

Pulso **CiPS** #11

Datos y claves para entender el sistema de salud.

OCTUBRE 2026

¿QUÉ ESTÁ PASANDO CON LA SALUD MENTAL EN ARGENTINA?

Un malestar que crece,
un sistema bajo presión
y una ley en discusión.

INTRODUCCIÓN

Es sábado a la noche en Buenos Aires a fines de septiembre de 2026. La artista pop Lali Espósito está tocando en el estadio de River Plate frente a 80.000 personas, en su amplia mayoría menores de 35 años. Antes de empezar a cantar “*Ciudad de Pobres Corazones*” de Fito Páez, la cantante se tomó unos minutos para hablar de **la crisis de salud mental y el aumento en la tasa de suicidios en Argentina**.

Esta escena tiene ecos previos. En *Los suicidas del fin del mundo*, Leila Guerriero reconstruye la historia de Las Heras, un pueblo de Santa Cruz atravesado a fines de los noventa por una serie de suicidios de jóvenes, en un contexto marcado por el desempleo, el aislamiento y la dificultad de proyectar un futuro. Más de dos décadas después, algunos de esos interrogantes vuelven a aparecer en una Argentina donde el suicidio crece de manera sostenida y se concentra especialmente entre los jóvenes.

¿Por qué estamos todos hablando de salud mental? ¿Cómo logró este tema colarse en la agenda pública, en los medios, en las redes sociales y hasta en los recitales multitudinarios? La reciente publicación de las estadísticas de suicidios volvió a encender las alarmas, especialmente por el crecimiento registrado entre adolescentes y jóvenes.

En este Pulso analizamos qué dicen los datos disponibles sobre la salud mental en Argentina y cómo está respondiendo el Estado frente a una crisis que combina un aumento del malestar y de la demanda de atención; un crecimiento sostenido de los suicidios y un deterioro de las condiciones sociales y económicas. Todo ello ocurre, además, en un contexto marcado por fuertes restricciones presupuestarias y por un nuevo proyecto de reforma de la Ley Nacional de Salud Mental.

01. ¿QUÉ NOS DICEN LOS DATOS?



ESTADO DE SITUACIÓN DE LA SALUD MENTAL EN ARGENTINA:

Para entender la magnitud del problema, conviene partir de qué entendemos por salud mental. La Organización Mundial de la Salud (OMS) la define como un estado de bienestar que permite a las personas afrontar las situaciones de estrés de la vida, desarrollar sus capacidades, aprender, trabajar e integrarse en su entorno.¹

Así entendida, la salud mental depende de factores individuales, familiares, sociales, culturales y económicos que pueden protegerla o deteriorarla. Los problemas asociados a ella abarcan desde trastornos y discapacidades psicosociales hasta altos niveles de angustia y conductas autolesivas, y representan una causa importante de discapacidad a nivel mundial^A. La pandemia de COVID-19 profundizó estos padecimientos, pero también volvió más visibles problemas previos de acceso, estigmatización y falta de recursos destinados a la atención.

A pesar de que esto tiene un alto costo económico, de productividad y de desarrollo para los países, y de que el tratamiento suele tener un costo relativamente bajo, **los sistemas de salud no destinan recursos suficientes para garantizar el acceso oportuno a la atención y tratamiento**. Esto contribuye a profundizar un problema estructural de estigmatización, discriminación y violación a los derechos humanos hacia quienes enfrentan estos padecimientos.

En este contexto, Argentina no es una excepción y sus datos lo demuestran. Pero ¿qué sabemos de la salud mental de la población de nuestro país?

Un estudio reciente del Observatorio de Psicología Social Aplicada de la Universidad de Buenos Aires (UBA) analizó el estado de salud mental de más de 2.000 personas adultas mediante una encuesta online realizada en 2025, que ya había sido aplicada en años anteriores.² El relevamiento evaluó malestar psicológico, ansiedad, depresión, riesgo suicida, acceso a tratamiento, sueño, crisis personales, consumo de sustancias y uso de redes sociales e inteligencia artificial. Aunque la muestra no es representativa de la población argentina y sus resultados no pueden generalizarse, aporta algunos datos relevantes sobre la evolución reciente del malestar.

Los resultados muestran importantes desigualdades por edad, género y nivel socioeconómico. Los grupos más jóvenes presentan mayores niveles de ansiedad, depresión y malestar psicológico general, y las personas de 18 a 29 años registran los puntajes más altos de riesgo suicida, en línea con los datos de mortalidad que analizaremos más adelante. Las mujeres presentan mayor malestar general y más síntomas depresivos que los varones. A su vez, las personas de sectores socioeconómicos bajos muestran peores resultados en los principales indicadores de salud mental .

^A. Es importante señalar que la terminología utilizada en este trabajo se corresponde con la terminología utilizada por los trabajos citados.



Las dificultades económicas aparecen también entre los principales factores asociados al malestar. El 35,85% de las personas encuestadas considera estar atravesando una crisis y, entre ellas, predominan las crisis económicas (55,91%), vitales (52,40%) y familiares (36,37%). Esta situación se refleja además en el acceso a la atención: aunque el 29,15% realiza tratamiento psicológico, entre quienes no lo hacen, la mitad considera que lo necesita. La principal barrera identificada es la económica, ya que manifiestan no poder pagarlo. Así, el panorama que relatan las personas en primera persona excede el ámbito sanitario y se vincula de manera directa con el deterioro de las condiciones de vida.



QUÉ DICEN LAS PERSONAS

6,5% DE LAS PERSONAS ENCUESTADAS PRESENTA **RIESGO DE PADECER UN TRASTORNO MENTAL.**

35,9% DICE ESTAR **ATRAVESANDO UNA CRISIS.**

Entre ellas, predominan las económicas (55,9%), las vitales (52,4%) y las familiares (36,4%).

29,2% HACE **TRATAMIENTO PSICOLÓGICO.**

Entre quienes no lo hacen, la mitad considera que lo necesita.
La principal barrera es económica.

HABLAR CON AMIGOS/AS ES LA RESPUESTA MÁS FRECUENTE ANTE EL MALESTAR, SEGUIDA DE CONSULTAR A UN/A PSICÓLOGO/A Y HACER DEPORTE.

97,2% USA **REDES SOCIALES** | **59%** USA **INTELIGENCIA ARTIFICIAL**

El uso de IA se asocia con más ansiedad y malestar emocional, pero no con más síntomas depresivos. Es una asociación, no una relación causal.

Fuente: Relevamiento del estado psicológico de la población argentina, Observatorio de Psicología Social de la UBA.

Este panorama muestra un malestar atravesado por múltiples dimensiones de la vida, con un fuerte componente socioeconómico. **Y lo que aparece en las encuestas tiene su correlato en los servicios de salud: del otro lado del mostrador, se traduce en más consultas, más internaciones y cuadros de mayor complejidad.**

Esa tendencia aparece también en el Segundo Informe Federal de Situación de Salud Mental en Argentina, coordinado por la Universidad Nacional de Lanús (UNLA), en el que participaron 14 jurisdicciones que representan más del 70% de la población del país.³

Los resultados muestran un crecimiento sostenido de las internaciones y de la atención ambulatoria:

INTERNACIONES

BUENOS AIRES, CÓRDOBA,
LA PAMPA Y NEUQUÉN

▲ **42%**

Proyección de egresos hospitalarios por salud mental en 2026, respecto a 2023.

▲ **110%**

Internaciones de menores de 18 años en Buenos Aires entre 2019 y 2025.

ATENCIÓN AMBULATORIA

BUENOS AIRES, CÓRDOBA,
LA PAMPA Y NEUQUÉN

▲ **50%**

Incremento de consultas ambulatorias desde 2023.

▲ **23%**

Incremento de consultas ambulatorias entre 2025 y 2026 incorporando los datos de Tierra del Fuego.

Fuente: Segundo Informe Federal de Situación de Salud Mental en Argentina, coordinado por la Universidad Nacional de Lanús (UNLA)

Todas las provincias que participaron del relevamiento describen una creciente sobrecarga del subsector público, con mayor padecimiento, cuadros más graves y de aparición más temprana, redes de apoyo más débiles y un aumento de los suicidios. A esto se suma la mayor demanda de niñas, niños y adolescentes y de personas que, tras perder la cobertura de obras sociales o empresas de medicina prepaga, pasaron a requerir atención en el sistema público. Esta presión persiste a pesar de la ampliación de camas, dispositivos comunitarios, centros de día y equipos móviles. Las autoridades provinciales advierten, además, que este escenario se desarrolla en un contexto de pérdida de empleo, precarización,

inseguridad habitacional y debilitamiento de las redes de cuidado^{4,5}, condiciones que incrementan el malestar y, al mismo tiempo, dificultan el acceso oportuno a la atención.⁴⁻⁶

El informe identifica problemas comunes entre las jurisdicciones: restricciones presupuestarias, escasez de recursos humanos, falta de dispositivos comunitarios e intermedios y dificultades para sostener la continuidad de los cuidados. Todo esto ocurre, además, en un contexto de deterioro de las condiciones sociales. Las autoridades provinciales señalan especialmente la pérdida de empleo, la precarización, la inseguridad habitacional y el debilitamiento de las redes de apoyo, factores que incrementan el malestar y, al mismo tiempo, dificultan el acceso oportuno a la atención.

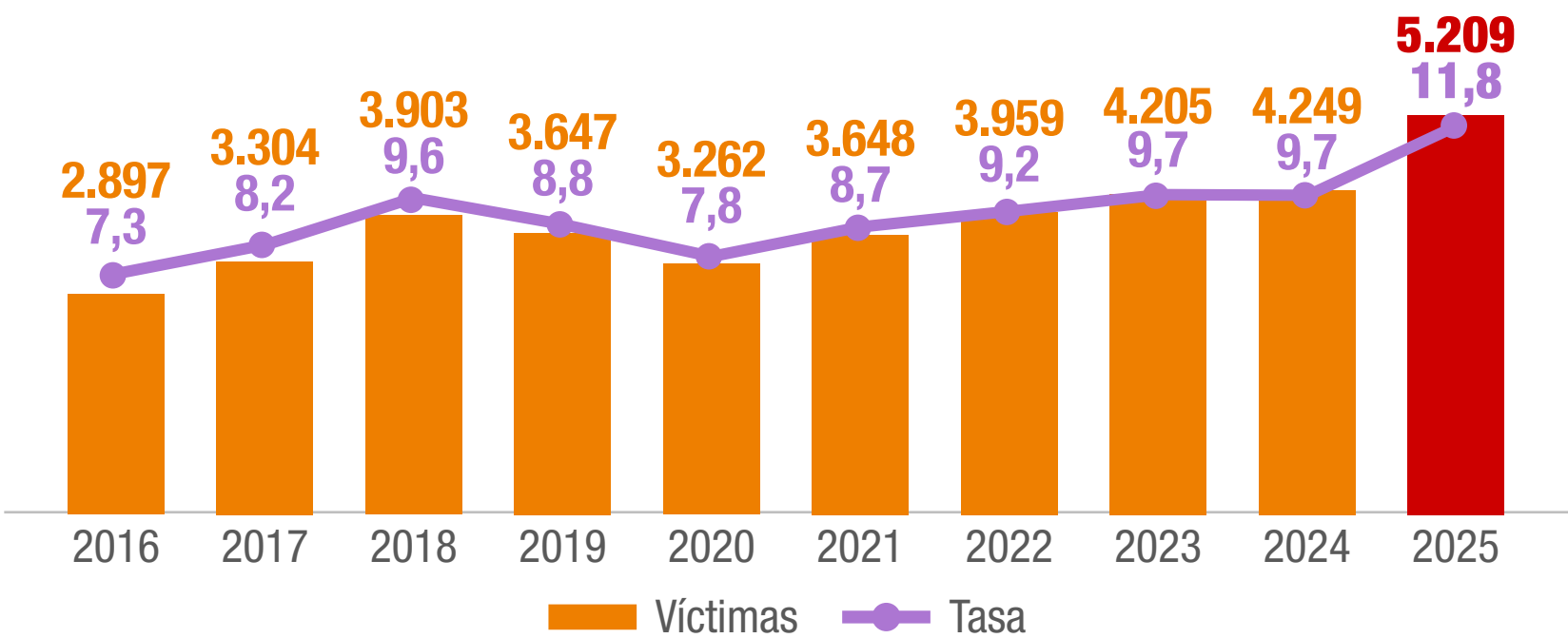
02. EL CRECIMIENTO DE LOS SUICIDIOS: LA MAYOR ALARMA DE ESTA CRISIS

Si el aumento de las consultas e internaciones muestra la presión creciente sobre el sistema, **el suicidio constituye la expresión más extrema de esta crisis y el indicador que más alarmas encendió en los últimos meses.** En Argentina existen dos fuentes oficiales para su medición: la Dirección de Estadísticas e Información en Salud (DEIS), que registra las defunciones a partir de las estadísticas vitales y el Sistema Nacional de Información Criminal (SNIC), que reúne los hechos informados por las fuerzas de seguridad.^{8,9} Como utilizan fuentes y metodologías diferentes, sus cifras no coinciden exactamente.

En agosto de 2026, el Ministerio de Seguridad publicó los datos del SNIC correspondientes a 2025.⁹ Ese año se registraron 5.209 víctimas de suicidio, equivalentes a una tasa de 11,8 por cada 100.000 habitantes, un 21,6% más que en 2024. La tendencia venía aumentando de manera sostenida desde 2020: la tasa pasó de 7,8 ese año a 8,7 en 2021, 9,2 en 2022, 9,7 en 2023 y 2024 y 11,8 en 2025.

GRÁFICO 1.
VÍCTIMAS DE SUICIDIOS
(CONSUMADOS)
POR AÑO.

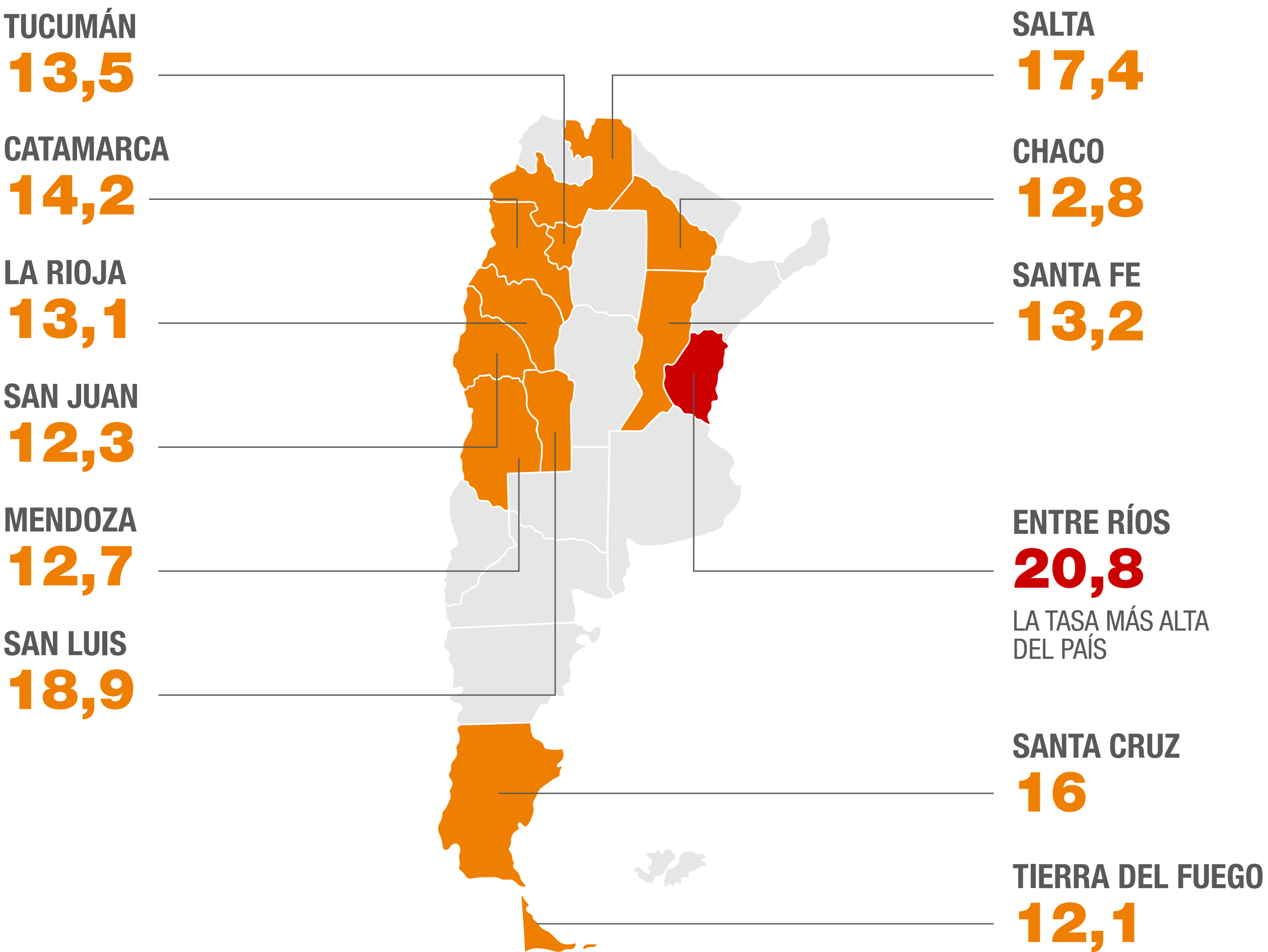
Valores absolutos, tasas cada 100.000 habitantes. Rep. Argentina. Años 2016-2025.



Nota: Tasas calculadas sobre la población mayor a 5 años.
Fuente: Sistema Nacional de Información Criminal - Sistema Alerta Temprana (SNIC - SAT), Ministerio de Seguridad Nacional e INDEC.

LAS DIFERENCIAS TERRITORIALES SON IMPORTANTES

Cantidad de suicidios cada 100.000 habitantes. En total, doce provincias se ubicaron por encima del promedio nacional de 11,8.



El patrón es especialmente marcado entre varones y personas jóvenes. Según el SNIC, el 78,6% de las víctimas registradas en 2025 fueron varones y la mayor concentración se produjo entre los 18 y 34 años.¹¹ Los datos de la DEIS, aunque registran una tasa general menor, muestran la misma desigualdad: en 2024 se contabilizaron 2.892 suicidios de varones y 720 de mujeres, es decir, aproximadamente cuatro varones por cada mujer.^{B,12} Más allá de las diferencias entre ambas fuentes, **las dos series coinciden en la tendencia creciente y en la fuerte concentración de las muertes entre varones jóvenes.**^{11,13}

Pero este fenómeno no es exclusivamente argentino. Entre 2000 y 2021, la tasa de suicidio entre personas de 10 a 24 años aumentó un 38% en las Américas, de 5,7 a 7,8 por cada 100.000 habitantes, mientras que en la población general

B. A pesar de haber incorporado la variable género recientemente, las estadísticas de mortalidad suelen utilizar la variable sexo (biológico) y no género (autopercepción) para el registro, por la dificultad de captar ese aspecto en la defunción de la persona.

creció más de un 17%. A diferencia de otras regiones, donde las tasas descendieron luego de la pandemia, las Américas continúan mostrando una tendencia ascendente.^{14,15}

Cuando un fenómeno adquiere una magnitud poblacional de estas características, su análisis requiere una mirada de salud pública. Las situaciones de mayor vulnerabilidad responden a la interacción de factores individuales, familiares, sociales y económicos, entre ellos la ansiedad y la depresión, el aislamiento, los consumos problemáticos, la violencia, la exposición a entornos digitales y el deterioro de las condiciones materiales de vida y de las redes de apoyo.^{4,5} Entre adolescentes y jóvenes, estas situaciones pueden verse agravadas por la dificultad para construir proyectos de vida, imaginar horizontes compartidos y proyectarse hacia el futuro.^{6,15,16}

El crecimiento de los suicidios volvió así más urgente una pregunta que aparece frente a los casos más graves: **¿cuenta el sistema con las herramientas y capacidades necesarias para intervenir a tiempo? Es en ese contexto que vuelve a cobrar fuerza la discusión sobre la Ley Nacional de Salud Mental.**



03. LEY DE SALUD MENTAL: IMPLEMENTACIÓN, CAPACIDADES Y REFORMA

La pregunta es cuánto de las dificultades actuales se vincula con el diseño de la Ley 26.657, cuánto con los problemas que atravesó su implementación y qué capacidad tiene hoy el Estado para responder a una demanda creciente. La Argentina arrastra esta discusión desde hace más de una década. **En distintos momentos, episodios de fuerte repercusión pública reactivaron los cuestionamientos a la Ley Nacional de Salud Mental, especialmente en relación con las internaciones involuntarias y con las posibilidades de intervención de las familias frente a situaciones de crisis.**¹⁷⁻¹⁹

En abril de 2026 el Gobierno nacional envió al Senado un proyecto para modificar la Ley 26.657.^c La iniciativa parte del diagnóstico de que algunas disposiciones de la norma vigente dificultan la respuesta frente a situaciones de crisis y cuadros graves. Entre sus principales cambios propone ampliar los criterios para las internaciones involuntarias, reemplazar el requisito de “riesgo cierto e inminente” por el de “riesgo grave de daño”, otorgar mayor centralidad al médico psiquiatra dentro de los equipos interdisciplinarios y habilitar nuevamente internaciones en instituciones especializadas en salud mental. Según el Gobierno, estos cambios permitirían intervenir antes, mejorar la evaluación clínica y ampliar la disponibilidad de camas.^{20,21}

La propuesta modifica así algunos principios centrales del modelo vigente. La Ley 26.657 establece el carácter excepcional de las internaciones involuntarias, prioriza la atención comunitaria e interdisciplinaria, dispone que las internaciones se realicen en hospitales generales y prohíbe la creación de nuevos establecimientos monovalentes.²²

Las principales controversias se concentran justamente en esos puntos. Organizaciones de derechos humanos y de salud mental y distintos profesionales advierten que flexibilizar los criterios de internación involuntaria podría ampliar el margen para tratamientos coercitivos. También cuestionan la mayor centralidad otorgada a la psiquiatría, la recuperación de instituciones especializadas y las modificaciones a los mecanismos de control y participación. Desde esta perspectiva, la reforma podría debilitar las garantías de autonomía y el modelo comunitario que estructuran la ley vigente.^{22–26}

Detrás de estas posiciones existen también diagnósticos diferentes sobre los problemas del sistema. Para el Gobierno, algunos profesionales y organizaciones de familiares, ciertas restricciones normativas dificultan las intervenciones tempranas y la respuesta frente a cuadros severos. Sus críticos señalan, en cambio, que una parte importante de esas dificultades deriva de una implementación incompleta: falta de servicios comunitarios y dispositivos intermedios, integración insuficiente de la salud mental en hospitales generales y atención primaria, y escasez de recursos.²⁷

Sin embargo, la trayectoria de la Ley 26.657 muestra un problema más complejo. La norma propuso una transformación profunda del modelo de atención: reemplazar progresivamente la internación prolongada en instituciones monovalentes por un sistema comunitario, interdisciplinario e integrado al resto del sistema de salud.

^c. Al momento de la redacción de este Pulso, no se ha presentado una versión del proyecto con modificaciones ni se ha dictaminado por las comisiones intervinientes en el Senado (Legislación General y Salud).

Ese cambio requería modificar instituciones y prácticas profesionales, desarrollar nueva infraestructura y coordinar responsabilidades distribuidas entre la Nación, las provincias y una multiplicidad de actores públicos y privados.

Una de las principales dificultades fue que el horizonte de transformación estuvo definido con mayor claridad que el camino necesario para alcanzarlo. **La sustitución progresiva de los hospitales monovalentes requería ampliar paralelamente los servicios comunitarios, las camas en hospitales generales, los dispositivos intermedios y las alternativas habitacionales capaces de sostener las externaciones.** También exigía acuerdos entre actores con intereses, recursos y capacidades muy diferentes. En un sistema de salud fragmentado y federal, este proceso avanzó de manera desigual.

El Primer Censo Nacional de Personas Internadas por Motivos de Salud Mental, realizado en 2018 y 2019²⁸, permitió dimensionar esa distancia entre el modelo previsto por la ley y el sistema existente. El relevamiento registró 12.035 personas internadas en 162 instituciones monovalentes públicas y privadas. El tiempo promedio de internación alcanzaba los 8,2 años y llegaba a 12,5 años en el sector público, frente a 4,2 en el privado.

Los datos también mostraron las condiciones en las que transcurrían muchas de esas internaciones: el 34,1% de las personas no había recibido visitas y el 40,4% no había realizado salidas durante el último mes. Sólo el 28,5% había firmado consentimiento informado y, según los equipos tratantes, el 36,4% de quienes permanecían internados presentaba riesgo cierto e inminente para sí o para terceros.

12.035 PERSONAS INTERNADAS
EN INSTITUCIONES MONOVALENTES.

8,2 AÑOS DE INTERNACIÓN
PROMEDIO.
12,5 años de internación promedio en el sector público,
frente a 4,2 en el privado.

40,4% NO HABÍA REALIZADO NINGUNA SALIDA
DURANTE EL ÚLTIMO MES.

28,5% HABÍA FIRMADO CONSENTIMIENTO
INFORMADO

36,4% PERMANECÍA INTERNADO
POR RIESGO CIERTO E INMINENTE.

Fuente: Primer Censo Nacional de Personas Internadas por Motivos de Salud Mental.

El censo daba cuenta, así, de la magnitud del problema que la ley buscaba modificar, pero también de las dificultades para construir alternativas suficientes a la institucionalización prolongada. **La transformación requería recursos, pero también una estrategia de implementación capaz de definir etapas, coordinar jurisdicciones, construir acuerdos y gestionar las resistencias de los actores involucrados.**

Quince años después, el resultado continúa siendo heterogéneo. Hubo avances, aunque persisten grandes diferencias entre jurisdicciones y una coexistencia entre instituciones y prácticas propias del modelo anterior y dispositivos comunitarios que no alcanzaron a desarrollarse con la escala necesaria. Esa implementación fragmentada contribuye a que, frente a situaciones críticas, el debate vuelva periódicamente sobre el contenido de la propia ley.

Los problemas de implementación, sin embargo, no pueden analizarse al margen de los recursos disponibles. Una transformación de esta magnitud requiere inversión sostenida para ampliar servicios, formar equipos, desarrollar dispositivos comunitarios y garantizar alternativas reales a la internación. La brecha entre lo establecido por la ley y los recursos destinados a su implementación ha sido persistente y se profundizó en los últimos años.

La Ley 26.657 establece como meta que el 10% del presupuesto de salud se destine a salud mental. Ese porcentaje sólo se alcanzó en 2023, cuando llegó al 10,1%.²⁹ En 2025 representó el 1,68% y para 2026 se asignó el 1,65%. A mediados de mayo, además, los programas de salud mental habían devengado apenas el 6,2% de su presupuesto, en un contexto de reducción de \$63 mil millones en salud pública.^{3,30} El Programa de Apoyo y Promoción de la Salud Mental, uno de los principales instrumentos para implementar la Ley 26.657, contó en 2026 con un presupuesto proyectado de apenas 48 millones de pesos, más de un 90% inferior al de 2025. Entre otras acciones, este programa financia la capacitación de equipos, cooperación técnica con las provincias, intervenciones comunitarias, adecuación de hospitales monovalentes y externaciones sustentables.³¹

La Ley 26.657 mostró dificultades concretas para traducir su modelo de atención en capacidades efectivas y homogéneas en todo el país. Al mismo tiempo, la crisis actual encuentra a ese sistema bajo una presión creciente, con un deterioro de las condiciones de vida de la población y fuertes reducciones del financiamiento nacional. **Revisar los instrumentos de la ley puede formar parte de la discusión, pero difícilmente permita responder a estos problemas si no se acompaña de inversión, prevención y una estrategia más amplia para fortalecer las capacidades del sistema.**

CONCLUSIONES

MÁS ALLÁ DE LA LEY: PRIORIZAR, FINANCIAR E IMPLEMENTAR

El recorrido de este Pulso muestra una crisis que combina distintos planos: un malestar extendido y desigual, un crecimiento sostenido de los suicidios, una demanda cada vez mayor sobre los servicios y un sistema que enfrenta limitaciones históricas de capacidad y, en los últimos años, fuertes restricciones presupuestarias. Estas tendencias afectan especialmente a adolescentes, jóvenes y sectores en condiciones socioeconómicas desfavorables.

La crisis ocurre, además, en un contexto de deterioro de las condiciones de vida. Las dificultades económicas, la precarización, el debilitamiento de las redes de apoyo y las dificultades para construir proyectos de vida atraviesan el bienestar de la población y exceden largamente al sistema sanitario. Por eso, una política de salud mental requiere combinar prevención, detección y acceso a tratamientos con intervenciones sobre educación, empleo, protección social, vivienda, deporte y fortalecimiento comunitario.

La Ley 26.657 introdujo un paradigma de derechos y propuso una transformación profunda del modelo de atención, pero su implementación encontró dificultades para desarrollar los dispositivos, capacidades y acuerdos necesarios para hacer efectiva esa transición en un sistema fragmentado y federal. Después de más de quince años, existe suficiente experiencia para revisar esos problemas y discutir qué instrumentos necesitan ser modificados o fortalecidos sin abandonar las garantías y los principios que orientaron la reforma.

Esa discusión, sin embargo, se produce hoy en condiciones especialmente adversas. El crecimiento de la demanda y de los suicidios coincide con una reducción del presupuesto nacional en salud y con el debilitamiento de programas destinados a sostener la implementación de una política de salud mental. En este escenario, una reforma normativa puede revisar problemas reales de diseño o implementación, pero no reemplaza los recursos necesarios para prevenir, atender y sostener cuidados.

La reducción del financiamiento, la baja inversión en prevención y la ausencia de políticas intersectoriales capaces de actuar sobre los determinantes sociales de esta crisis no pueden compensarse mediante cambios legislativos. Modificar la ley sin fortalecer las capacidades del sistema corre el riesgo de concentrar la discusión en las reglas de atención mientras permanecen o se profundizan las condiciones que dificultan el acceso, la prevención y la continuidad de los cuidados.

Que la salud mental haya llegado a los estadios muestra hasta qué punto el tema atravesó la conversación pública. El desafío es que esa preocupación se traduzca en una política sostenida con recursos, capacidad de implementación y acciones que intervengan antes de que el malestar llegue a sus expresiones más graves.

BIBLIOGRAFÍA

01. Presidencia de la Nación Argentina. Mensaje N.o 180/2026. Proyecto de ley: Derogación de la Ley de Salud mental. [cited 6 Oct 2026]. Available: https://www.who.int/es/health-topics/mental-health#tab=tab_2

02. Etchevers MJ, Garay CJ, Etchezahar E, Ungaretti J, Putrino N, Grasso J. Relevamiento del estado psicológico de la población argentina. Observatorio de Psicología Social Aplicada, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires; 2025.

03. 2o Informe Federal de Salud Mental. In: Google Docs [Internet]. [cited 6 Oct 2026]. Available: https://drive.google.com/file/d/1cMWXLUMzVDJliehLXxTOBkh-HpG7fIN_/view?usp=embed_facebook

04. Alerta de las provincias por el aumento de la demanda en salud mental. [cited 6 Oct 2026]. Available: https://www.gba.gob.ar/saludprovincia/noticias/alerta_de_las_provincias_por_el_aumento_de_la_demanda_en_salud_mental

05. Duffard M. Colapso en salud mental: pico de suicidios, menos presupuesto y nueva ley. In: Infobae [Internet]. 5 June 2026 [cited 6 Oct 2026]. Available: <https://www.infobae.com/politica/2026/06/05/colapso-en-salud-mental-pico-de-suicidios-menos-presupuesto-y-nueva-ley/>

06. Cazeneuve ME. El aumento de los suicidios en Argentina preocupa a los especialistas en salud mental. In: Infobae [Internet]. 21 Aug 2026 [cited 6 Oct 2026]. Available: <https://www.infobae.com/salud/2026/08/21/el-aumento-de-los-suicidios-en-argentina-preocupa-a-los-especialistas-en-salud-mental/>

07. Estadísticas criminales de la República Argentina. In: Argentina.gob.ar [Internet]. 14 Nov 2019 [cited 6 Oct 2026]. Available: <https://www.argentina.gob.ar/seguridad/estadisticascriminales>

08. Dirección de Estadísticas e Información de la Salud. In: Argentina.gob.ar [Internet]. 2024 [cited 20 Dec 2024]. Available: <https://www.argentina.gob.ar/salud/deis>

09. Dirección Nacional de Estadística Criminal. Informe del Sistema Nacional de Información Criminal. Ministerio de Seguridad Nacional; 2025.

10. Ballarino F, Ferreiro I. Suicidios en Argentina: qué provincias tuvieron las tasas más altas en 2025 y cómo se distribuyen los psiquiatras. In: Chequeado [Internet]. 10 Sept 2026 [cited 6 Oct 2026]. Available: <https://chequeado.com/el-explicador/suicidios-en-argentina-que-provincias-tuvieron-las-tasas-mas-altas-en-2025-y-como-se-distribuyen-los-psiquiatras/>

11. Larroude A. Cuando matarse aparece como una opción en la Argentina. Observatorio de Política Criminal;

12. Reporte interactivo de estadísticas de salud. In: Argentina.gob.ar [Internet]. 9 Mar 2021 [cited 6 Oct 2026]. Available: <https://www.argentina.gob.ar/salud/deis/reporte-interactivo>

13. Tibiletti P. Radiografía de una emergencia: el suicidio ya es la principal forma de muerte violenta en Argentina. In: Cenital [Internet]. 3 Aug 2026 [cited 6 Oct 2026]. Available: <https://cenital.com/radiografia-de-una-emergencia-el-suicidio-ya-es-la-principal-forma-de-muerte-violenta-en-argentina/>
14. Nguyen N, Martinez R, Irarrazaval M, Oliveira E Souza R, Hennis AJM. Suicide mortality among adolescents and young adults aged 10-24 years in the Americas, 2000-2021: an analysis using the WHO Global Health Estimates. Lancet Reg Health Am. 2026;60: 101497.
15. Ballarino F, Ferreiro I. El suicidio ya es la principal causa de muerte entre adolescentes y jóvenes adultos en Argentina. In: Chequeado [Internet]. 12 July 2026 [cited 6 Oct 2026]. Available: <https://chequeado.com/el-explicador/el-suicidio-ya-es-la-principal-causa-de-muerte-entre-adolescentes-y-jovenes-adultos-en-argentina/>
16. Cazeneuve ME. Alerta por el aumento de suicidios en adolescentes y jóvenes de la región: un informe reveló datos preocupantes. In: Infobae [Internet]. 21 May 2026 [cited 6 Oct 2026]. Available: <https://www.infobae.com/america/ciencia-america/2026/05/21/alerta-por-el-aumento-de-suicidios-en-adolescentes-y-jovenes-de-la-region-un-informe-revelo-datos-preocupantes/>
17. Pública T-T. Caso Chano: la Ley de Salud Mental y el consumo problemático. In: TVP [Internet]. 28 July 2021 [cited 7 Oct 2026]. Available: <https://www.tvpublica.com.ar/post/caso-chano-la-ley-de-salud-mental-y-el-consumo-problematico>
18. Resnik D. Caso Felipe Pettinato: qué dice la Ley de Salud Mental sobre las internaciones. In: Página12 [Internet]. 7 Nov 2025 [cited 7 Oct 2026]. Available: <https://www.pagina12.com.ar/423964-caso-felipe-pettinato-que-dice-la-ley-de-salud-mental-sobre->
19. Allende J. “Hay que hacer algo, somos muchos pidiendo ayuda”: cuál es la exigencia de la ley de salud mental que critican la madre de Chano y otros familiares. In: LA NACION [Internet]. 31 May 2022 [cited 7 Oct 2026]. Available: <https://www.lanacion.com.ar/sociedad/hay-que-hacer-algo-somos-muchos-pidiendo-ayuda-cual-es-la-exigencia-de-la-ley-de-salud-mental-que-nid30052022/>
20. El Gobierno Nacional presentó en el Senado el proyecto de modificación de la Ley de Salud Mental. In: Ministerio de Salud [Internet]. 29 Apr 2026 [cited 6 Oct 2026]. Available: <https://www.argentina.gob.ar/noticias/el-gobierno-nacional-presento-en-el-senado-el-proyecto-de-modificacion-de-la-ley-de-salud>
21. Continúa el debate sobre la modificación de la Ley de Salud Mental en el Senado. In: Ministerio de Salud [Internet]. 21 May 2026 [cited 6 Oct 2026]. Available: <https://www.argentina.gob.ar/noticias/continua-el-debate-sobre-la-modificacion-de-la-ley-de-salud-mental-en-el-senado>
22. Fabiola Czubaj. El Gobierno envió al Senado la reforma de la ley de salud mental y ya se reavivó el debate. La Nación. Apr 2026. Available: <https://www.lanacion.com.ar/sociedad/ingreso-hoy-al-senado-estos-son-los-principales-puntos-del-proyecto-del-gobierno-para-modificar-la-nid20042026/>
23. Más de 150 organizaciones cuestionamos el proyecto de modificación de la Ley Nacional de Salud Mental y exigimos la participación de las personas que se verían afectadas por la reforma en el debate legislativo. [cited 6 Oct 2026]. Available: <https://acij.org.ar/mas-de-150-organizaciones-cuestionamos-el-proyecto-de-modificacion-de-la-ley-nacional-de-salud-mental-y-exigimos-la-participacion-de-las-personas-que-se-verian-afectadas-por-la-reforma-en-el-debate-le/>
24. Comunicado institucional ante el Proyecto de modificación de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657. [cited 6 Oct 2026]. Available: <https://psicologia.mdp.edu.ar/comunicado-institucional-ante-el-proyecto-de-modificacion-de-la-ley-nacional-de-salud-mental-n-26-657/>

25. Asociación Argentina de Salud Mental. Comunicado sobre la reforma de la Ley nacional de salud mental impulsada por el Gobierno Nacional. Apr 2026 [cited 6 Oct 2026]. Available: https://www.aasm.org.ar/es/st/es.noticias.26-04-27_comunicado-sobre-la-reforma-de-la-ley-nacional-de-salud-mental
26. Menos derechos, más encierro: lo que está en juego en la reforma de la Ley de Salud Mental. [cited 6 Oct 2026]. Available: <https://www.feduba.org.ar/2026/05/03/menos-derechos-mas-encierro-lo-que-esta-en-juego-en-la-reforma-de-la-ley-de-salud-mental/>
27. Asociación Civil por la Igualdad y la Justicia. Proyecto de reforma de la ley nacional de salud mental No 26.657 análisis técnico desde una perspectiva de derechos. 2026.
28. Se presentaron los resultados del primer censo nacional de personas internadas por motivos de salud mental. In: Ministerio de Salud [Internet]. 1 Aug 2019 [cited 7 Oct 2026]. Available: <https://www.argentina.gob.ar/noticias/se-presentaron-los-resultados-del-primer-censo-nacional-de-personas-internadas-por-motivos>
29. Por primera vez, Argentina destinó a la salud mental el 10 por ciento del presupuesto en salud. In: Ministerio de Salud [Internet]. 7 Sept 2023 [cited 6 Oct 2026]. Available: <https://www.argentina.gob.ar/noticias/por-primera-vez-argentina-destino-la-salud-mental-el-10-por-ciento-de-l-presupuesto-en-salud>
30. Decisión Administrativa 20/2026. Available: <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/341744>
31. Bordigoni A. El Gobierno ejecutó \$ 466 mil por mes en el programa de Apoyo a la Salud Mental. In: Perfil [Internet]. 29 Mar 2026 [cited 6 Oct 2026]. Available: <https://www.perfil.com/noticias/economia/el-gobierno-ejecuto-466-mil-por-mes-en-el-programa-de-apoyo-a-la-salud-mental.phtml>

¿QUIÉNES SOMOS?

Centro de Implementación e Innovación en Políticas de Salud (CIIPS) perteneciente al Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria (IECS)

Somos un equipo diverso y multidisciplinario, integrado por profesionales de la salud, ciencias políticas, sociales y económicas. Con una sólida experiencia en el sector público, ONGs, academia y sector privado, nos especializamos en la creación y gestión de programas y políticas de salud.

Director: **Adolfo Rubinstein** | Coordinadora: **Cintia Cejas**

Investigadora que colaboró en este informe:
Sofia Pirsch

-  iecs.org.ar/ciips
-  linkedin.com/company/ciips
-  [ciips_ok](https://instagram.com/ciips_ok)
-  [ciips_ok](https://twitter.com/ciips_ok)