Artículo de opinión

Vertex Rev Arg Psiquiatr. (2026). 37(174): 89-96.

Reflexiones preliminares acerca de la noción de riesgo e internación coactiva en el nuevo proyecto de reforma de la Ley Nacional de Salud Mental

Preliminary Reflections on the Notion of Risk and Hospitalization in the Proposed Reform of Argentina's National Mental Health Law

Esteban Toro Martínez[1]

Resumen

El proyecto de reforma de la Ley Nacional de Salud Mental 26.657 introduce modificaciones relevantes en los criterios de riesgo y de internación involuntaria. Este artículo analiza preliminarmente esas propuestas desde una perspectiva de derechos, en el marco de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y del proceso de constitucionalización y convencionalización del derecho civil argentino. Se revisa la evolución conceptual desde la noción de peligrosidad hacia la situación de riesgo cierto e inminente de daño, caracterizando la primera como un atributo de la persona, el diagnóstico o la personalidad -vinculado al "ser"- y al riesgo como atributo de un estado, momento o situación -vinculado al "estar"-. Sobre esta base se examinan críticamente las modificaciones propuestas a los artículos 5, 18 y 20 y lo que hubiera significado la incorporación del artículo 23 bis (que fue retirado del proyecto que recibió media sanción del Senado) que introducía la aplicación de medidas protectorias especiales ordenadas por jueces para personas capaces jurídicamente y dadas de alta. Se sostiene que la ampliación de la valoración hacia la evolución previsible y las consecuencias potenciales de la ausencia de internación puede incrementar la expectativa de predicción impuesta a los profesionales y favorecer internaciones defensivas. Asimismo, determinadas medidas ambulatorias protectorias podrían ampliar la judicialización y las intervenciones coactivas. Se propone, como alternativa, la fórmula "situación de riesgo grave y próximo", procurando compatibilizar las necesidades clínicas con la excepcionalidad de las restricciones de derechos.

Palabras clave: Ley Nacional de Salud Mental, riesgo, peligrosidad, internación involuntaria, derechos humanos

Abstract

The proposed reform of Argentina's National Mental Health Law No. 26,657 introduces significant changes to the criteria governing risk assessment and involuntary hospitalization. This article provides a preliminary analysis of these proposals from a rights-based perspective, within the framework of the Convention on the Rights of Persons with Disabilities and the constitutionalization and conventionalization of Argentine civil law. It reviews the conceptual shift from dangerousness to a situation of certain and imminent risk of harm, characterizing dangerousness as an attribute of the person, diagnosis, or personality —related to "being"— and risk as an attribute of a state, moment, or situation —related to "being in a particular state"—. On this basis, the proposed amendments to Articles 5, 18, and 20 are critically examined along with the implications of the proposed inclusion of the Article 23 bis (which was removed from the bill that received preliminary approval by the Senate), which provided for special protective measures ordered by judges for individuals with full legal capacity who had been discharged from hospital care. It is argued that extending risk assessment to foreseeable evolution and the potential consequences of not ordering hospitalization may increase

RECIBIDO 28/4/2026 - ACEPTADO 30/10/2026

[1] Médico. Especialista en Psiquiatría y en Medicina Legal. Perito Forense y Secretario Técnico del Cuerpo Médico Forense de la Corte Suprema de Justicia de la Nación. Presidente de la Asociación de Psiquiatras de Argentina. APSA. https://orcid.org/0009-0001-2643-1744

Correspondencia:
etoromartinez@gmail.com

BY-NC-ND

the predictive burden placed on professionals and encourage defensive hospitalization. Furthermore, certain protective outpatient measures could expand judicialization and coercive interventions. As an alternative, the concept of a "situation of serious and proximate risk" is proposed, seeking to reconcile clinical needs with the exceptional nature of restrictions on individual rights.

Keywords: *National Mental Health Law, risk, dangerousness, involuntary hospitalization, human rights*

Introducción

Perspectivas de Derechos y sistema normativo actual en Salud Mental

En el año 2006 la ONU sancionó la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD), documento universal de Derechos Humanos con el que comenzó el siglo. Esta convención estatuyó el Modelo Social de la Discapacidad (MSD), lo que significó un profundo cambio de paradigma acerca del modo en que pensamos la vida de las personas con discapacidad y sus derechos a ejercer derechos.

El MSD establece que la discapacidad depende menos de las condiciones inherentes de las personas que de las barreras actitudinales que la sociedad le impone. De este modo la discapacidad adquiere un significado relativo y situacional, que puede ser revertido a través de apoyos, ajustes razonables y medidas de diseño universal. El corazón conceptual de la CDPD se encuentra en el artículo 12 donde explicita que los Estados adherentes reafirman que las personas con discapacidad tienen derecho en todas partes al reconocimiento de su personalidad jurídica y que reconocerán que las personas con discapacidad tienen capacidad jurídica en igualdad de condiciones con las demás en todos los aspectos de la vida para lo cual facilitarán el acceso a apoyos con salvaguardas (Toro Martínez, 2015a).

La Argentina adhirió a esta convención y su protocolo facultativo en el año 2008 e inició un proceso de reacomodamiento de su sistema normativo de fondo y específico. Y, en el año 2014, la CDPD adquirió jerarquía constitucional.

De este modo, la relación entre las personas usuarias de los servicios de salud mental y los profesionales e instituciones encargados de su atención dejó de quedar circunscripta a una cuestión predominantemente privada para adquirir una indudable dimensión de interés público, tutelada por garantías constitucionales y convencionales, y concretada en disposiciones de derecho positivo, particularmente en el Código Civil y Comercial (C. C. y C.) (2015) y en la legislación especial (Ley Nacional de Salud Mental, 2010; Toro Martínez, 2012a, 2013a, 2015a).

Este proceso determina a su vez, la incorporación de una perspectiva de derechos humanos en la interpretación y aplicación de las normas y en las prácticas asistenciales, que reconoce a la persona como sujeto de derechos y somete a toda restricción de su autonomía y libertad a condiciones, garantías y controles específicos.

Nuestra propuesta para este artículo de opinión es analizar de modo preliminar desde esta perspectiva de derechos las consecuencias que se derivarían de la aplicación de las modificaciones que se propone introducir al régimen de internaciones y al concepto de riesgo en el nuevo proyecto de reforma de la Ley Nacional de Salud Mental (LNSM), presentado por el Poder Ejecutivo de la Nación. Las formulaciones en las que han sido redactadas las modificaciones a los artículos 5, 18, 20 y lo que hubiera implicado la inclusión de medidas precautorias en el original artículo 23 bis, permiten inferir un riesgo del aumento de indicación de internaciones de carácter defensivo y la vuelta de un sesgo "peligrosista" en la concepción del riesgo.

Para esto realizaré una revisión, a modo de introducción y marco contextual a la temática, de mis desarrollos previos acerca de los conceptos de peligrosidad y situación de riesgo sobre los que he disertado y publicado en los últimos dieciséis años para luego abordar la discusión. En los últimos cinco años se ha despertado un renovado interés en el tema analizado desde distintas perspectivas (Areco et al., 2025; Grecco et al., 2025; Mazzoglio et al., 2026; Mercurio, 2026a, 2026b) cuya revisión integral excede el objetivo de este artículo.

Peligrosidad vs. la Situación de Riesgo Cierto e Inminente de Daño (SRCI). La diferencia entre Ser y Estar

El concepto de SRCI debe ser leído en tensión dialéctica con el concepto de peligrosidad. El legislador partió de una problemática real que existía con la aplicación de la fórmula de *peligrosidad para sí y/o terceros*, atento a que la misma permitía un umbral bajo para admitir la indicación de internaciones con deslizamiento a situaciones de índole potencial o para demorar las externaciones.

Este concepto se originó en el Positivismo Criminológico. En el siglo XIX el Derecho Penal dejó atrás un marco doctrinario de estudio del delito y de las penas, para enfocarse en el estudio del *Hombre Delincuente*, entendido este como un sujeto determinado a la conducta disvaliosa. El delincuente era el enfermo social y el delito su síntoma (Toro Martínez, 2024a, b).

En el año 2010 previo a la sanción de la LNSM, junto a mi colega, L. Ghiodi, propusimos al riesgo grave, cierto e inminente como único fundamento de la internación coactiva y señalamos que la peligrosidad había sido entendida a lo largo de su construcción conceptual como una *cualidad o atributo de la personalidad* del que delinque, como un substrato de capacidad para delinquir de modo tal que la predicción de la misma con la consiguiente represión o curación adquiriría mayor importancia que el establecimiento de una pena acorde a la pena reprochada (Ghioldi & Toro Martínez, 2010).

A punto de partida de los trabajos de Garófalo (temibilidad, *quantum* de perversidad), se consolidó el constructo como *cualidad o atributo de la personalidad, como rasgo a través del cual ingresó el discurso psiquiátrico en el del Derecho Penal con sus consecuencias jurídicas para el gobierno social* (Ghioldi & Toro Martínez, 2010). En nuestro medio fue decisiva la influencia de José Ingenieros con su "Programa de Criminología" y de Vicente Cabello quien consagró su clásica fórmula de los 5 elementos para el diagnóstico de la peligrosidad: 1) Diagnóstico, 2) Personalidad, 3) Estadio de la enfermedad, 4) Violencia del acto cometido y 5) Condiciones mesológicas. De acuerdo a esta propuesta he señalado que hay 3 cualidades que son estáticas (diagnóstico de enfermedad, personalidad y violencia del acto ya cometido), que una de ellas es de muy difícil modificación (las condiciones mesológicas) y que la única que se puede modificar es el estadio de la enfermedad. Por lo tanto, el cálculo de la peligrosidad se constituyó en una tautología (Toro Martínez, 2012 a, 2015 b, 2016, 2024 a, b). En consecuencia, he caracterizado a la peligrosidad como *un atributo del diagnóstico, de la personalidad o de la persona. Es decir, algo que es casi para siempre y muy difícil de modificar* (Ghioldi & Toro Martínez, 2010; Toro Martínez, 2011a, 2013a, 2014a, c, 2015b, 2019, 2024 a,b).

En el año 2011 publiqué un trabajo con el mismo título que he asignado a esta sección y que significó mi punto de partida para el análisis subsiguiente de un constructo nuclear de la LNSM: la noción de SRCI del artículo 20 de la Ley de la Salud Mental en integración con el artículo 5 y en oposición al concepto de peligrosidad, señalando sus ventajas desde la clínica, como así también desde la perspectiva médico legal, en tanto exige al profesional una capacidad de predicción más acotada en el tiempo, reduciendo el alcance temporal de la expectativa legal de precisión para el caso en que luego existiera un reproche/reclamo en sede penal o civil (Toro Martínez, 2011a).

Esta formulación pronóstica, por ser más acotada en lo temporal y deducible desde el método clínico psiquiátrico, implica a mi criterio un menor condicionamiento hacia las internaciones defensivas.

He señalado además la importancia de advertir que la ley no alude a cualquier riesgo de daño sino a aquel que se encuentra ligado a una *situación* particular y a un momento determinado. He planteado siguiendo un análisis semántico y conceptual psiquiátrico legal que *el concepto implícito en la noción de SRCI se corresponde a un modo de estar en proximidad a la contingencia del menoscabo* (Toro Martínez, 2011a).

Debe tenerse presente que el concepto de situación se encuentra incluido en el de estado, ya que la Real Academia Española lo define en su primera acepción como la situación en la que se encuentra alguien o algo, y en especial cada uno de sus sucesivos modos de ser o estar (RAE,2024). Esta noción de estado resulta familiar al pensamiento clínico atento a que muchas de las urgencias en medicina, y en la propia psiquiatría, son precisamente estados cambiantes, situaciones a través de las cuales se transita (Toro Martínez, 2011a).

"¿Qué es lo que se evalúa? El riesgo, *el atributo del estado", "del momento y de la situación* (Toro Martínez 2011a, b, 2013a, b, 2014b) y utilicé el término *"riesgosidad"* para aludir al estado de riesgo de quien transita esa SRCI (Toro Martínez, 2014b). *Riesgosidad* era un término en el que habíamos pensado junto a mi colega Ghioldi como subtítulo para aquel trabajo del 2010. Este término luego fue utilizado por Silva en el año 2017. A partir del año 2012 fui incorporando una articulación de estos temas con los conceptos de paradigma de Kuhn, Lanteri-Laura y el devenir dialéctico hegeliano a la hora de analizar el cambio que implicaba el MSD y su proyección sobre nuestro ordenamiento jurídico (desde el modelo de enfermedad hacia el social por sobre las condiciones inherentes de la persona), advirtiendo sobre los riesgos de un proceso dialéctico de conceptualizaciones antitéticas en salud mental y en su proyección legal. Me he preguntado también hasta donde es posible cristalizar un cambio de paradigma por fuerza de la ley (Toro Martínez

2012a, b, 2013a, b, 2017). En el año 2013 publiqué con respecto de la noción SRCI, continuando el análisis del concepto, acerca de las complejidades del oxímoron "riesgo cierto" conforme avanzaba la experiencia en el campo disciplinar con respecto a la aplicación de los criterios de riesgo de la LNSM y las nuevas dificultades: "las luces y escotomas del nuevo paradigma", que se presentaban en la práctica con los pacientes en situación de calle y de aquellos que padecen adicciones con trastornos de la personalidad que rechazaban "lúcidamente" las propuestas terapéuticas en momentos de aparente riesgo no cierto no inminente, entre otros (Toro Martínez, 2013b).

En dicho artículo, donde señalaba que la LNSN se había inscripto en un proceso casi dialéctico, abogaba por la búsqueda de la "síntesis" hegeliana a modo de conclusión atento a que hasta la noción de inconmensurabilidad de los paradigmas de Kuhn había sido relativizada (Toro Martínez, 2013b). Hoy esa síntesis puedo expresarla de la siguiente manera tal como lo he venido haciendo en diferentes discursos como presidente de la Asociación de Psiquiatras de Argentina (APSA): una práctica fundada en la aceptación de la existencia del fenómeno psicopatológico es compatible con la perspectiva de derechos (Toro Martínez, 2026a).

En el año 2014 publiqué en un análisis acerca del riesgo y suicidio en instituciones de puertas abiertas y alertaba acerca de la duración más prolongada del intervalo del riesgo cierto e inminente, y lo detallé en una disertación académica sobre el tema en Proyecto Suma (Toro Martínez, 2014b, d, 2017). En sucesivas oportunidades fui señalando que la nueva dificultad que se estaba presentando en el campo asistencial, y no en el pericial, para el diagnóstico de la SRCI, ya no era sólo la estructura del oxímoron (riesgo cierto) sino la cuestión de la inminencia. La construcción *riesgo cierto e inminente* ha funcionado como un significante vacío y eso aportó a las dificultades en su aplicación (Toro Martínez 2012a, 2016, 2017, 2022, 2024b). Comencé a señalar la necesidad de extender la ventana de tiempo, el intervalo temporal, a la hora de evaluar los riesgos de conductas disvaliosas. En numerosas disertaciones he advertido que había que salir de la interpretación literal de la inminencia, que no debía ser interpretada como "un aquí y ahora". (Toro Martínez 2012a, 2013a, 2014a, 2017, 2022). Recomendaba prestar atención a antecedentes inmediatos y mediatos como componentes de la SRCI: "he visto equipos que diagnostican la ausencia de riesgo cierto e inminente por el solo hecho de que el paciente está tranquilo y lúcido al examen y que refiere que hará tratamiento y dejan de lado, por ejemplo, que en los últimos 15 días ha estado violento, que no ha realizado tratamiento con continuidad (…) y que incluso ha cometido un delito en las últimas 24 horas" (Toro Martínez, 2019). Al respecto y en el mismo sentido mi colega J. M. Martinez Ferretti también señalaba lo mismo en sus trabajos y disertaciones. Al respecto además publiqué en el año 2019 que "*el modelo de la situación de riesgo cierto e inminente de daño* es útil en la emergencia aguda, donde fundamentalmente es la *'situación' lo que confiere valor"* (Toro Martínez 2019).

A modo de resumen, en todos mis escritos y disertaciones desde el 2010 a la fecha, *he caracterizado a la distinción entre la peligrosidad y la SRCI como la diferencia entre ser y estar.* A la *peligrosidad como un atributo del diagnóstico, de la personalidad, de la persona,* prácticamente inmodificable porque entraña una tautología, y a la *SRCI como un atributo del estado; del momento o de la situación; del o de la cual se puede entrar y salir.* He destacado también que la formulación del riesgo se comprende aplicando un *modelo situacional,* en donde la noción de *situación de riesgo cierto e inminente* es la que *aprehende la complejidad de la urgencia,* articulando *estado y situación*. En todas mis disertaciones (sólo he citado a algunas) y clases que he dictado hasta la actualidad, he calificado al término *situación* como palabra *comodín* del paradigma actual: situación de vulnerabilidad, de calle, de encierro, de conflicto con la ley y de riesgo (Toro Martínez, 2012a, 2013a, 2014a, c, 2016, 2017, 2022).

He señalado que el riesgo debe ser grave y he advertido acerca del *error que implica interpretar la inminencia en su sentido literal, recomendando extender el intervalo atento a que la noción de situación lo permite.*

Señalamientos críticos preliminares al Proyecto de Ley modificatorio de las Leyes Nros. 26657 y 26.827, así como de los artículos 41. 42 y 59 del Código Civil y Comercial de la Nación

El 17/4/26 el Poder Ejecutivo Nacional (PEN) elevó a la presidenta del Senado el proyecto de marras que luego recibió media sanción de dicha Cámara el 29/10/26. De este proyecto me centraré en los artículos 5, 18, 20 y en el 23 bis original (fue retirado de la última versión) tomando como base el discurso presentado ante la Comisión de Salud del Honorable Senado de la Nación a donde asistí en representación de APSA como presidente (Toro Martínez, 2026 b).

Art.5: La existencia de diagnóstico el campo de la salud mental no implica necesariamente la presunción

de riesgo de daño o de restricciones de la capacidad, lo que solo puede deducirse a partir de una evaluación interdisciplinaria de cada situación particular en un momento determinado.

Art. 18: La persona internada bajo su consentimiento puede en cualquier momento decidir por sí misma el abandono de la internación. Sin perjuicio de ello, el equipo de salud debe evaluar previamente el alta si el paciente presenta su capacidad judicativa alterada, y en caso de mantenerse una situación de riesgo grave para si o terceros se deberá proceder de conformidad con los artículos 16 al 21 de la presente ley.

Art. 20: La internación involuntaria (…) solo puede realizarse cuando medie una situación de riesgo grave de daño para la vida o la integridad física de la misma o de terceros, la que debe ser evaluada por el equipo interdisciplinario.

A tal efecto, debe adoptarse un criterio situacional en el que la valoración del estado psíquico de la persona no se limite a lo manifestado en el momento de la evaluación, y debe considerarse, de existir, la ocurrencia previa de un hecho o ideación dañosos para sí o para terceros. Asimismo, se debe evaluar la previsible evolución si no mediara el tratamiento de internación necesario, debido y oportuno como así también las consecuencias disvaliosas que pudiera ocasionar si aquel no se efectivizara de conformidad con lo dispuesto por el artículo 7, inciso d) de la presente ley.

Se excluyen los riesgos derivados de actitudes o conductas que no estén condicionadas por una afección o trastorno de salud mental.

Art. 23 bis (fue retirado del proyecto): Al momento de determinar el alta de una internación involuntaria, previa evaluación del paciente, el equipo interdisciplinario puede solicitar al juez la adopción de medidas protectorias de carácter excepcional destinadas a favorecer la continuidad y efectividad del tratamiento en forma ambulatoria, por un período que no puede exceder de SEIS (6) meses. Dichas medidas deben tener como objeto la protección de la persona, su núcleo familiar y terceros.

Una vez autorizadas judicialmente, el equipo tratante debe informar al juez sobre la evolución del paciente cada TREINTA (30) días hasta la finalización del plazo establecido".

Ya he mencionado previamente que en Argentina a través de la CDPD y las reformas normativas posteriores se cristalizó un efecto de constitucionalización y convencionalización de nuestro Derecho Civil en temas relevantes como la capacidad jurídica, autonomía, consentimiento, sistemas de apoyo y restricciones a la libertad. El artículo 5 de la LNSM 26657/10 estipula que no se puede presumir ni riesgo de daño ni incapacidad a partir de un diagnóstico en el campo de la salud mental. En este proyecto de reforma, si bien se mantiene la frase "la existencia de diagnóstico en el campo de la salud mental" se reformula el espíritu del mismo cuando se afirma que "no implica necesariamente la presunción de riesgo de daño o de restricciones a la capacidad", aunque mantiene el criterio de la interdisciplina, la situación particular y el momento determinado.

Pero la inclusión del "no implica necesariamente", puede significar que lo corriente es que sí lo haga, aunque podría no implicarlo siempre. *Precisamente esta afirmación es contraria al MSD* que justamente propone lo contrario al afirmar que la discapacidad depende más de las barreras que la sociedad le impone al sujeto que de las propias condiciones inherentes del mismo. El proyecto mantiene que se deducen de la evaluación interdisciplinaria y remite al caso particular, al momento y a la situación. De modo que la afirmación objetada parecería no tener consecuencias prácticas, pero enuncia una dogmática que es contraria al ordenamiento jurídico vigente.

Con respecto a la internación voluntaria bajo consentimiento y su margen de autonomía encuentro una contradicción o una obviedad en su formulación. Si el paciente consiente su internación, se lo admite, pero en cambio si se quiere retirar se le evalúa el juicio y si está alterado o presenta riesgo grave se lo involuntariza.

Empiezo por lo último: siempre hay que evaluar la aptitud judicativa en un paciente a la hora de consentir o rechazar tratamientos. Pero si eso no es lo que se está diciendo, ¿se estaría significando que un sujeto puede estar apto para consentir internarse, pero no como para retirar su consentimiento, padeciendo *el mismo estado mental?* Clínicamente eso no es posible.

He desarrollado en este artículo que la LNSM había propuesto la noción de SRCI como un intento de morigerar las internaciones basadas en la peligrosidad porque ésta es un atributo del diagnóstico, de la persona, de su personalidad, de su "ser" en el mundo y, además, porque en la práctica muchas veces tal diagnóstico era indeterminado y se incurría en la cualidad potencial.

Sin embargo, la cualidad de significante vacío de RCI complicó su interpretación y por momentos se ha transformado en un obstáculo a la hora de evaluar e indicar internaciones (Toro Martínez, 2012a, 2016, 2017, 2024b).

En el nuevo proyecto de ley, la definición de riesgo encuentra su antecedente inmediato en el artículo 4, inciso a, del proyecto de actualización de la ley de Salud Mental de CABA nro. 448 conforme los principios de la 26657/10 del que he participado en representación de APSA como asesor en el año 2023 junto a los siguientes colegas del campo de la Salud Mental: Dr. Alberto Trímboli y Dr. Juan Carlos Fantín (AASM), Dr. José María Martínez Ferreti (Asociación Gremial de Psiquiatras), Dra. Silvia Pujol y Dra. Liliana González (actual Directora de Salud Mental de la Nación) y Dr. Maximiliano Cesoni (APSA) convocados por la legisladora Bou Perez (Toro Martínez, 2024a). Para facilitar la discusión que procede a continuación copio textual aquel artículo:

"Artículo 4º - Definiciones. A los fines del espíritu, lectura y más correcta interpretación de la presente ley, su reglamentación y toda otra normativa que la complemente, se definen los siguientes términos:
a) Situación de riesgo cierto e inminente de daño, para sí mismo o para terceros: Debe entenderse con un criterio situacional, o sea, de estado psíquico que de ninguna manera se limite a un mero "aquí y ahora", considerando la presencia o no aún de las causas y el devenir de dicho estado. Si bien el riesgo es siempre una posibilidad, deberá entenderse a la certeza como expresión de la convicción del equipo interdisciplinario acerca de la gravedad del mismo surgida de la evaluación clínica.
La inminencia a los fines de decidir una internación involuntaria, no debe interpretarse como sinónimo de un "aquí y ahora", debiendo comprenderse con el criterio situacional antes expresado.
El daño aludido en este concepto debe abarcar también la eventualidad del daño ya producido.
No se incluyen los riesgos derivados de actitudes o conductas que no estén condicionadas por un padecimiento mental."

El nuevo proyecto de ley toma del precedente artículo 4, la noción de Riesgo Grave de Daño para la vida o la integridad física y lo hace recomendando un criterio situacional. Pero al respecto debe señalarse que un criterio *situacional* es aconsejable si la fórmula del riesgo se completa con las cualidades de lo *cierto e inminente.* Pero si el criterio situacional se complementa con el de "evaluar la previsible evolución si no mediara el tratamiento de internación *necesario, debido y oportuno,* como así también las consecuencias disvaliosas que pudiera ocasionar si aquel no se efectivizara", se incurre en una ampliación hacia lo potencial que en los hechos le confiere las mismas consecuencias que la noción de peligrosidad.

Si la fórmula del artículo 20 de la Ley 26657/10 en su literalidad se remitía a un momento exacto, a un período "corto", esta nueva propuesta plantea al riesgo como un intervalo "muy largo" hacia adelante. La tríada de "necesario, debido y oportuno" se transformará en un punto pericial que se les propondrá a los jueces y estos lo trasladarán a los equipos interdisciplinarios asistenciales y a los cuerpos de peritos. Si un profesional de salud mental se ve ante esa pregunta y ante la obligación legal de evaluar la *previsible evolución* (el representarse tales consecuencias) si no mediara el tratamiento calificado de *necesario, debido y oportuno* como así también las consecuencias disvaliosas que se pudieran ocasionar, ante ese escenario de carácter contra factico estará casi obligado a indicar internaciones coactivas. Existe, así, el riesgo de que se incrementen las internaciones defensivas tal como ocurría con los conceptos de peligrosidad y peligrosidad potencial.

En el estado de Virigina, en los Estados Unidos, para citar un ejemplo, en 2008 se modificó el criterio de internación involuntaria y se reemplazó precisamente el término inminente por el de futuro cercano. En la sección 37.2 se lee el requisito de "probabilidad sustancial de que, en un futuro cercano ("near future"), cause un daño físico serio a si mismo o a terceros, evidenciado por conductas, intentos o amenazas recientes de daño (Va. Code § 37.2-817, 2025). En una revisión acerca de esta reforma los autores proponen que el horizonte temporal podría consistir en una semana, aunque reconocen que no debe ser aplicado con rigidez absoluta (Cohen et al., 2009). En Nueva Zelanda, el Acta de Salud Mental del año 2026, en la sección 7 acerca de los criterios compulsivos incorpora la coordenada temporal de "futuro cercano" y el *quantum* severo de gravedad (Mental Health Act 2026, s.7 (1)(b)).

Siempre he creído que para resolver las dificultades de interpretación que suscitó la fórmula SRC, al igual que mi colega E. Mercurio, se puede trabajar en un consenso inter societario no siendo necesaria una reforma (Mercurio, 2026a). Pero de aprobarse una modificación del texto de la norma, propongo que la fórmula a aplicar sea la de *Situación de Riesgo Grave y Próximo de Daño.* De este modo, se mantiene el modelo situacional del riesgo y al mismo tiempo a través de próximo, se supera el obstáculo de la inminencia, pero sin dotarla de la cualidad de lo potencial, de alcance prolongado o indefinido. De esta manera, se respetaría el criterio de excepcionalidad a la hora de avanzar en forma coactiva sobre la voluntad de un sujeto.

Siguiendo esta línea argumental es que defino a la Situación de Riesgo Grave y Próximo de Daño como aquella en la que, a partir de circunstancias clínicas actuales, antecedentes relevantes y una evolución razonablemente previsible, existen fundamentos concretos para considerar que puede producirse un daño grave para la vida o la integridad física de la persona o de terceros en un horizonte temporal cercano, sin que resulte necesario acreditar su ocurrencia inmediata. De este modo el criterio situacional amplía legítimamente el campo de información que deben considerar los profesionales, pero no necesariamente el horizonte temporal dentro del cual puede justificar una medida coactiva. Y por su parte, próximo limita la extensión temporal de la predicción que se utiliza para fundamentar la privación de libertad sin afectar la amplitud de la evaluación clínica. Esto permite distinguir tres preguntas que permiten organizar la evaluación y clarificar la dinámica de interacción de los términos: 1) ¿Qué elementos del historial y de la situación actual debo considerar para evaluar el riesgo? 2) ¿Cuán cercano debe ser el daño anticipado para justificar una internación involuntaria ahora? 3) ¿Qué es lo grave? En las respuestas decantan la aplicación y la explicación: 1) El criterio situacional; 2) Próximo ("futuro cercano"), para algunos autores pueden considerarse 7 días, 3) La magnitud del daño.

Por otra parte, con respecto a "necesario, debido y oportuno" debe señalarse que abrirá un análisis jurídico jurisprudencial y doctrinario que asoma no pacífico. Pareciera que la hipótesis diagnóstica principal que subyace al nuevo proyecto es que los problemas en Salud Mental en Argentina han obedecido a que existían restricciones al procedimiento de internación. En consecuencia, ampliar el intervalo temporal y bajar el umbral de condicionantes a tal indicación aportaría la solución. Asumiendo esta presunción es que solo puede entenderse la propuesta de un artículo 23 bis (ahora suprimido) que estipulaba la posibilidad de que el equipo de salud solicite al juez medidas excepcionales protectorias destinadas a favorecer la continuidad y efectividad del tratamiento en forma ambulatoria, por un período de SEIS (6) meses. El objetivo es la protección de la persona, de su núcleo familiar y de terceros. De este modo, se hubieran podido pedir al juez medidas protectorias, para garantizar la eficacia del tratamiento con objetivos de seguridad ante un riesgo no presente en ese momento. ¿De qué manera podría ejercer un juez la persuasión sobre el paciente para que este cumpla con las indicaciones luego de una internación involuntaria? Mediante la coacción bajo amenaza de una nueva internación. ¿Y al juez le alcanzaría el dictamen de solicitud de las medidas coactivas de la institución que externa, adonde el paciente volvería a internarse en caso de incumplir? Ante este pedido, al igual que ante la pregunta de la indicación necesaria, debida y oportuna, el juez en muchos casos debería pedir una evaluación técnica pericial o asistencial a otro equipo. Todo este circuito conduciría a un enmarañamiento de evaluaciones y a la indicación de medidas coactivas defensivas que, a los fines de la protección, restringen derechos. Estas objeciones las bosquejé en el discurso ante los senadores nacionales y en un encuentro posterior en el seno de la Comisión de Peritos de la Asociación de Magistrados y Funcionarios de la Justicia Nacional (AMFJN) ante jueces, defensores, peritos y la secretaria ejecutiva del Órgano de Revisión Nacional. Afortunadamente, ese artículo 23 bis fue suprimido. El que se propone actualmente bajo esa numeración excede al objetivo de este trabajo de opinión.

Todo el plexo normativo actual en materia de derechos civiles apunta a que la internación sea un recurso terapéutico de carácter restringido y excepcional según modalidad. En este proyecto de modificación se mezclan intenciones terapéuticas con objetivos de seguridad. Asimismo, y dada la falta de presupuesto en salud mental, el sistema público verse sobrecargado por medidas de carácter defensivo mientras se deriva al sector privado. Pero aquí cabe reflexionar si no se está ante un sesgo de política de salud: que se destinen fondos -a modalidad de becas de internación- al sector privado y no se invierta en otros dispositivos distintos y eventualmente complementarios a las internaciones para articular en redes.

Para concluir, debo señalar que esta reforma -en lo que atañe al objeto de este artículo- puede entrar en tensión con garantías constitucionales y convencionales, reintroduce un criterio "peligrosista", agrava la expectativa de predicción del daño sobre los profesionales y facilita acciones de judicialización e internación de corte defensista.

Conflicto de intereses: *el autor declara no presentar conflicto de intereses respecto del contenido del presente artículo.*

Referencias bibliográficas

Areco, L., & Luna, M. (2025). Internaciones involuntarias. *Cuadernos Argentinos de Ciencias Forenses, 3*(2), 28–41.

Cohen, B. J., Bonnie, R. J., & Monahan, J. (2009). Understanding and applying Virginia's new statutory civil commitment criteria. *Developments in Mental Health Law, 28*, 127-139.