

Artículos seleccionados

Políticas de salud mental en las UPA en la provincia de Buenos Aires.

Gonzalo Alejandro Olivares^a

Fecha de recepción:	19 de mayo de 2026
Fecha de aceptación:	27 de mayo de 2026
Correspondencia a:	Gonzalo Alejandro Olivares
Correo electrónico:	golivares.ts@gmail.com

a. Licenciado en Trabajo Social. Ministerio de Salud de la Pcia. De Buenos Aires.

Resumen:

A lo largo del siguiente trabajo se analizará la implementación de dos dispositivos de atención en salud mental - guardia vespertina e internación - en las Unidades de Pronta Atención (UPA) de la Provincia de Buenos Aires. Se expondrá cómo se ha dado el proceso, desde la planificación y selección de 5 dispositivos hasta la ejecución del proyecto. Se hará hincapié en la importancia del trabajo articulado entre los diferentes niveles de gestión y la necesidad del trabajo interdisciplinario en el desarrollo de políticas de salud mental. Además, se buscarán presentar, luego de 15 meses desde el comienzo de la implementación de los dispositivos, algunos resultados incipientes respecto de la ampliación de la atención de la población bonaerense, mejorando la accesibilidad al derecho a una salud integral.

Palabras clave: Salud Mental – Políticas Públicas - Interdisciplina.

Summary

This paper will analyze the implementation of two mental health care services—evening on-call services and hospitalization—in the Emergency Care Units (UPA) of the Province of Buenos Aires. It will describe the process, from the planning and selection of the five services to the project's implementation. Emphasis will be placed on the importance of coordinated efforts among different levels of management and the need for interdisciplinary work in the development of mental health policies. Furthermore, 15 months after the start of the programs' implementation, this paper will seek to present some preliminary results regarding the expansion of care for the population of Buenos Aires, improving access to the right to comprehensive health care..

Key words: Mental Health; Public Policies; Interdisciplinarity.

Implementación de dispositivos de atención en salud mental en Unidades de Pronta Atención de la Provincia de Buenos Aires

Introducción

A lo largo del siguiente trabajo buscaremos analizar cómo se ha desarrollado la implementación de dos dispositivos de atención en salud mental —guardia vespertina e internación— en las Unidades de Pronta Atención (UPA). Para ello, partiremos de presentar la implementación de dicha política en cinco UPA para luego abocarnos al caso particular de la UPA N.º 16.

En una primera instancia, expondremos el marco conceptual desde el que realizaremos nuestro análisis. Luego presentaremos a las UPA como dispositivos de complejidad intermedia cuyo rol en la Red de Salud Bonaerense se ha ido modificando a lo largo del tiempo. En un tercer apartado, describiremos brevemente el marco institucional y político en el que se lleva adelante la implementación del dispositivo analizado, teniendo en cuenta el Plan Quinquenal de Salud de la Provincia de Buenos Aires, el Plan Provincial de Salud Mental y la Reforma Bonaerense en Salud Mental. Posteriormente, daremos a conocer cómo se desarrolló el proceso de implementación de la política

de salud mental en UPA, los motivos de selección de una primera etapa de cinco efectores (UPA N.º 1 de Lomas de Zamora, UPA N.º 3 de Lanús, UPA N.º 4 de La Matanza, UPA N.º 9 de Hurlingham, UPA N.º 16 de Tres de Febrero), y las diferentes instancias que debieron articularse para alcanzar el funcionamiento de guardias e internaciones en salud mental en dichos efectores. Finalmente, nos enfocaremos en el caso particular de la UPA N.º 16 de Tres de Febrero, su desarrollo y algunos incipientes resultados de la implementación.

Marco conceptual

A lo largo del siguiente apartado presentaremos el marco teórico-conceptual desde el cual analizaremos la política de implementación de guardias vespertinas e internación de Salud Mental en UPA.

En un principio, partimos del paradigma de la complejidad, entendido como un enfoque que:

“...integra lo más posible los modos simplificadores de pensar, pero rechaza las consecuencias mutilantes, reduccionistas, unidimensionalizantes y, finalmente, cegadoras de una simplificación que se toma por reflejo de aquello que hubiere de real en la realidad...” (Morín, 1990, p. 20).

En ese sentido, buscaremos adoptar una mirada que contemple la mayor cantidad de aristas posibles del fenómeno analizado, teniendo en cuenta variables como el contexto socioeconómico y político, las vicisitudes propias de la implementación de políticas públicas, entre otras. Asimismo, comprendemos a las políticas públicas como:

“...todas las variaciones empíricas de programas de acción encomendados a las burocracias públicas para su ejecución, desde leyes o planes y programas en su sentido más estrecho hasta expresiones más generales de intención política, que sólo se convierten en programas elaborados de acción en el curso de su implementación” (Oszlak, 1980, p. 11).

En ese sentido, consideramos que las políticas públicas no se reducen a programas, proyectos o legislaciones, sino que implican definir el sentido de las acciones a partir de una visión de futuro deseable. La relación Estado-sociedad se desarrolla a partir de las políticas definidas por actores sociales y estatales frente a problemas que se plantean desde la sociedad. Por ello resulta relevante analizar tanto las medidas que se toman a nivel burocrático para llevar adelante una política como también la dinámica social que genera y la retroalimentación sobre el funcionamiento de los actores estatales que la implementan (Oszlak, 1980, p. 9).

Por último, definimos a la interdisciplina como una forma de abordaje de problemas sociales propia del paradigma de la complejidad. Según Stolkiner:

...la interdisciplina nace, para ser exactos, de la incontrolable indisciplina de los problemas que se nos presentan actualmente (...) Los problemas (se nos presentan) como demandas complejas y difusas que dan lugar a prácticas sociales inervadas de contradicciones e imbricadas con cuerpos conceptuales diversos (1987, p. 313).

De ello se desprende que el abordaje de los problemas de padecimiento subjetivo se vuelve imposible de llevar a cabo desde disciplinas específicas y fragmentadas. Por el contrario, requiere de un trabajo de cooperación constante que articule entre el imaginario social y grupal y la dimensión institucional desde la que se trabaja, que recupere la historicidad y el contexto (Stolkiner, 2005, p. 4).

Unidades de Pronta Atención

En primera instancia, cabe destacar que las Unidades de Pronta Atención (UPA), que a partir de 2010 comenzaron a implantarse en el territorio bonaerense, tienen en sus orígenes la emulación de una política sanitaria brasileña. Las mismas tienen como destino conformarse como estructuras intermedias entre el primer y el segundo nivel de atención, en territorios de gran extensión, con el objetivo de “ampliar el acceso, la cobertura y alcanzar la equidad en salud y se organizaron para brindar atención las 24 horas” (Jiménez, 2018, p. 2).

Para la implantación de las mismas en la Provincia de Buenos Aires (PBA), se realizaron acuerdos entre gestiones municipales y la gestión provincial, mediada por las Regiones Sanitarias. Como parte del proyecto de construcción de UPA, se planificó la construcción de veinte, de las cuales finalmente se construyeron diecisiete entre 2010 y 2015. De las mismas, 7 fueron construidas en la Región Sanitaria VI (en los municipios de Avellaneda, Alte. Brown, Lomas de Zamora, Lanús, Berazategui, Florencio Varela y Quilmes); 3 en la Región Sanitaria VII (Hurlingham, Moreno, Tres de Febrero); 2 en la RS XII (La Matanza); 2 en la RS VIII (Mar del Plata); 2 en la RS XI (La Plata y Lezama) y 1 en la RS V (José C. Paz).

En un primer momento (2010-2015), las UPA funcionaron como guardias descentralizadas de lunes a lunes, 24 horas, de pediatría y clínica médica, con el objetivo de territorializar la atención de la demanda espontánea, principalmente de situaciones de baja y media complejidad, y atendiendo la urgencia para luego derivar a hospitales de mayor complejidad.

En diciembre de 2015, con el cambio de gestión de la PBA, se produjo una modificación en la política sanitaria llevada adelante y un desfinanciamiento, en particular de la política destinada a las UPA. Se redujo la cantidad de trabajadoras y trabajadores, comenzaron a faltar insumos y se deterioraron las condiciones edilicias. Asimismo, el equipamiento tecnológico fue trasladado a los hospitales provinciales. Esto produjo un gran deterioro, dejando descubiertas guardias y perjudicando la calidad de la atención de la población.

En este contexto, cada UPA fue generando estrategias diferenciadas que garantizaran su funcionamiento. Como consecuencia, los dispositivos fueron adquiriendo perfiles propios, en algunos casos asociados a las

necesidades territoriales, principalmente con la conducción de los municipios, y en otros, intentando garantizar mínimamente la atención de la guardia de emergencias, que en ocasiones no se cumplimentaba. Esto aisló a las Unidades del conjunto del sistema sanitario provincial.

A partir de diciembre del año 2019, con el triunfo electoral de Axel Kicillof en la Provincia, se comenzó a trabajar en un nuevo proyecto sanitario para la PBA. En lo que respecta a las Unidades de Pronta Atención, se fortalecieron en su fuerza laboral e insumos, permitiendo una atención mínima adecuada. No obstante, a los tres meses de iniciada la gestión, comenzó la pandemia de COVID-19. Esto llevó a que se reforzaran las UPA para que ocuparan un rol central en la asistencia sanitaria, descomprimiendo la atención e internación en los hospitales generales de la Provincia. Para ello, se continuó con la incorporación de fuerza laboral y se adecuó la atención a la contingencia, con un gran trabajo de todo el personal de las Unidades. Asimismo, en 8 UPA se anexaron Hospitales Modulares para Internación COVID (Lomas, Alte. Brown, Hurlingham, Mar del Plata, F. Varela, Moreno, Tres de Febrero, Quilmes), instalados por el Gobierno Nacional, que requirieron un esfuerzo de cogestión durante la pandemia. En el año 2021 se llevó a cabo la cesión de los Hospitales Modulares a la Provincia de Buenos Aires y se incorporó a su Ministerio de Salud a todos los trabajadores y trabajadoras.

Una vez atravesada la contingencia de la pandemia de COVID-19, habiéndose fortalecido en términos de fuerza laboral, insumos e instrumental, las UPA comenzaron a profundizar procesos de autonomía respecto de la gestión de áreas sensibles como compras, fuerza laboral, recupero de costos (SAMO), etc., con la impronta del Ministerio y el apoyo de áreas de los Hospitales de Referencia. Este proceso fue acompañado por el crecimiento variable de la prestación asistencial, con Consultorios Externos, Unidades de Terapia Intensiva, Unidades de Cuidados Intermedios, Servicios de Áreas Programáticas y Redes en Salud (SAPS), entre otras.

A partir del 2023, con la regencia del Plan Quinquenal de Salud Bonaerense (2023-2027), se volvió evidente en términos de gestión la necesidad de pensar en los aportes de las UPA en la Red Bonaerense de Atención de la Salud. Esto implicó comenzar procesos de trabajo para la implementación del paradigma de Cuidados Progresivos y la informatización a través de la Historia de Salud Integrada.

En este contexto, durante el año 2024, frente a la crisis asistencial de la salud mental y en el marco del Plan Provincial Integral de Salud Mental (2022) y la Reforma en Salud Mental Bonaerense (2023), se comenzó un proceso para implementar guardias vespertinas e internación en salud mental en 5 UPA (Lomas de Zamora, Lanús, La Matanza, Hurlingham y Tres de Febrero). Luego, en abril de 2026, se amplió el trabajo a la Unidad de Refuerzo Sanitario (URS) de San Bernardo y 5 UPA (Alte. Brown, F. Varela, Moreno, Quilmes y la restante de La Matanza).

El abordaje de la salud mental en la Provincia de Buenos Aires

A lo largo de este apartado, intentaremos recuperar brevemente los principales hitos, con el objetivo de poder plasmar el contexto sanitario y provincial en el que se despliega la política de salud mental en UPA.

Según Stolkiner (2005), podemos dividir la historia de la salud mental en Argentina en períodos de acuerdo con los modelos de Estado y política pública sanitaria que se llevaron adelante. En un primer momento, plantea que desde 1853 hasta 1945, a partir de un modelo de Estado liberal clásico, se crearon establecimientos con una lógica filantrópica, en el marco del higienismo. En particular, en términos de salud mental, se construyeron grandes instituciones con formato de hospital colonia.

Luego, entre 1945 y 1955, de la mano del primer gobierno peronista, se desarrolló el sistema de salud con la creación del Ministerio de la mano de Ramón Carrillo. Durante este período conviven y se discuten dos grandes modelos: el sistema nacional de salud de servicios públicos de acceso universal y el sistema de seguridad social con obras sociales para los trabajadores y sus familias. En lo que respecta a la salud mental, se buscó reorganizar la lógica de internación con el objetivo de acercar a las familias de las personas internadas y evitar la cronificación de usuarios.

Desde 1955 y hasta 1976 se dio un proceso de descentralización de la salud y se comenzó a desarrollar el sector privado de la medicina. En este contexto, surgieron experiencias alternativas como la de Mauricio Goldemberg con la Psiquiatría Comunitaria en el Hospital de Lanús (1956) y los centros de Salud Mental de la Comunidad y los Servicios de Psicopatología en Hospitales Generales de la Ciudad de Buenos Aires (1970). En

el período subsiguiente (1976-1983), a partir del golpe de Estado y el gobierno de la dictadura militar, se profundizó la descentralización sin asignación de recursos, se favoreció el desarrollo del sector privado sin ningún tipo de conducción ni regulación estatal del proceso, se comenzaron a arancelar ciertas atenciones en hospitales públicos y se desfinanciaron las obras sociales. En lo que respecta a la salud mental, sumado a lo antes mencionado, se desarmaron las experiencias comunitarias, se persiguió políticamente a algunas de las personas que las condujeron, y se centró la atención en la asistencia individual.

Con la vuelta de la democracia, entre 1983 y 1989, se propuso implementar un Seguro Nacional de Salud e ingresó a la discusión con mucho impulso el paradigma de la Atención Primaria de la Salud. Se desarrolló el Plan Nacional de Salud Mental, se crearon las Residencias Interdisciplinarias de Salud Mental (RISAM) y se conformó la Dirección de Salud Mental en varias provincias. En el marco de un proceso hiperinflacionario, a partir de la reforma neoliberal de los años noventa, se trabajó con una lógica de competencia de mercado, descentralización sin presupuesto de las políticas públicas y achicamiento del Estado. Se desarmó la Dirección Nacional de Salud Mental y se descentralizaron los establecimientos de salud mental de la Nación que pasaron a manos de las provincias.

En el 2001, el incremento abrupto de la pobreza y el desempleo tuvo grandes consecuencias en la salud de la población. Dicho proceso también implicó una caída del ingreso a las obras sociales y al sector privado de la salud, y por lo tanto una retracción en la cobertura. Para afrontar la fuerte crisis, se declaró la emergencia sanitaria, se desarrolló un Plan Médico Obligatorio de Emergencia y se desplegó una política de cobertura de medicamentos a través del REMEDIAR, entre otras medidas. Entre 2003 y 2015, se aumentó la participación del presupuesto destinado a las políticas sanitarias en el PBI y se crearon políticas nacionales que buscaron devolver la capacidad rectora al Ministerio de Salud de la Nación.

En dicho contexto, con un marco internacional pujante, se hizo fuerte la necesidad de una reforma en salud mental, que concluyó en la sanción de la Ley de Salud Mental N.º 26.657 (2010) y su posterior reglamentación (2012). Dicha ley modificó el paradigma de abordaje de la Salud Mental en la Argentina a partir de la puesta en valor de un paradigma de Atención Primaria de la Sa-

lud, de la necesidad de trabajar en la eliminación de los hospitales monovalentes y de la importancia del abordaje interdisciplinario de los padecimientos subjetivos. Tal como señalan Faraone y Barcala (2020), la sanción de la Ley N.º 26.657 implicó un hito en la política de salud mental, dado que posiciona los derechos humanos como eje articulador de las prácticas en salud mental, desplazando la lógica tutelar hacia una perspectiva centrada en la ciudadanía y la inclusión social. (2020, p. 47) Entre 2016 y 2019, la implementación de políticas territoriales y la puesta en práctica de la Ley de Salud Mental se vieron truncadas. A partir de 2019, con el advenimiento de la pandemia de COVID-19, se desplegaron diferentes estrategias que permitieron abordarla, pero llevaron a un profundo estrés del sistema y un gran agotamiento del personal de salud. En dicho contexto, en lo que respecta a la salud mental, se presentaron tres grandes desafíos: cómo mantener la atención sin generar contagios de COVID-19, cómo atender o dar respuesta a las problemáticas producidas por la pandemia, y cómo cuidar al personal de salud y de cuidados.

A lo largo de todo el año 2020 se trabajó en el contexto pandémico, que presentó desafíos en los años subsiguientes. En ese marco, a partir del proyecto sanitario que comienza a llevarse adelante en 2019 en la Provincia de Buenos Aires —plasmado en el Plan Quinquenal de Salud (2023-2027)— se buscó la conformación de la Red Bonaerense de Atención de la Salud, cuyos objetivos se relacionan con una prestación de cuidados equitativa y protocolizada en los establecimientos provinciales y municipales, y los dispositivos de salud mental. En términos de salud mental, Bentolila (2021) señala que, en contextos de emergencia y crisis sostenida, el impacto psicosocial en las personas expuestas requiere intervenciones específicas de cuidado. Dado que en los equipos de primera línea la exposición a situaciones de sufrimiento es continua, se puede comprometer la capacidad de respuesta y el bienestar de los propios trabajadores de la salud. En este marco, se desplegaron estrategias de cuidado con el objetivo de proteger al personal de salud, como el programa “Cuidar a Quienes Cuidan”. Este tipo de iniciativas reconoce que quienes trabajan en instituciones de salud están expuestos a una carga emocional y subjetiva singular, que requiere intervenciones específicas.

Por otro lado, se comenzó un trabajo constante de implementación de la Ley Nacional de Salud Mental. Como documento de síntesis del trabajo realizado se presentó la Reforma de Salud Mental Bonaerense (2023), que

busca poner en valor el trabajo del Ministerio de Salud de la Provincia:

...lleva a cabo un proceso de reforma de la Salud Mental en cumplimiento de la Ley Nacional de Salud Mental. La decisión es la de pasar del modelo asilar manicomial a un modelo centrado en los derechos de las personas y con base en las comunidades. El cambio de modelo implica, entre otras cosas: transformaciones de los manicomios provinciales, apertura de los hospitales generales y ampliación de espacios comunitarios, integrando estos procesos en una lógica de sistema solidario (Calmels y Rey, 2023, p. 2).

De dicho documento, consideramos importante hacer hincapié en el trabajo llevado adelante con los Hospitales Generales, marco desde el cual luego se ha implementado la política a analizar en las UPA. El trabajo con los hospitales estuvo relacionado con el fortalecimiento y la ampliación de la atención en salud mental, alcanzando un "total de 60% más de camas de internación por motivos de salud mental" (Calmels y Rey, 2023, p. 6). Para ello se aumentó el número de equipos interdisciplinarios de urgencias y se fortalecieron los equipos existentes, además de que se brindó una amplia variedad de cursos de formación (urgencias, enfermería en salud mental, abordajes grupales, infancias, externaciones sustentables, entre otros).

La implementación de las guardias vespertinas y la internación en salud mental en las UPA

Respecto de la implementación de la política que nos encontramos trabajando, a lo largo de este apartado desarrollaremos cómo fue que se comenzó a trabajar en las guardias vespertinas y en la internación en Salud Mental en las Unidades de Pronta Atención, en el marco de la ampliación de camas de internación en establecimientos provinciales.

Partiremos de tener en cuenta que:

...estamos en un escenario mundial donde se incrementan las consultas y vemos un aumento en las internaciones por motivos de salud mental sin una claridad definida sobre el curso de las mismas en los años venideros. Para graficar la frecuencia y la dimensión de las prácticas de cui-

dado desplegadas en ello, alcanza con decir que en el año 2022 se han producido 25.570 internaciones en todos los efectores de la provincia (Calmels y Rey, 2023, p. 7).

En este contexto de enorme crecimiento de la necesidad de atención en salud mental de la población bonaerense, y teniendo en cuenta lo antes mencionado sobre el trabajo en perfilar a las UPA en pos de evaluar su aporte a la Red Bonaerense de Atención de la Salud, se consideró la posibilidad de incorporar a las UPA, en una primera instancia de zonas críticas de alta demanda y/o con internaciones de salud mental en Hospitales saturadas, a la red de efectores que pudieran alojar pacientes de salud mental. Así fue que en agosto de 2024 se incorporó a la UPA N.º 1 de Lomas de Zamora, con espacio físico para realizar una obra que permita incorporar 8 camas de cuidados de mayor complejidad para pacientes agudos y camas en el Hospital Modular para derivación de pacientes que se encuentran estables a la espera del alta; la UPA N.º 3 de Lanús, con dos camas de internación para pacientes del Hospital Evita que se encuentran a la espera del alta; la UPA N.º 4 de La Matanza, con características similares a la de Lanús pero con capacidad profesional para atender mayor complejidad; y la UPA N.º 9 de Hurlingham y la N.º 16 de Tres de Febrero, con camas de agudos en sus Hospitales Modulares, buscando incorporar 4 y 6 camas respectivamente. Posteriormente, en abril de 2026, se incorporaron a la estrategia el resto de las UPA con Hospital Modular: UPA N.º 5 de Alte. Brown, UPA N.º 11 de Florencio Varela, UPA N.º 12 de Moreno, UPA N.º 17 de Quilmes, y a dos efectores emplazados en lugares geográficos críticos: la UPA N.º 18 de La Matanza y la URS de San Bernardo.

Nos abocaremos principalmente a la implementación comenzada en 2024, que nos permitirá desarrollar la estrategia y presentar resultados incipientes. Pensaremos dicho proceso desde 3 niveles de gestión y en 4 grandes etapas. Respecto de los niveles de gestión, existe una planificación macro de la implementación en la que comienzan a dialogar la Coordinación de Unidades de Pronta Atención (CUPA) y la Dirección Provincial de Salud Mental y Consumos Problemáticos (DPSMCP); luego existe una instancia de diálogo entre el nivel central y los Equipos Regionales de Salud Mental; y como tercer nivel puede darse cuenta de la conversación con las direcciones y los equipos de las UPA. Además, en términos de etapas, podemos considerar: una primera instancia de planificación, una segunda de incorporación de personal profesional, una tercera de capacita-

ción de personal de guardia (médicos/as y enfermeros/as) y una cuarta de planificación de obras de infraestructura para la adecuación del espacio.

En la etapa de planificación, en un principio, se dio un proceso de articulación entre la DPSMCP y la CUPA, en pos de discutir, de acuerdo a las necesidades de la red bonaerense y lo recopilado en conjunto con los/las referentes regionales, la viabilidad y capacidad de ejecución en los dispositivos. Fue allí donde se seleccionó un grupo de 7 UPA para una primera etapa de implementación, de las cuales se pudo dar mayor continuidad al trabajo en 5 de ellas, con proyección a una segunda etapa que comenzó en abril del 2026, incorporando más dispositivos. Una vez definidos los 5 efectores con los que se iba a trabajar, se avanzó en la incorporación de una dupla de post residentes (psicóloga/o y trabajadora/or social), seleccionadas desde la Dirección Provincial para lanzar el dispositivo. Más allá del diálogo constante entre el nivel central, el regional y los efectores, una vez avanzado el proceso de contratación, se hizo efectivo el lanzamiento de la política en octubre del 2024.

A partir del lanzamiento, se desencadenaron diversos procesos en simultáneo. Por un lado, con la incorporación de una dupla de psicóloga/o y trabajadora/or social post residentes en el año 2024, además de comenzar los procesos de internación, se buscó fortalecer la atención de guardia vespertina de demanda por salud mental. En los 5 establecimientos, las duplas incorporadas tuvieron la tarea no solo de avanzar en la implementación de la política propuesta desde el nivel central sino también de articular su trabajo con otros/as profesionales que previamente desarrollaban tareas de salud mental en las UPA. Por otra parte, se avanzó en un proceso de oferta de capacitación constante, tanto al equipo de salud mental (Diplomatura en Políticas Públicas de Salud Mental, cursos en implementación de salud mental en dispositivos de emergencias, etc.) como también al equipo de enfermería (curso de formación de enfermería en salud mental, charlas con los equipos regionales) y al de profesionales médicos/as tanto de guardia como de internación.

Tal como señalan Heredia y Barcala (2017), a partir de una investigación en guardias de hospital general, las representaciones de los profesionales sobre las personas con padecimiento mental tienen efectos directos en sus intervenciones y pueden convertirlos en agentes de exclusión social, aún en dispositivos formalmente orientados por la Ley 26.657. En este mismo sentido, Velzi Díaz et al. (2018), relevando la perspectiva de trabajado-

res de salud mental en hospitales generales de Rosario, identifican que las limitaciones de formación se traducen en expresiones como «no sabemos cómo tratarlos», asociadas a una escasez de dispositivos y capacitación sostenida. Faraone y Barcala (2020) refuerzan este análisis al plantear que las representaciones acerca de las personas con sufrimiento psíquico determinan los diferentes modos de intervención.

En ese sentido, se comenzó trabajando fuertemente en la necesidad de sensibilizar a todos los actores intervinientes en situaciones de salud mental y derribar mitos y preconceptos que organizan habitualmente la percepción de los equipos de salud no especializados. Las cuestiones trabajadas se relacionaron tanto con la urgencia (medicación, sujeción mecánica, patologías predominantes) como con los cuidados y la subjetividad de los pacientes (posibilidad de deambulación, manejo de situaciones conflictivas, comunicación con familias).

A lo largo de este tiempo, en diálogo constante entre los equipos de salud mental de las UPA, los equipos regionales y el nivel central de gestión, se fue definiendo el tipo de pacientes que podía atender cada efector de acuerdo con su capacidad profesional y de espacio físico (por ejemplo, la UPA de Lanús se encuentra trabajando en un perfil de pacientes compensados en vías de ser dados de alta derivados del Htal. Evita de Lanús, mientras que la UPA de Lomas de Zamora se encuentra abordando un caudal mayor y de situaciones más agudas de pacientes, teniendo en cuenta que poseen el espacio físico del Htal. Modular además de más personal capacitado). Finalmente, se trabajó en conjunto con la Dirección Provincial de Infraestructura, Tecnología Médica y Servicios Auxiliares en la necesidad de adecuar el espacio para la internación de pacientes, aunque aún no se ha podido avanzar en obras de adecuación debido al ajuste presupuestario del Gobierno Nacional que ahoga a la gestión provincial (Fundación Soberanía Sanitaria, 2024).

Todo lo mencionado fue acompañado desde el nivel central de gestión con reuniones periódicas y un trabajo constante de seguimiento de cada uno de los procesos. Cabe destacar el rol principal de acompañamiento y constante diálogo que han tenido y continúan teniendo los equipos regionales de salud mental, que no solo acompañan a las direcciones en la toma de decisiones respecto de esta política, sino que también reflexionan junto a los equipos sobre situaciones particulares, trabajan en los circuitos de derivaciones con el resto de la región, capacitan a los equipos de trabajo, entre otras tareas cotidianas.

Proceso de implementación en la Unidad de Pronto Atención N.º 16 de Tres de Febrero

Dentro de los procesos llevados adelante por la UPA de Tres de Febrero, puede darse cuenta de la gran predisposición por parte de la dirección del efector de avanzar con la política propuesta desde el nivel central, y acompañada por el Equipo Regional de la RS VII.

El trabajo llevado adelante implicó, en una primera instancia, un gran esfuerzo de parte de la conducción del efector para generar síntesis entre el equipo existente (enfermería, trabajo social y psicología) y la dupla que se incorporó para la implementación (trabajadora social y psicóloga). Para ello, se realizó un gran esfuerzo en la capacitación y puesta a disposición de todo el servicio de enfermería, destacado como una de las principales fortalezas de su proceso. Además, se realizó un gran trabajo en sensibilizar a los equipos de médicos/as de guardia de adultos/as y de niños/as, y acompañarlos respecto de la aparición de mitos y temores frente a la atención de situaciones de salud mental agudas.

Destacaremos que, luego de un año de implementación de la política mencionada, y atravesados por diferentes vicisitudes respecto del contexto socioeconómico y político que no permiten avanzar más velozmente en la puesta en funcionamiento de los dispositivos con todos los recursos adecuados, hoy existen las siguientes modalidades de atención en la UPA: guardia vespertina, consultorio externo de salud mental, internación de salud mental, el dispositivo grupal "comunidad saludable" y el comité de abordaje de las violencias en salud. A lo largo de un año, se atendió a 440 personas de edades que varían desde los 2 hasta los 89 años, cuyos principales diagnósticos fueron: ansiedad, crisis de angustia, ideas de muerte, crisis vital, autolesiones e intentos autolíticos (Báez y Tamburi, 2025).

Finalmente, no podemos dejar de mencionar que los procesos siguen desplegándose, por lo que resulta indispensable una mejor articulación con los niveles regionales y centrales de gestión para mejorar los flujos de derivación, avanzar con los procesos de adecuación edilicia para habilitar la internación, y continuar con el trabajo de sensibilización y capacitación continua del personal de salud.

Conclusiones

A lo largo del presente trabajo, hemos recorrido cómo se desplegaron estrategias para la implementación de la política de internación y guardias vespertinas en Unidades de Pronto Atención. Para ello, hemos realizado un recorrido sobre las UPA y sus aportes a la Red, hemos explicitado el contexto provincial en el que se dio marco a la implementación de dicha política y hemos recorrido el proceso de implementación en general en las 5 UPA seleccionadas para una primera etapa, mostrando finalmente algunos resultados incipientes en la UPA N.º 16 de Tres de Febrero.

Cabe destacar que dicho proceso se da en un marco de crisis de salud mental pero también de crisis económica y de retroceso de las políticas públicas a nivel nacional, lo que implica redoblar esfuerzos por parte de directores/as, trabajadoras y trabajadores que sostienen las políticas sanitarias propuestas y logran desplegarlas en sus territorios, garantizando así el acceso a una mejor salud pública a la población bonaerense y argentina en su conjunto.

Desde una perspectiva más reflexiva, consideramos que la implementación de la Ley N.º 26.657:

Resultó 'un acontecimiento' (...) en tanto punto de inflexión en los procesos de reforma en el campo de la salud mental en Argentina (...). Cobraron fuerza discursos que permitieron entrever formas, representaciones y prácticas no visibilizadas hasta el momento en su conjunto (...), y colocó en la arena pública las relaciones de fuerzas en un momento histórico determinado (Faraone y Barcala, 2020, p. 69).

En ese sentido, la experiencia analizada pone en evidencia que la reforma en salud mental no es únicamente un problema de normativas o de voluntad política: es, fundamentalmente, un proceso de transformación cultural e institucional.

En este sentido, la incorporación de las UPA a la red de atención en salud mental no solo amplía la oferta de camas y guardias: representa también la apuesta por desmanicomializar los imaginarios del propio sistema de salud, acercando la atención en salud mental a los territorios y a los equipos generalistas. La experiencia de la UPA N.º 16 de Tres de Febrero muestra que este proceso es posible cuando existe articulación entre ni-

veles de gestión, disposición de las conducciones y una apuesta sostenida por la capacitación y la interdisciplina como modos de abordar los padecimientos subjetivos. Sin embargo, sabemos que falta mucho recorrido en lo que respecta a reformas edilicias, consolidación del mo-

delo de atención y fortalecimiento de la fuerza laboral, para consolidar un proyecto de Salud Mental en Red que permita que la atención de la población bonaerense sea de calidad y gratuita, cumpliendo así con el derecho al acceso a la salud pública.

Bibliografía

- Bentolila, S. (2021). Consideraciones acerca de la relación entre la salud mental y la Pandemia por COVID-19. *Subjetividad y Procesos Cognitivos*, 24(2), 1–8.
- Báez, S. y Tamburi, L. (2025). Informe Guardia de Salud Mental UPA N°16 - Período septiembre 2024 a noviembre 2025.
- Calmels, J., y Rey, M. (2023). La reforma bonaerense en salud mental. Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. <https://www.ms.gba.gov.ar/sitios/saludsinviolencias/files/2023/07/LA-REFORMA-DE-SALUD-MENTAL-BONAERENSE-.pdf>
- Faraone, S. y Barcala, A. (2020). A diez años de la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental: coordenadas para una cartografía posible. Editorial Teseo. <https://www.teseopress.com/leysalud-mental>
- Fundación Soberanía Sanitaria (2024) Recortes en el presupuesto para 2025. Informe FSS N° 83; noviembre 2024. Disponible en soberaniasanitaria.org.ar
- Heredía, M., y Barcala, A. (2017). Representaciones y prácticas de profesionales de la guardia de un hospital pediátrico de la ciudad de Buenos Aires. *Revista Argentina de Salud Pública*, 8(30), 13–19. <https://rasp.ms.gov.ar/index.php/rasp/article/view/138>
- Jiménez, A. (2018). Unidades de Pronta Atención de la Provincia de Buenos Aires. Observatorio del Conurbano, UNGS. https://observatorioconurbano.ungs.edu.ar/Publicaciones/JI-MENEZ_Unidades%20de%20Pronta%20Atencion%20de%20la%20Provincia%20de%20Buenos%20Aires.pdf
- Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. (2022). Plan Provincial Integral de Salud Mental 2022-2027. https://www.ms.gba.gov.ar/sitios/saludmental/files/2022/07/PLAN_PCIAL_SALUD_MENTAL_-2022_07_13.pdf
- Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. (2023). Plan Quinquenal de Salud de la Provincia de Buenos Aires 2023-2027. <https://www.ms.gba.gov.ar/sitios/wp-content/uploads/sites/244/2023/04/Resumen-Ejecutivo-Plan-Quinquenal-de-Salud.pdf>
- Morín, E. (1990). Introducción al pensamiento complejo. Gedisa.
- Oszlak, O. (1980). Políticas públicas y regímenes políticos: Reflexiones a partir de algunas experiencias latinoamericanas. Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES).
- Stolkiner, A. (1987). De interdisciplinas e indisciplinas. En N. Elchir (Comp.), *El niño y la escuela: Reflexiones sobre lo obvio* (pp. 313-315). Nueva Visión.
- Stolkiner, A. (2005). Interdisciplina y salud mental. IX Jornadas Nacionales de Salud Mental y I Jornadas Provinciales de Psicología: Salud mental y mundialización: Estrategias posibles en la Argentina de hoy. Posadas, Misiones, Argentina.
- Velzi Díaz, A., Tosi, A., Benítez, P., Santanocito, G., Garcete, E., Amado, Y., Antezza, G., Cantero, N., y Córdoba, G. (2018). Salud mental en hospitales generales de la ciudad de Rosario y del Gran Rosario, Argentina. *VERTEX. Revista Argentina de Psiquiatría*, XXIX, 255–262.