

A los/as Señores/as integrantes de la Comisión de Salud y de la Comisión de Legislación General del Honorable Senado de la Nación,

## **Comunicado de la Asociación de Unidades Académicas de Psicología — AUAPsi ante el proyecto de modificación de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657**

Nos dirigimos a esta Honorable Comisión en nuestra condición de responsables académicos/as de las carreras de Psicología de universidades de gestión pública de la República Argentina, a fin de expresar nuestra posición institucional respecto del proyecto de modificación de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, ingresado al Congreso de la Nación bajo Expediente MEN-2026-108-APN-PTE.

Lo hacemos desde la responsabilidad que nos atañe en la formación de profesionales del campo de la salud mental y desde el conocimiento directo de las condiciones, necesidades y demandas de nuestros territorios. Ese conocimiento, construido a lo largo de décadas de docencia, investigación, extensión y articulación con efectores de salud, nos obliga a pronunciarnos cuando se proponen transformaciones que comprometen los principios fundamentales que orientan nuestras prácticas formativas y el ejercicio profesional de quienes egresan de nuestras casas de estudio.

### **I. La tradición del campo de la salud mental en la Argentina**

---

El campo de la salud mental en la Argentina no se configuró por decreto ni surgió de una única disciplina. Es el resultado de una construcción histórica en la que confluyen aportes de la psicología, la psiquiatría, el trabajo social, la enfermería, la terapia ocupacional, el derecho y las ciencias sociales, entre otras. Esa confluencia no fue casual: respondió al reconocimiento progresivo de que el padecimiento mental es un fenómeno complejo, atravesado por determinantes biológicos, psicológicos, sociales, culturales e históricos, que ninguna disciplina puede abordar de manera aislada.

La Ley 26.657, sancionada en 2010, consagró normativamente este enfoque interdisciplinar, surgido de la experiencia acumulada, sistematizada y conceptualizada durante décadas en dispositivos comunitarios, hospitales generales, centros de salud y experiencias territoriales que demostraron que los mejores resultados se obtienen cuando los saberes dialogan en condiciones de igualdad. La ley no subordinó una disciplina a otra; estableció que la idoneidad y la capacidad de integrar saberes —y no la pertenencia a una corporación profesional— debían definir los roles de conducción y gestión en el sistema.

Entendemos que el proyecto de modificación altera ese equilibrio al introducir la exigencia de que al menos un/a integrante de todo equipo interdisciplinario sea médico/a psiquiatra, y al reservar a esta especialidad funciones que la ley vigente distribuye según criterios de competencia profesional. No se trata de desconocer el aporte insustituible de la psiquiatría al campo de la salud mental —las universidades públicas formamos profesionales que trabajan codo a codo con psiquiatras cada día—, sino de advertir que la jerarquización normativa de una disciplina por sobre las demás desnaturaliza el concepto mismo de interdisciplina, transformándola en una multidisciplina subordinada.

## **II. La democratización de saberes como conquista institucional**

---

La Ley 26.657 representó una conquista en materia de democratización de los saberes en salud. Al establecer la igualdad de condiciones entre profesionales con título de grado para ocupar cargos de conducción y gestión (artículo 13), al promover equipos integrados sin jerarquías disciplinares predeterminadas (artículo 8) y al reconocer el carácter interdisciplinario e intersectorial del abordaje (artículo 9). La norma vigente tradujo al lenguaje jurídico un principio que nuestras universidades sostienen en sus diseños curriculares: que la complejidad del sufrimiento humano exige una pluralidad de miradas articuladas.

El proyecto de reforma debilita esa democratización en varios planos simultáneos. Al imponer la presencia obligatoria de un/a médico/a psiquiatra en todo equipo, establece una asimetría que inevitablemente reorganiza las relaciones de poder internas. Al modificar el estándar de internación involuntaria —reemplazando el requisito de “riesgo cierto e inminente” por la noción más laxa de “riesgo grave”—, amplía el margen de decisiones que históricamente recayeron en el saber médico, reduciendo el peso de las evaluaciones psicológicas, sociales y comunitarias. Al suprimir la Declaración de Caracas y los Principios de Brasilia como instrumentos orientadores (artículo 2), se desancla la ley del marco conceptual que fundamenta la atención comunitaria e interdisciplinaria.

**Estas modificaciones no son ajustes técnicos: configuran un desplazamiento de paradigma. Donde la ley vigente construyó un sistema basado en la horizontalidad de saberes y la primacía de los derechos de las personas, el proyecto propone un modelo organizado alrededor de la autoridad médica y la lógica del riesgo.**

Desde nuestras universidades entendemos que este giro no es congruente con la formación que impartimos, los perfiles profesionales que promovemos y las actividades que nuestros/as egresados/as están habilitados/as a ejercer en el sistema de salud.

### **III. La universidad pública como garante de la formación interdisciplinaria**

---

Las carreras de Psicología de las universidades públicas argentinas han construido sus planes de estudio en diálogo con el marco normativo de la Ley 26.657 y con las recomendaciones que la propia ley encomienda a la Autoridad de Aplicación en materia de formación profesional (artículo 33). Nuestros programas incluyen rotaciones en servicios de salud mental comunitaria, prácticas en equipos interdisciplinarios, formación en derechos humanos y salud colectiva, y una perspectiva que entiende al sujeto en su trama vincular, comunitaria e institucional.

Más aún: la implementación de la Ley 26.657 desencadenó un proceso de actualización de los marcos de enseñanza que se encuentra en pleno desarrollo. Las carreras de Psicología de todo el país están adecuando sus planes de estudio a los estándares de acreditación trabajados en el marco de la Asociación de Unidades Académicas de Psicología (AUAPsi) y la Comisión Nacional de Evaluación y Acreditación Universitaria (CONEAU), estándares que fueron elaborados a la luz de los principios y objetivos consagrados por la ley vigente.

La reforma propuesta pone en tensión ese modelo formativo. Si la norma consagra la supremacía de una disciplina en la toma de decisiones clínicas e institucionales, la formación interdisciplinaria que impartimos pierde sustento. A esto se suma una dimensión práctica que no puede ignorarse: la Argentina cuenta con una distribución desigual de especialistas en psiquiatría a lo largo de su territorio. En vastas regiones del país, los equipos de salud mental funcionan gracias al trabajo de psicólogos/as, trabajadores/as sociales, enfermeros/as y terapeutas ocupacionales formados en universidades públicas. Condicionar el funcionamiento de esos equipos a la presencia obligatoria de un psiquiatra no fortalece el sistema: introduce una barrera de acceso que afectará precisamente a las poblaciones más vulnerables.

Compartimos una idea predominante en el campo de la salud mental: que **los déficits actuales en la atención no se originan en la normativa vigente sino en su insuficiente implementación**. Tal como lo vienen expresando recurrentemente las autoridades de salud mental de todo el país, el momento actual está marcado por un aumento sostenido de las demandas en los distintos niveles de atención y por la creciente complejidad de los padecimientos, asociada a factores sociales. En ese contexto, es el subsector público el que ofrece la mayor parte de la respuesta, y la Ley Nacional de Salud Mental no representa ningún

obstáculo para brindarla plenamente: los desafíos se encuentran en la necesidad creciente de inversión en recursos humanos, infraestructura sanitaria y políticas de medicamentos.

La Ley 26.657 estableció un piso presupuestario del 10% del presupuesto total de salud para salud mental (artículo 32), meta que nunca fue alcanzada. Los dispositivos comunitarios que la ley ordena crear —casas de convivencia, hospitales de día, cooperativas de trabajo, centros de capacitación socio-laboral, emprendimientos sociales— existen de manera fragmentaria y precaria, cuando existen. El cierre y vaciamiento de instituciones de referencia, la interrupción de programas territoriales y la asfixia financiera de la red asistencial no son consecuencias de la ley: son consecuencias de su incumplimiento.

**Reformar la norma sin haber agotado las posibilidades de su implementación equivale a responsabilizar al instrumento jurídico por las decisiones políticas que lo vaciaron de contenido.**

Desde las universidades públicas sostenemos que la Ley Nacional de Salud Mental requiere de su efectiva implementación mediante un presupuesto ajustado a los objetivos que persigue, no de una reforma que, bajo el argumento de la eficacia, desmonte las garantías que la hacen valiosa.

Instamos respetuosamente a los y las integrantes de esta Comisión a considerar que el fortalecimiento del sistema de salud mental argentino pasa por dotar a la ley vigente de los recursos que demanda, por ampliar la red de dispositivos comunitarios, por garantizar condiciones laborales dignas para los equipos de salud y por profundizar —no debilitar— la interdisciplinariedad que constituye su columna vertebral.

Sin otro particular, los y las saludamos con nuestra consideración más distinguida.

---

## **Asociación de Unidades Académicas de Psicología AUAPsi**

Facultad de Ciencias de la Educación UNCOMA, Facultad de Psicología UBA, Facultad de Psicología UNC, Facultad de Psicología UNLP, Facultad de Psicología UNMDP, Facultad de Psicología UNR, Facultad de Psicología UNSL, Facultad de Psicología UNT, Carrera de Psicología UADER y Carrera de Psicología UNCAUS.