



## “LEY ÓMNIBUS”

### **OBSERVACIONES DEL CELS SOBRE LOS ARTÍCULOS QUE AFECTAN LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON PADECIMIENTOS MENTALES (ARTS. 618 A 625 DEL PROYECTO DEL PODER EJECUTIVO)**

#### **1- Consideraciones generales**

El proyecto de “Ley Ómnibus” propone en varios puntos modificaciones normativas que tienen consecuencias sobre temas de salud mental. Preocupa especialmente lo enunciado en los artículos 618 al 625 del documento, mediante los cuales se propone modificar ocho artículos (art. 5, 11, 20, 22, 23, 27, 28 y 39) de la Ley Nacional de Salud Mental n° 26.657 (LNSM), sancionada en 2010 con unanimidad en ambas cámaras. Dichos artículos modifican los ejes centrales de la LNSM que sostienen un paradigma de desmanicomialización:

- el respeto a la voluntad de las personas con padecimiento mental;
- el trabajo interdisciplinario e integrado en el ámbito de la salud;
- el cierre de los manicomios;
- el tratamiento sin encierro y en la comunidad;
- y la participación de usuarios, familiares y miembros de la sociedad civil en la toma de decisiones y la implementación de nuevas políticas.

Las propuestas de reforma en materia de salud mental incluidas en el proyecto de Ley “Ómnibus” son además contrarias a la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD), desconocen las recomendaciones formuladas por el Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad al Estado, y violan los términos del Acuerdo de Solución Amistosa ante la CIDH por el caso de Maria del Carmen Senem de Buzzi.

Lo que la reforma propone es la ampliación de criterios para proceder con internaciones involuntarias o decidir sobre las externaciones de las personas una vez internadas; la eliminación de la prohibición de crear nuevos lugares de encierro como lo son los hospitales neuropsiquiátricos y monovalentes; el debilitamiento del derecho de defensa; y la modificación de la conformación plenaria del Órgano de Revisión de Salud Mental, que es el encargado de monitorear el cumplimiento de la ley, reduciéndolo a un conjunto de profesionales técnicos y eliminando la participación de la sociedad civil, en particular de familiares y usuarios/as de los servicios de salud mental. Todas estas modificaciones van en detrimento de los procesos de desinstitucionalización, que son los únicos que permiten a las personas con discapacidad vivir de modo independiente y en la comunidad.

Las reformas propuestas resultan un grave retroceso en materia de derechos de las personas con discapacidad psicosocial, e implican un retorno a modelos de pleno encierro obsoletos en todo el mundo. También restringen aún más el derecho a la toma de decisiones de los usuarios y usuarias, y aumentan potestades de intervención de ámbitos como el Poder Judicial, sin que se respete el derecho al consentimiento libre e informado. Supone regresar a un funcionamiento que hoy en día no cuenta con respaldo científico, y

que en Argentina ha sido demostradamente perjudicial para la salud y los derechos de las personas.

En relación con uno de los argumentos utilizados de manera más frecuente por sectores que buscan regresar al perimido modelo del manicomio (a saber, la supuesta imposibilidad de internar personas contra su voluntad), cabe señalar que las internaciones involuntarias no están del todo prohibidas en Argentina, pero gracias a la LNSM se pudieron implementar mecanismos de control y de resguardo de los derechos de las personas en esa situación, logrando que las internaciones sean mucho más breves y los criterios estén definidos con claridad y con el acuerdo de profesionales de distintas disciplinas de la salud, favoreciendo a su vez otros modos de abordaje menos restrictivos de la libertad y con mucho mayor efectividad en el tratamiento del padecimiento mental. Así y todo, la mayoría de las internaciones en Argentina hoy en día (alrededor del 80% en 2022)<sup>1</sup> proceden de forma involuntaria y se justifican con la presencia de riesgo cierto e inminente para la persona o para terceros.

## **2- Las modificaciones a la LNSM, artículo por artículo<sup>2</sup>**

Art. 618 (modifica Art. 5): Habilita a que un juez pueda indicar la internación involuntaria de una persona, guiado por su propia convicción y sin necesidad de que exista una evaluación interdisciplinaria previa. De prosperar esta propuesta, una persona podría estar internada forzosamente a partir solamente del criterio de un juez, que no es un profesional de la salud<sup>3</sup>, durante un tiempo indeterminado, y a la espera de que un equipo profesional lo evalúe después. Esto implica una interferencia en un ámbito que requiere de un saber especializado para resguardar la salud y el bienestar de una persona, incrementando los índices de judicialización de la salud mental de las personas y la exclusiva y discrecional intervención de la justicia.

Art. 619 (modifica Art. 11): Se incluye a “comunidades e instituciones terapéuticas” como dispositivos alternativos, en vez de promover servicios integrados a la red de salud en general. La inserción de las personas luego del alta clínica en instituciones de ese tipo habilita lógicas contrarias al modelo social de discapacidad, desconoce el derecho a la toma de decisiones con apoyo, a una vida independiente, y a ser incluido en la comunidad, a la accesibilidad universal y a los ajustes razonables contenidos en la CDPD y reconocidos en la jurisprudencia de la Corte IDH (véase el punto 3 de este documento sobre compromisos internacionales). Actualmente muchas comunidades terapéuticas se adecuaron a la LNSM, mientras que el viejo modelo que se pretende restaurar habilita dispositivos aislados de la sociedad donde son habituales internaciones arbitrarias, prácticas coercitivas y maltratos que en varias ocasiones han generado muertes y delitos investigados judicialmente.

Art. 620 (modifica Art. 20): Complejiza y profundiza arbitrariedades en los criterios de internación involuntaria, sumando al criterio de riesgo cierto e inminente la posibilidad de que proceda por problemas de “adherencia”, falta de “conciencia de enfermedad”, o que “no hayan cesado las causas que generaron tal situación”, todos criterios absolutamente arbitrarios y que han sido utilizados con frecuencia en el pasado para sostener internaciones involuntarias indefinidas en manicomios. En el caso de menores de edad en situación de consumo, habilita la solicitud de internación con la firma de un único profesional, incrementando el riesgo de arbitrariedad en el criterio.

---

<sup>1</sup> Según Leonardo Gorbacz, en ese momento Director Protección de Derechos de grupos en situación de vulnerabilidad, de la Secretaría de DDHH.

<https://www.pagina12.com.ar/423964-caso-felipe-pettinato-que-dice-la-ley-de-salud-mental-sobre-?>

<sup>2</sup> Véase el Anexo con la transcripción de cada artículo y el señalamiento de las modificaciones.

<sup>3</sup> Esta entrevista a Julieta Calmels, subsecretaria de Salud Mental de PBA, ilustra bastante bien las implicancias de la reforma, y en especial la injerencia directa de un juez en la salud:

<https://www.pagina12.com.ar/701540-un-juez-no-sabe-cuando-internar-una-persona>

Art. 621 (modifica Art. 22): Regula el derecho a contar con una defensa técnica al momento de la internación. La reforma facultaría al defensor (particular u oficial) a actuar en contra de los intereses de su representado, dado que se aclara expresamente que el abogado puede oponerse a la internación, lo que se desprende que el objetivo es mantener a la persona internada el tiempo que el “defensor” crea necesario. Dicha modificación podría convertir a la figura del abogado defensor en una especie de curador *de facto*, desdibujando el rol asignado a la defensa especializada y en franca oposición a los estándares internacionales e internos en la materia.

Art. 622 (modifica Art. 23): Apunta a armonizar con las modificaciones que proponen para el art. 20. Ya no será necesario que cese el riesgo para sí o para terceros para que una persona continúe internada involuntariamente, sino que tendrían que cesar “las circunstancias” que dieron motivo a la internación. Algo tan amplio y difuso que aquí vuelve a aparecer la posibilidad de la internación involuntaria indefinida.

Art. 623 (modifica Art. 27): Vuelve a reconocer y habilitar las internaciones en hospitales monovalentes. Ya no será obligatoria la sustitución de los manicomios por dispositivos alternativos (hospitales de día, salas de internación en hospitales generales, dispositivos sociolaborales, cooperativas, casas de convivencia, etc).

Art. 624 (modifica Art. 28): Elimina la obligatoriedad de las internaciones por motivos de salud mental en hospitales generales, plantea que las mismas deben realizarse en instituciones adecuadas (monovalentes, como se plantea en el Art. 623). Ya no obliga a que hospitales generales, sanatorios y clínicas públicas y privadas tengan que abrir salas de salud mental y/o adicciones ni a crear servicios de salud mental dentro de sus estructuras.

Art. 625 (modifica Art. 39): Se modifica la integración del Órgano de Revisión (órgano clave en la evaluación y monitoreo de la implementación y cumplimiento de la ley). Elimina la representación del Estado, organismos de derechos humanos, profesionales y otros trabajadores de la salud y de organizaciones no gubernamentales, y lo que es más grave, excluye a los usuarios y familiares. De esta forma, el ORN quedaría totalmente desarticulado, ya no es lo que se supone que debe ser y no queda claro para qué podría servir. La participación de organismos y de usuarios y familiares ha sido clave para que exista efectiva supervisión y una verdadera representación intereses de las personas involucradas, y muchas veces han sido usuarios y familiares quienes han recibido denuncias e impulsado la investigación de casos. Además, está demostrado que la mayor participación de usuarios redundaba en una mejora de la salud, democratizando los procesos de salud y permitiendo que el usuario se constituya como un agente activo, y por eso es algo recomendado ampliamente por organismos internacionales y sociedades científicas<sup>4</sup>.

### **3- Principales compromisos internacionales**

- La Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad (CDPD) es un tratado de derechos humanos que entró en vigencia en 2008 y que en Argentina tiene jerarquía constitucional (leyes n° 26.378 y n° 27.044). La CDPD consagra lo que se conoce como modelo social de la discapacidad, que pone el foco de la desigualdad en las barreras creadas y sostenidas por la sociedad. Señala que “las personas con discapacidad tienen capacidad jurídica en igualdad de condiciones con las demás en todos los aspectos de la vida”, y que por eso los Estados “adoptarán las medidas pertinentes para proporcionar acceso a las personas con discapacidad

---

<sup>4</sup> Véase por ejemplo, [este artículo publicado hace una semana por el British Journal of Psychiatry](#), en el que se detallan esfuerzos de la OMS y la World Psychiatric Association - de la que forman parte las asociaciones locales como APSA y AAP - por promover la mayor participación de usuarios y familiares en la toma de decisiones desde tratamientos hasta política pública.

al apoyo que puedan necesitar en el ejercicio de su capacidad jurídica”. Sosteniendo que no debe privarse a las personas de la posibilidad de elegir y actuar, resalta el concepto de “régimen de apoyos”, que reemplaza al sistema de curatela por el modelo de apoyo en la toma de decisiones, dos figuras legales antagónicas.

- En 2022 se firmó un Acuerdo de Solución Amistosa ante la CIDH por el caso María del Carmen Senem de Buzzi, una mujer que en 1993 fue internada en un manicomio por decisión de un juzgado sin la existencia de un verdadero criterio de salud. A partir de dicho acuerdo el Estado se comprometió a implementar medidas de no repetición, entre las que destacan: la presentación ante la CIDH de los planes de adecuación de los hospitales neuropsiquiátricos públicos de la PBA y la adopción de estándares de funcionamiento y supervisión periódica de los servicios de salud mental y consumos problemáticos; capacitaciones y formación en salud mental y derechos humanos para el Poder Judicial; y la promoción de la implementación de la LNSM en todo el país.
- En marzo del año 2023, el Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de las Naciones Unidas recomendó al Estado Argentino reformar la Ley Nacional de Salud Mental y otras normativas para prohibir los internamientos involuntarios e implementar planes de salud mental basados en el modelo de derechos humanos de la discapacidad, vigilar que los proyectos de reforma de la Ley de Salud Mental se ajusten a la CDPD, prohibir cualquier medida coercitiva impuesta a personas con discapacidad y eliminar las disposiciones jurídicas que las legitiman, y fortalecer el monitoreo constante de las condiciones de privación de libertad de las personas con discapacidad. Especialmente vulnera el derecho a la capacidad jurídica universal y al respeto a las preferencias.

## ANEXO

Modificaciones a cada artículo de la Ley Nacional de Salud Mental 26657 según lo propuesto en el proyecto de Ley “Ómnibus”.

Texto actual de la ley 26657 (en rojo, los fragmentos que se suprimen en la redacción propuesta por el PEN)	Texto del proyecto de ley de modificación (en rojo, los fragmentos que se agregan a la redacción actual de la Ley de Salud Mental)
<p><b>ARTÍCULO 5</b></p> <p>La existencia de diagnóstico en el campo de la salud mental no autoriza en ningún caso a presumir riesgo de daño o incapacidad, lo que sólo puede deducirse a partir de una evaluación interdisciplinaria de cada situación particular en un momento determinado.</p>	<p><b>ARTÍCULO 5</b></p> <p>La existencia de diagnóstico por sí solo en el campo de la salud mental no autoriza en ningún caso a presumir riesgo de daño o incapacidad, lo que sólo puede deducirse a partir de una evaluación interdisciplinaria de cada situación particular en un momento determinado.</p> <p><b>En caso de que situaciones particulares del caso frente a elementos concordantes y de convicción que así lo indiquen, el juez podrá adoptar medidas de atención urgentes y deberá posteriormente realizar la correspondiente evaluación interdisciplinaria.</b></p>
<p><b>ARTÍCULO 11</b></p> <p>La Autoridad de Aplicación debe promover que las autoridades de salud de cada jurisdicción, en coordinación con las áreas de educación, desarrollo social, trabajo y otras que correspondan, implementen acciones de inclusión social, laboral y de atención en salud mental comunitaria. Se debe promover el desarrollo de dispositivos tales como: consultas ambulatorias; servicios de inclusión social y laboral para personas después del alta institucional; atención domiciliaria supervisada y apoyo a las personas y grupos familiares y comunitarios; servicios para la promoción y prevención en salud mental, así como otras prestaciones tales como casas de convivencia, hospitales de día, cooperativas de trabajo, centros de capacitación socio-laboral, emprendimientos sociales, hogares y familias sustitutas.</p>	<p><b>ARTÍCULO 11</b></p> <p>La Autoridad de Aplicación debe promover que las autoridades de salud de cada jurisdicción, en coordinación con las áreas de educación, desarrollo social, trabajo y otras que correspondan, implementen acciones de inclusión social, laboral y de atención <b>y rehabilitación</b> en salud mental comunitaria. Se debe promover el desarrollo de dispositivos tales como: consultas ambulatorias; servicios de inclusión social y laboral para personas después del alta institucional; atención domiciliaria supervisada y apoyo a las personas y grupos familiares y comunitarios; servicios para la promoción y prevención en salud mental, así como otras prestaciones tales como casas de convivencia, hospitales de día, cooperativas de trabajo, centros de capacitación socio- laboral, emprendimientos sociales, <b>comunidades e instituciones terapéuticas</b>, hogares y familias sustitutas.</p>
<p><b>ARTÍCULO 20</b></p> <p>La internación involuntaria de una persona debe concebirse como recurso terapéutico excepcional <b>en caso de que no sean posibles los abordajes ambulatorios, y sólo podrá realizarse cuando a criterio del equipo de salud mediare situación de riesgo cierto e inminente para sí o para terceros. Para que proceda la internación involuntaria, además de los requisitos comunes a toda internación, debe hacerse constar:</b></p> <p><b>a) Dictamen profesional del servicio asistencial que realice la internación. Se</b></p>	<p><b>ARTÍCULO 20</b></p> <p>La internación involuntaria de una persona es considerada como recurso terapéutico excepcional <b>y procede, previa evaluación médica y del equipo interdisciplinario, en los siguientes casos:</b></p> <p><b>a) Cuando no logre adherencia a los abordajes ambulatorios y presente una falta de conciencia de enfermedad que afecte su capacidad de discernimiento y que implique una grave vulneración a su salud integral;</b></p> <p><b>b) Cuando se encuentre en situación de riesgo cierto e inminente para sí o para terceros,</b></p>

<p>debe determinar la situación de riesgo cierto e inminente a que hace referencia el primer párrafo de este artículo, con la firma de dos profesionales de diferentes disciplinas, que no tengan relación de parentesco, amistad o vínculos económicos con la persona, uno de los cuales deberá ser psicólogo o médico psiquiatra;</p> <p>b) Ausencia de otra alternativa eficaz para su tratamiento; Informe acerca de las instancias previas implementadas si las hubiera.</p>	<p><b>c) Cuando con posterioridad a la internación</b> bajo el supuesto del inciso b), no entrañe riesgo cierto e inminente para sí o para terceros <b>pero no hayan cesado las causas que generaron tal situación,</b></p> <p>d) <b>Cuando a pedido de ambos padres</b> o de quien/es ejerzan la responsabilidad parental, tutor o a requerimiento del Juez previa solicitud del órgano administrativo competente, se trate de un menor <b>de edad que padece adicción a sustancias psicoactivas</b> que comprometa gravemente su salud integral o desarrollo psicofísico. Al efecto se debe acompañar el dictamen profesional del equipo interdisciplinario que <b>deberá contar con al menos la firma de un médico psiquiatra o un psicólogo</b> que no tengan relación de parentesco, amistad o vínculos económicos con la persona, las constancias que indiquen la ausencia de otra alternativa eficaz para su tratamiento <b>dentro de las disponibles en el sistema de salud de su jurisdicción o de la cual es beneficiario, historia clínica si hubiera y un informe acerca de las instancias previas implementadas si las hubiera.</b></p>
<p><b>ARTÍCULO 22</b> La persona internada involuntariamente o su representante legal, tiene derecho a designar un abogado. Si no lo hiciera, el Estado debe proporcionarle uno desde el momento de la internación. El defensor podrá oponerse a la internación y solicitar la externación en cualquier momento. El juzgado deberá permitir al defensor el control de las actuaciones en todo momento.</p>	<p><b>ARTÍCULO 22</b> La persona internada involuntariamente o su representante legal, tiene derecho a designar un abogado. Si no lo hiciera, el Estado debe proporcionarle uno desde el momento de la internación. El defensor podrá oponerse a la internación <b>o a la externación y solicitar la medida que terapéuticamente sea más adecuada.</b> El juzgado deberá permitir al defensor el control de las actuaciones en todo momento.</p>
<p><b>ARTÍCULO 23</b> El alta, externación o permisos de salida son facultad del equipo de salud que no requiere autorización del juez. El mismo deberá ser informado si se tratase de una internación involuntaria, o voluntaria ya informada en los términos de los artículos 18 ó 26 de la presente ley. El equipo de salud está obligado a externar a la persona o transformar la internación en voluntaria, cumpliendo los requisitos establecidos en el artículo 16 <b>apenas cesa la situación de riesgo cierto e inminente.</b> Queda exceptuado de lo dispuesto en el presente artículo, las internaciones realizadas en el marco de lo previsto en el artículo 34 del Código Penal.</p>	<p><b>ARTÍCULO 23</b> El alta, externación o permisos de salida son facultad del equipo de salud que no requiere autorización del juez. El mismo deberá ser informado si se tratase de una internación involuntaria, o voluntaria ya informada en los términos de los artículos 18 ó 26 de la presente ley. El equipo de salud está obligado a externar a la persona o transformar la internación en voluntaria, cumpliendo los requisitos establecidos en el artículo 16 <b>apenas cesan las circunstancias que le dieron motivo en los términos del artículo 20.</b> Queda exceptuado de lo dispuesto en el presente artículo, las internaciones realizadas en el marco de lo previsto en el artículo 34 del Código Penal.</p>
<p><b>ARTÍCULO 27</b> Queda prohibida por la presente ley la creación de nuevos manicomios, neuropsiquiátricos o instituciones de internación monovalentes, públicos o privados. En el caso de los ya existentes se</p>	<p><b>ARTÍCULO 27</b> Los hospitales o centros médicos, neuropsiquiátricos o instituciones de internación monovalentes, públicos o privados deberán funcionar conforme a los objetivos y principios expuestos, y de acuerdo a las</p>

<p>deben adaptar a los objetivos y principios expuestos, hasta su sustitución definitiva por los dispositivos alternativos. Esta adaptación y sustitución en ningún caso puede significar reducción de personal ni merma en los derechos adquiridos de los mismos.</p>	<p>reglamentaciones que establezca la autoridad de aplicación.</p>
<p><b>ARTÍCULO 28</b> Las internaciones de salud mental deben realizarse en <b>hospitales generales</b>. A tal efecto los hospitales de la red pública deben contar con los recursos necesarios. El rechazo de la atención de pacientes, ya sea ambulatoria o en internación, por el solo hecho de tratarse de problemática de salud mental, será considerado acto discriminatorio en los términos de la ley 23.592.</p>	<p><b>ARTÍCULO 28</b> Las internaciones de salud mental deben realizarse en <b>instituciones adecuadas</b>. A tal efecto los hospitales de la red pública deben contar con los recursos necesarios. El rechazo de la atención de pacientes, ya sea ambulatoria o en internación, por el solo hecho de tratarse de problemática de salud mental, será considerado acto discriminatorio en los términos de la Ley N° 23.592.</p>
<p><b>ARTÍCULO 39</b> El Órgano de Revisión <b>debe ser multidisciplinario, y estará integrado por representantes del Ministerio de Salud de la Nación, de la Secretaría de Derechos Humanos de la Nación, del Ministerio Público de la Defensa, de asociaciones de usuarios y familiares del sistema de salud, de los profesionales y otros trabajadores de la salud y de organizaciones no gubernamentales abocadas a la defensa de los derechos humanos.</b></p>	<p><b>ARTÍCULO 39</b> El Órgano de Revisión <b>debe estar conformado por equipos multidisciplinarios</b> y cada equipo estará integrado por un <b>médico psiquiatra, un psicólogo, un técnico especialista en adicciones, un técnico especialista en cuestiones de niñez y adolescencia y un abogado especialista en la materia.</b></p>