene sus fundamentos en un agudo diagnóstico a nivel nacional donde se destaca la falta de profesionales que abordan la salud mental: psiquiatras y psicólogos, principalmente con especialidad infanto- juveniles, como así también trabajadores sociales y otros actores claves del abordaje interdisciplinario.

A esta limitación estructural se le suma la sobrecarga horaria que padecen estos profesionales, lo cual nos obliga a pensar un nuevo modelo de salud que no sea basado

en el modelo médico hegemónico y en la atención clínica en consultorio, sino que pueda trascender los muros puertas adentro y ser la salud mental comunitaria el estandarte para un nuevo modelo de prevención y promoción de la salud.

Esta transformación requiere de un cambio profundo. Reconocer y comprender los padecimientos mentales representa un primer paso indispensable para romper con estereotipos arraigados y falsas creencias, superando así los prejuicios y la estigmatización que aún pesan sobre las personas que atraviesan estas situaciones.

La discriminación genera una mirada negativa sobre las personas con padecimiento mental. Modificar la mirada es fundamental para que las personas que lo sufren puedan integrarse en la sociedad pero, asimismo, para que los profesionales involucrados cuenten con la capacitación y herramientas suficientes para su correcto abordaje. Por eso, resulta indispensable y urgente además de una ley de emergencia que garantice dotar de recursos necesarios para fortalecer los equipos profesionales interdisciplinarios en centros de salud y en hospitales generales; la inversión en infraestructura especialmente para la construcción de casas de medio camino donde aquellas personas que están bajo tratamiento psiquiátrico y aún no poseen autonomía puedan convivir en un ámbito comunitario que les permita ir cobrando herramientas como parte del proceso de externación con el debido acompañamiento de profesionales. Asimismo resulta fundamental incorporar la capacitación obligatoria de trabajadores de la salud, educación y fuerzas de seguridad en la ley de Salud Mental 26657 desde una perspectiva comunitaria y de derechos humanos para concientizar, sensibilizar y deconstruir viejos paradigmas manicomiales, y nutrir, fortalecer y dinamizar la red organizacional para mejorar la articulación entre los actores que desempeñan en el territorio alguna función desde donde puede llegar una persona con alguna necesidad de atención para que puedan asesorar y direccionar a quien corresponda.

En ese sentido, es pertinente mencionar una trágica situación ocurrida en Paraná, Provincia de Entre Ríos, dónde un joven en estado de paranoia fue asesinado por la policía. La historia de Ariel Goyeneche es un caso emblemático que generó consternación en toda la provincia ya que la policía confundió un padecimiento de salud mental con un intento de robo, el joven fue detenido, reducido y murió asfixiado en la

comisaría en lugar de ser trasladado a un establecimiento de salud mental y así ser atendido debidamente. La familia enfatizó que no se aplicó el Protocolo Nacional de Intervención de las Fuerzas de Seguridad para preservar la integridad de las personas con padecimientos de salud mental.

De esta manera el proyecto que impulsamos no solo reconoce la gravedad del estado de situación en materia de salud mental, sino que asume con decisión un compromiso transformador a partir de la declaración de la emergencia. En lugar de mantener un modelo concentrado en los grandes centros urbanos —donde se encuentra la mayor disponibilidad de profesionales especializados—, esta iniciativa propone una perspectiva federal e integrada, orientada a garantizar que todas las provincias y sus municipios accedan, en condiciones de igualdad, a personal capacitado, dispositivos adecuados y respuestas oportunas frente a la creciente demanda.

En ese sentido proponemos declarar la emergencia en salud mental hasta el 31 de diciembre de 2027, a cuyo efecto se propicia establecer un fondo especial para fortalecer equipos interdisciplinarios (Psicólogos, psiquiatra, trabajadores sociales, musicoterapeutas, acompañantes terapéuticos) en centros de salud y hospitales generales, y la inversión por parte del gobierno nacional en infraestructura necesaria para las internaciones breves, así como para las casas de medio camino. El proyecto también comprende capacitación obligatoria a todos aquellos actores involucrados en la implementación de la Ley de Salud Mental, especialmente en las áreas de salud, seguridad y educación.

Entendiendo que es central dotar de recursos a los municipios para que diagramen estrategias locales de atención en salud mental proponemos la creación de un Fondo Federal Solidario para el Fortalecimiento de Equipos Interdisciplinarios y de Infraestructura en Salud Mental, financiado con recursos de exportación, que será coparticipado directamente a las provincias y a los municipios para fortalecer la atención en salud mental.

El proyecto también contempla que el gobierno Nacional realice campañas permanentes de concientización, sensibilización y prevención, así como de información de lugares o dispositivos para quienes tengan padecimiento de salud mental.

También se incluye capacitación obligatoria para trabajadores como docentes, de salud y fuerzas de seguridad teniendo en cuenta la necesidad de concientizar y sensibilizar a la población para mejorar la articulación y lograr un abordaje adecuado, oportuno y amoroso, en cada caso, conforme los principios de derechos humanos, perspectiva federal y enfoque comunitario.

Desde esta mirada, la declaración de emergencia tiene como finalidad inherente contribuir a la descentralización efectiva de los servicios de salud mental y asegurar condiciones esenciales como la implementación de buenas prácticas en materia de medidas no coercitivas, la inclusión activa de las comunidades y el respeto irrestricto a la capacidad jurídica de las personas. En definitiva, se trata de garantizar el derecho de cada individuo a participar en las decisiones sobre su tratamiento y su proyecto de vida.

Asimismo, esta etapa de emergencia debe servir para consolidar la difusión de los contenidos de la Ley de Salud Mental, y de esta manera procurar desmontar erróneas o malintencionadas interpretaciones que se hizo de este paradigma de la salud mental desde el enfoque comunitario y de derechos humanos, según las cuales el cambio del modelo centralizado en la institucionalización implica una desatención de estos padecimientos.

Como sostiene la reconocida psicóloga Alicia Stolkiner: "Y en políticas públicas se necesita una fuerte atención estatal a las problemáticas colectivas de salud mental. No una atención individuo por individuo. En salud mental la respuesta suele ser individual: tratamiento psifarmacológico y psicoterapéutico. (...) Se necesitan políticas públicas que armen una red de soporte a una sociedad dañada"¹ En virtud de lo expresado, se ha previsto como autoridad de aplicación, al Ministerio de Salud de la Nación, que será el organismo responsable de monitorear el correcto cumplimiento de la ley por parte de

¹ <https://elgritodelsur.com.ar/2021/11/stolkiner-hechos-traumaticos-requieren-de-respuestas-comunitarias.html>

las instituciones, brindar acceso público y difundir el grado de cumplimiento de la misma.

Hablar de salud mental comunitaria, o simplemente de salud comunitaria, implica una organización de los servicios teniendo en cuenta las características epidemiológicas y sociológicas de un territorio, evaluar sus particularidades, de manera que se garantice la universalidad, la equidad y la accesibilidad de las prestaciones, desde la prevención y promoción de la salud.

Por este motivo uno de los ejes de este proyecto de ley de emergencia en Salud mental es la capacitación obligatoria bajo este nuevo paradigma en salud mental, y actualizado a la luz de los desafíos, avances y dificultades que la implementación de la Ley 26.657 representa para el contexto nacional y local.

Solo mediante una formación y capacitación adecuada y situada territorialmente será posible consolidar equipos interdisciplinarios capaces de llevar adelante esta transformación estructural a lo largo de todo el país.

Por ello nuestro proyecto declara la emergencia, propone el fortalecimiento de equipos interdisciplinarios, inversión en infraestructura, capacitación obligatoria y formación de agentes sanitarios.

La coordinación y articulación, sumado a la dotación de recursos directos a los municipios resulta fundamental para dar una respuesta en tiempo oportuno.

Sin lugar a dudas, la necesidad imperiosa de esta transformación quedó en evidencia con crudeza durante la pandemia de COVID-19, cuyo impacto fue transversal y profundo. Este fenómeno global no solo afectó la salud física de millones de personas, sino que también desestructuró vínculos esenciales para la salud mental. El aislamiento social, la interrupción de redes afectivas y comunitarias, y las restricciones a la circulación configuraron un escenario de alta vulnerabilidad emocional, que facilitó la aparición y el agravamiento de numerosos padecimientos psíquicos en vastos sectores de la población. La experiencia vivida refuerza así la urgencia de contar con un sistema

de salud mental verdaderamente comunitario, cercano y preparado para responder a crisis individuales y colectivas.

Según lo revelado por estudios del CONICET, durante y después de la pandemia, más del 47 por ciento de las personas reportaron síntomas de ansiedad, mientras que un 36 por ciento manifestó cuadros depresivos. A su vez, el Observatorio de Psicología Social Aplicada de la Universidad de Buenos Aires estimó que el 9,4 por ciento de la población argentina presenta riesgo de padecer algún trastorno mental, y que solo el 28,2 por ciento de quienes consideran necesitar atención psicológica acceden efectivamente al tratamiento. Esta brecha se explica principalmente por barreras económicas, ya que el 34,2 por ciento de los consultados identificó el costo como principal impedimento.

En el grupo de adolescentes y jóvenes, la situación es aún más crítica. El suicidio se ha convertido en la segunda causa de muerte en este segmento etario en Argentina, con más de 4.000 casos reportados en el año 2023.

Esta cifra supera incluso a las muertes por siniestros viales y homicidios, y representa un llamado de atención urgente sobre la necesidad de políticas públicas que aborden integralmente el sufrimiento psíquico en las juventudes, en un entorno marcado por la precariedad, la falta de contención comunitaria y el uso intensivo de tecnologías que a menudo profundizan el aislamiento emocional.

Otro de los aspectos que se pretende abordar desde la legislación de emergencia es el impacto que tienen el consumo de sustancias psicoactivas, lo cual plantea la necesidad de garantizar dispositivos accesibles y territorialmente distribuidos a lo largo de todo el país, pero sobre todo en regiones de mayor vulnerabilidad.

Según datos internacionales, en 2020 aproximadamente 284 millones de personas de entre 15 y 64 años consumieron drogas, lo que representa un aumento del 26% en comparación con la década anterior. Este grupo equivale al 5,6% de la población mundial. En 2021, se estimó que 36,3 millones de personas padecieron algún tipo de trastorno por uso de sustancias, lo que representa el 12% de los usuarios totales y el 0,4% de la población mundial.

De acuerdo surge de un estudio realizado *"Archipiélagos de certezas en un océano de incertidumbres. Aproximaciones al campo de las políticas de drogas"*, la magnitud del problema no solo crece, sino que se complejiza estructuralmente. La proyección indica un aumento del 11% en el número de consumidores para el año 2030. Esta complejización responde, por un lado, a la proliferación de nuevas sustancias psicoactivas (NPS) —más de 500 ingresan anualmente a los mercados globales— y, por otro, a los efectos de una cultura de consumo intensivo, que promueve la incorporación de sustancias como forma de pertenencia, rendimiento o escape.

En Argentina, al igual que en otras regiones del mundo, la prevalencia de consumo y dependencia de sustancias ilícitas es mayor entre varones, aunque el crecimiento del consumo entre mujeres fue proporcionalmente más acelerado: entre 2010 y 2017, los hombres duplicaron su consumo (de 5,6% a 11,5%) y las mujeres lo triplicaron (de 1,8% a 5,4%).

Los datos en materia de consumo en Argentina revelan datos preocupantes, a saber: a) El alcohol es la sustancia más consumida. El 81% de la población ha ingerido alcohol alguna vez y el 53% lo hizo en el último año. La prevalencia es mayor entre varones y alcanza su pico entre jóvenes de 18 a 24 años (62%). B) La marihuana: principal droga ilícita. El 7,8% de la población la consumió en el último año. Entre varones la prevalencia es del 11% y en mujeres del 5%. C) La cocaína: el 5,3% de las personas entre 12 y 65 años la consumió alguna vez; el 1,5% lo hizo en el último año, con mayor frecuencia entre varones., d) Los psicofármacos: el consumo no prescripto es significativo, aunque la mayoría accede con indicación médica y e) Otras sustancias: el 6% de la población ha usado analgésicos opiáceos sin receta, y el 2,3% ha probado alucinógenos.

En lo que respecta a las problemáticas estructurales vinculadas a los consumos, resulta oportuno señalar las siguientes: a) Falta de accesibilidad a espacios públicos de atención integral, profundizada por el estigma y la contradicción entre el enfoque sanitario y la vigencia de la Ley de Drogas (N.º 23.737), que penaliza a los usuarios como delincuentes, alejándolos de los servicios de salud; b) Creciente circulación de sustancias adulteradas sin control de calidad, propias de un mercado ilegal desregulado. Esto no solo aumenta los riesgos y daños, sino que también dificulta los abordajes preventivos. La prohibición

del testeo de sustancias imposibilita estrategias de reducción de riesgos, y c) Mayor vulnerabilidad en mujeres y personas LGBTQ+, atravesadas por una doble estigmatización. En el caso de las mujeres, es creciente la demanda de atención en contextos de maternidad con consumos problemáticos, situación que requiere un enfoque interseccional, integral y no punitivista.

A lo expuesto, debe señalarse el reconocimiento de una nueva dimensión del consumo problemático asociada a las tecnologías digitales. La hiperconectividad, el uso compulsivo de plataformas y la imposibilidad de establecer pausas en el vínculo con los dispositivos dan cuenta de un fenómeno emergente y transversal.

Esta problemática se expresa en múltiples formas: apuestas online, videojuegos sin límite de tiempo, uso excesivo de redes sociales, y una plataformización de la vida cotidiana mediada por algoritmos no regulados. Esta gubernamentalidad algorítmica, basada en la lógica del mercado, no garantiza la protección de datos personales, carece de criterios de regulación estatal y potencia la vulnerabilidad psíquica, en particular en niños, adolescentes y jóvenes.

Como resultado del diagnóstico detallado que venimos desarrollando —caracterizado por la insuficiencia de recursos, la concentración geográfica del personal especializado, la falta de infraestructura adecuada, las profundas desigualdades territoriales, y el impacto crítico de la pandemia de COVID-19— se hace evidente la necesidad de una respuesta estatal urgente, planificada y con anclaje federal. Frente a este panorama, no se trata únicamente de una opción política o de una buena práctica sanitaria: **el Estado Nacional, en sus distintas competencias, tiene la obligación jurídica indelegable de garantizar el derecho a la salud mental.**

Esta obligación encuentra su respaldo normativo en el artículo 75, inciso 22, de la Constitución Nacional, que reconoce jerarquía constitucional a los tratados internacionales de derechos humanos. Entre ellos, cabe destacar el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y la Convención sobre los Derechos del Niño, que establecen con claridad el derecho de toda persona al disfrute del más alto

nivel posible de salud física y mental, así como el deber de los Estados de adoptar medidas, tanto inmediatas como progresivas, para su plena realización.

Por lo tanto, no solo existe un deber ético y político de intervención, sino un **mandato constitucional y convencional que obliga al Estado argentino** a remover los obstáculos que impiden el ejercicio efectivo de este derecho, especialmente en los sectores históricamente vulnerabilizados y en las regiones del país donde el acceso a los servicios de salud mental es prácticamente inexistente.

La emergencia en salud mental que aquí se propone declarar, lejos de constituir una herramienta excepcional, debe ser entendida como el instrumento normativo necesario para dar cumplimiento efectivo a estos compromisos jurídicos nacionales e internacionales asumidos en materia de salud mental.

La Ley Nacional de Salud Mental N.º 26.657, en su artículo 4º, refuerza este mandato al establecer que las políticas públicas deben orientarse a garantizar el acceso universal, equitativo e igualitario a los servicios de salud mental, promoviendo un modelo comunitario y de inclusión social.

En tal sentido, el Estado Nacional —a través del Ministerio de Salud— deberá desplegar acciones urgentes, coordinadas y sostenidas que permitan revertir las condiciones de abandono, fragmentación y sub financiamiento que hoy predominan en la atención de los padecimientos mentales.

En este contexto no podemos omitir, como circunstancia agravante, desde la perspectiva de la gestión pública, la manifiesta subejecución presupuestaria, crónica, en materia de salud mental. Así lo revelan los datos referidos al año 2024, en el cual el presupuesto efectivamente destinado a este campo representó apenas el 1,82% del gasto total en salud, cifra notoriamente alejada del 10% que la Ley N.º 26.657 establece como umbral mínimo para garantizar una atención adecuada. Aún más preocupante resulta el hecho de que, según proyecciones oficiales, esta proporción podría disminuir al 1,60% en el corto plazo, profundizando aún más el déficit estructural que arrastra el sistema.

Esta alarmante deficiencia presupuestaria se ven reflejadas en el déficit estructural en la conformación de equipos interdisciplinarios y la insuficiencia de infraestructura sanitaria adecuada, especialmente en las provincias y regiones con menor densidad poblacional o altos índices de vulnerabilidad social.

Pese a que la Ley 26.657 establece en su artículo 13 la obligatoriedad de que los servicios de salud mental funcionen con equipos interdisciplinarios integrados por profesionales de diferentes disciplinas —entre ellos psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales, enfermeros especializados y acompañantes terapéuticos—, lo cierto es que la disponibilidad real de dichos equipos es profundamente desigual en el territorio nacional.

Según datos del Ministerio de Salud de la Nación (2023), el 70% de los recursos humanos especializados en salud mental se concentran en el Área Metropolitana de Buenos Aires, mientras que provincias del norte y del sur del país registran una escasez alarmante de profesionales, tanto en hospitales generales como en dispositivos comunitarios.

En paralelo, el informe de la Asociación Civil por la Igualdad y la Justicia (ACIJ) sobre el Presupuesto para Salud Mental 2025 señala que:

“El 98% de los recursos proyectados se concentran en los hospitales monovalentes y en la SEDRONAR, mientras que las actividades del Ministerio de Salud vinculadas a la promoción comunitaria de la salud mental representan apenas el 1,6% del total de la inversión proyectada”.

Además, la actividad denominada “Apoyo y Promoción de la Salud Mental” del Ministerio de Salud —la única partida nacional identificable orientada al fortalecimiento territorial del sistema— sufrió una caída presupuestaria del 58,09% en 2024 respecto del año anterior, y para 2025, aunque se prevé una recuperación parcial, no contempla metas físicas vinculadas a la asistencia financiera de proyectos comunitarios en provincias y municipios.

Desde el punto de vista de la infraestructura, el Plan Nacional de Adecuación de Hospitales Monovalentes previsto en la Ley 26.657 ha sido prácticamente desactivado.

El presupuesto vigente para 2024 en el Hospital Nacional y Comunidad "Dr. Ramón Carrillo" cae un 13,67% en relación con el devengado 2023, mientras que en el Hospital "Lic. Laura Bonaparte" la reducción alcanza el 21,85%. Estas instituciones, si bien integran redes nacionales, no logran compensar la falta de infraestructura local en muchas provincias, donde no existe aún una red suficiente de casas de convivencia, centros de día o dispositivos ambulatorios especializados.

Esta situación se ve reflejada en el documento suscrito por las autoridades de salud mental, reunidas en el 30 de abril de 2025, quienes luego de un proceso de intercambio y reflexión concluyera llevar adelante una serie de acciones con el fin de promover y garantizar el acceso universal al derecho a la Salud. En ese marco se avanzó en acordar 13 puntos centrales en torno a la problemática de salud y de la salud mental específicamente; a cuyo efecto adhirieron las autoridades de salud de las provincias de Buenos Aires, Córdoba, La Pampa, Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur, Salta, San Luis, Santa Cruz, Río Negro, Santiago del Estero, Neuquén, Chubut y a nivel nacional el Consejo Consultivo Honorario en Salud Mental y Adicciones².

Esta situación de asimetría federal en el acceso a servicios, personal capacitado e infraestructura básica configura una vulneración sistemática al derecho a la salud mental con equidad territorial. En ese sentido, se requiere de manera urgente una planificación federal solidaria, con mecanismos de distribución presupuestaria que prioricen criterios poblacionales, epidemiológicos y de densidad de dispositivos disponibles.

La declaración de la Emergencia Nacional en Salud Mental, por tanto, se justifica también como un instrumento para restablecer el equilibrio territorial del sistema, garantizando que ninguna provincia o municipio quede excluido de las respuestas que el Estado Nacional tiene la obligación de implementar para cumplir con los estándares legales y convencionales vigentes.

En consonancia con el diagnóstico previamente expuesto, el presente proyecto de ley de emergencia establece un conjunto de medidas concretas y coordinadas a ser

²file:///C:/Users/agaillard/Downloads/Reunio%CC%81n%20SM%20Federal.%20Consensos%20(2).pdf

implementadas en el marco de un Plan Nacional de Acción por la Emergencia en Salud Mental. Dicho plan tiene como finalidad comenzar a revertir de manera urgente y progresiva las carencias estructurales detectadas, y dar respuesta efectiva a las múltiples demandas existentes en el sistema de salud mental en todo el país.

En cumplimiento de su deber indelegable de garantizar el derecho a la salud mental, el Estado Nacional debe asumir la responsabilidad de ejecutar un conjunto de medidas concretas, inmediatas y sostenidas en el marco del Plan Nacional de Acción por la Emergencia en Salud Mental.

Entre dichas medidas se establecen: el aumento progresivo del presupuesto asignado a salud mental hasta alcanzar, como mínimo, el diez por ciento (10%) del gasto total en salud; la formación, capacitación, financiamiento y despliegue federal de equipos interdisciplinarios en todos los niveles de atención; la creación, sostenimiento y fortalecimiento de dispositivos territoriales con anclaje comunitario; el desarrollo de campañas masivas de prevención y desestigmatización; la ejecución de obras de infraestructura sanitaria; y la puesta en funcionamiento de un sistema de auditoría y control parlamentario permanente que garantice la trazabilidad de los recursos asignados y la evaluación transparente de los resultados alcanzados.

Estas obligaciones están expresamente detalladas en el artículo 8° del proyecto de ley, el cual establece una serie de medidas prioritarias que el Estado Nacional debe implementar de manera efectiva durante la vigencia de la emergencia. El objetivo central es garantizar una respuesta integral, federal y sostenida en materia de salud mental, con especial atención a niñas, niños, adolescentes, jóvenes y sus familias. Las acciones previstas se articulan con los principios consagrados en la Ley Nacional de Salud Mental N.º 26.657, la Ley de Prevención del Suicidio N.º 27.130, la Ley de Abordaje Integral del Consumo Problemático de Sustancias Psicoactivas N.º 26.934 y la Convención sobre los Derechos del Niño.

En este marco, se estipula expresamente la incorporación de equipos interdisciplinarios y móviles en todos los niveles de atención, la adecuación de servicios de internación para garantizar atención digna y oportuna, el fortalecimiento de los mecanismos de

prevención y la capacitación obligatoria del personal, así como la garantía de acceso equitativo a tratamientos y psicofármacos. Asimismo, se prevé fomentar la inclusión social y laboral de las personas con padecimientos mentales, y promover dispositivos específicos para el abordaje integral de la salud mental infantil y adolescente. Todas estas acciones, al estar legalmente establecidas, se transforman en compromisos operativos ineludibles para los organismos responsables de su ejecución. También se prevé garantizar el acceso equitativo a tratamientos y psicofármacos, fomentar la inclusión social y laboral de personas con padecimientos mentales, y promover dispositivos específicos para el abordaje integral de la salud mental infantil y adolescente.

Otro de los pilares fundamentales del proyecto de ley lo constituye la previsión del artículo 15, el cual establece la obligación del Poder Ejecutivo Nacional de llevar adelante un ambicioso **plan federal de obras públicas** orientado a fortalecer la red asistencial de salud mental en todo el país, en articulación con las provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Este plan tiene por finalidad garantizar el acceso efectivo, oportuno y legal a la atención ambulatoria y a internaciones breves, conforme las disposiciones de la Ley N° 26.657 y los estándares internacionales en la materia.

En ese sentido, se destacan en este artículo es la **construcción de casas de medio camino**, dispositivos residenciales de carácter transitorio que brindan acompañamiento y contención a personas externadas o en proceso de desinstitucionalización, promoviendo su reintegración social en condiciones de dignidad, autonomía y cuidado. Estas casas, junto con centros de día, espacios terapéuticos y dispositivos de base territorial, representan una alternativa concreta y humana a los modelos persistentes.

Además, el artículo contempla: a) La adecuación de unidades de internación en hospitales generales (con un piso del 10% de camas destinadas a salud mental); b) La construcción y reequipamiento de centros comunitarios en zonas críticas; c) La incorporación de equipos móviles de intervención en crisis; d) El fortalecimiento de la atención infantojuvenil especializada en consumos problemáticos; e) La incorporación de criterios de accesibilidad, inclusión y perspectiva de género en todas las obras.

El financiamiento del plan estará respaldado por una asignación presupuestaria específica no inferior al 5% del gasto público total, con carácter progresivo y acumulativo, y podrá ser complementado por acuerdos con organismos internacionales.

En relación a la necesidad de la incorporación progresiva de nuevos agentes sanitarios especializados se prevén, en el artículo 11 del proyecto, instancias de capacitación y con formación adecuada a los principios de la Ley N° 26.657, fomentando residencias interdisciplinarias, diplomaturas y trayectos formativos adaptados a las necesidades locales.

Asimismo, el proyecto establece la obligación de promover la capacitación permanente del personal de salud, seguridad educación y áreas afines, en temáticas claves como salud mental comunitaria, abordaje intercultural, prevención del suicidio y respuesta ante crisis y catástrofes, reconociendo también la importancia del cuidado de la salud mental de los propios trabajadores.

Resulta fundamental la capacitación para mejorar la articulación y coordinación de los servicios para lograr una atención a tiempo y un abordaje adecuado.

En pos de garantizar el cumplimiento de las obligaciones que surgen del proyecto de emergencia se ha dispuesto en el artículo 10°, la creación del Fondo Nacional para el Fortalecimiento de Equipos Interdisciplinarios en Salud Mental, con la finalidad de dotar al sistema público de salud de los recursos permanentes y suficientes para garantizar la efectiva implementación del artículo 13 de la Ley N.º 26.657. Su financiamiento se estructura sobre la base de asignaciones presupuestarias específicas y recursos tributarios. En definitiva, el fondo constituye una herramienta estructural para garantizar el derecho a la salud mental y revertir las inequidades que históricamente han afectado a amplios sectores de la población.

En ese mismo sentido, hemos considerado razonable y prudente apelar a una herramienta de financiamiento solidario como es el Fondo Federal Solidario para el Fortalecimiento de Equipos Interdisciplinarios y de Infraestructura en Salud Mental (art. 16) el cual tiene como finalidad central contribuir a la creación, ampliación, mejora y

equipamiento de dispositivos comunitarios de salud mental, así como al financiamiento del componente humano esencial: los equipos interdisciplinarios.

A diferencia de otros programas transitorios o discrecionales, este fondo se alimenta de un porcentaje fijo —el 30%— de los derechos de exportación de soja y derivados, permitiendo su sostenibilidad y previsibilidad.

Esta medida se funda en el espíritu solidario del Fondo Federal Solidario creado en el año 2009, mediante el Decreto de Necesidad y Urgencia n° 206/2009, con la finalidad de financiar, en Provincias y Municipios, obras que contribuyan a la mejora de la infraestructura sanitaria, educativa, hospitalaria, de vivienda o vial en ámbitos urbanos o rurales, con expresa prohibición de utilizar las sumas que lo compongan para el financiamiento de gastos corrientes.

En ese mismo sentido se prevé adoptar los criterios de distribución automática a través del Banco de la Nación Argentina, sin intermediación ni retribución financiera por el servicio, lo que garantiza transparencia y agilidad en la transferencia de recursos. De igual forma, se exige a las jurisdicciones provinciales adheridas la transferencia de al menos un 30% de los fondos a sus Municipios, en proporción al régimen de coparticipación vigente, fortaleciendo así la respuesta local en salud mental desde el primer nivel de atención.

Sin lugar a dudas, el Fondo creado constituye una herramienta imprescindible para avanzar en la adecuación de hospitales generales, la construcción de casas de medio camino, el desarrollo de dispositivos móviles de atención en crisis, guardias interdisciplinarias, y otros espacios estratégicos definidos por la Ley N° 26.657.

También permitirá asegurar sostenimiento operativo de equipos interdisciplinarios, además de promover y garantizar la formación continua de los equipos interdisciplinarios, independientemente del lugar o región donde se encuentren emplazados los mismos.

Resulta, asimismo, oportuno destacar que la creación de este fondo solidario tiene como finalidad asegurar recursos específicos que se coparticipen de manera directa a todos

los municipios del país orientados a fortalecer equipos interdisciplinarios, obras y dispositivos que integren infraestructura física y capital humano.

Sin hesitación, podemos afirmar que el Fondo Federal de Emergencia para la Infraestructura y el Fortalecimiento de Equipos Interdisciplinarios en Salud Mental no solo representa una medida fiscalmente sostenible, sino que expresa el compromiso de este Congreso con una respuesta ética, federal y jurídicamente viable, orientada a saldar una deuda histórica del Estado argentino en materia de equidad territorial y garantía efectiva del derecho a la salud mental.

En definitiva, resulta imperioso que el Estado asuma con firmeza su compromiso internacional en materia de salud mental y derechos humanos. Tal como lo establecen los organismos internacionales, debiendo de manera activa proteger, promover y respetar todos los derechos humanos y libertades fundamentales, garantizando que las políticas públicas efectivas, solidarias y con perspectiva federal, que observen los estándares internacionales vigentes.

Sin compromiso presupuestario, sin políticas públicas sostenidas y sin una red comunitaria integrada, los principios consagrados por la ley corren el riesgo de quedar como una mera declaración formal sin impacto real en la vida de las personas.

De esta manera la declaración de la Emergencia Nacional en Salud Mental se presenta como una herramienta imprescindible para dar cumplimiento a estas obligaciones, con el objeto de garantizar un sistema orientado a promover un paradigma verdaderamente inclusivo y respetuoso de los derechos humanos.

Por último, consideramos que la ley de salud mental fue un avance importante en materia de derechos humanos no obstante, lo cual su efectiva aplicación requiere que el Estado Nacional invierta los recursos necesarios para garantizar acceso a la salud, acompañamiento y una atención adecuada a quienes tienen algún padecimiento de salud mental.

Por todo lo expuesto, vengo a solicitar a mis pares el acompañamiento al proyecto de ley de emergencia.



**Ana Carolina
Gaillard**

Daniel **Gollán**
Pablo Raúl **Yedlin**
Mónica **Macha**
Marcela **Campagnoli**
Eduardo Félix **Valdés**
Mónica **Fein**
Lorena Iris **Pokoik**
Esteban **Paulón**
Cecilia **Moreau**
Carlos Daniel **Castagneto**
Eugenia **Alianiello**
Victoria **Tolosa Paz**
Blanca Inés **Osuna**
Luana **Volnovich**