

APROXIMACIÓN A UN MODELO DE SUPERVISIÓN CLÍNICA PARA LOS SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD EN CHILE¹

APPROACH TO A CLINICAL SUPERVISION MODEL FOR PUBLIC HEALTH SERVICES IN CHILE

Marcela Meza Toro
mmezatoro76@gmail.com
Instituto Humaniza Santiago

Gricelda Suazo Gómez
griceldasuazo@gmail.com
Instituto Humaniza Santiago

RESUMEN

El presente trabajo busca generar un análisis reflexivo, respecto a la necesidad de instalar un modelo de supervisión clínica en salud pública, siguiendo los estándares de calidad establecidos en el modelo de salud mental comunitaria. Desde ahí, se intenta validar la importancia de la supervisión clínica como aspecto fundamental para mejorar la calidad de la atención en salud mental, en los distintos niveles de atención.

Para lograr este objetivo, se realiza una propuesta de **Modelo de Supervisión Clínica** que sea coherente con los estándares de calidad establecidos por la política pública, y a la vez, incorpore elementos como la persona del profesional de salud mental, el trabajo interdisciplinario y el cuidado de los equipos.

Se presentan los fundamentos teóricos de la **Supervisión Clínica**, tales como la ética del cuidado, el enfoque sistémico y constructivista, el cuidado de los equipos que participan en ella y la supervisión grupal como espacio de aprendizaje

Asimismo, considerando el contexto de la Salud Mental Pública, se realiza una revisión de las políticas, incorporando los fundamentos del **Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria**. Asimismo, se integran los principales elementos de los **Planes de Salud Mental** y los criterios de evaluación de **Calidad** de las intervenciones desarrolladas.

Este modelo propone resignificar los criterios de calidad incorporando elementos de cuidado y contención para los equipos de salud mental, que favorezcan el sentido de pertenencia a la institución y el desarrollo de intervenciones clínicas de calidad.

Palabras clave: Supervisión Clínica, Ética del Cuidado de Equipo, Salud Mental Pública, Trabajo Interdisciplinario, Comunitario, Enfoque sistémico e intersectorialidad.

SUMMARY

This work seeks to generate a reflective analysis regarding the need to install a clinical supervision model in public health, following the quality standards established in the community mental health model. From there, an attempt is made to validate the importance of clinical supervision as a fundamental aspect to improve the quality of mental health care, at different levels of care.

¹ Este trabajo corresponde al trabajo final del Diplomado de Entrenamiento en Supervisión Sistémica Vincular. Psicoterapia de Niños, Adolescentes y sus Familias del Instituto Humaniza Santiago. Fue asesorado por el Ps. Freddy Orellana.

To achieve this objective, a proposal for a Clinical Supervision Model is made that is consistent with the quality standards established by public policy, and at the same time, incorporates elements such as the person of the mental health professional, interdisciplinary work and care of the teams.

The theoretical foundations of Clinical Supervision are presented, such as the ethics of care, the systemic and constructivist approach, the care of the teams that participate in it and group supervision as a learning space.

Likewise, considering the context of Public Mental Health, a review of policies is carried out, incorporating the foundations of the Comprehensive Family and Community Health Care Model. Likewise, the main elements of the Mental Health Plans and the Quality evaluation criteria of the interventions developed are integrated.

This model proposes to redefine the quality criteria by incorporating elements of care and containment for mental health teams, which favor the sense of belonging to the institution and the development of quality clinical interventions.

KEYWORDS: Clinical Supervision, Team Care Ethics, Public Mental Health, Interdisciplinary, Community Work, Systemic Approach and Intersectoriality.

INTRODUCCIÓN

EL SISTEMA DE SALUD CHILENO tiene un enfoque comunitario, cuenta con equipos interdisciplinarios y una organización en tres niveles de atención territorial. Los equipos de Salud Mental, mantienen espacios de análisis de sus prácticas clínicas, en reuniones de equipo y consultorías en salud mental.

Las reuniones de equipo tienen diversos objetivos, incluido el análisis de casos clínicos, pero a menudo se centran en aspectos técnicos y administrativos, dejando de lado la dimensión relacional. La consultoría en salud mental se destaca por su valor en la transferencia de conocimientos, pero también carece de un enfoque integral que contemple la relación terapéutica. Los espacios de reflexión de la práctica clínica son insuficientes dada la alta carga asistencial y la complejidad de las problemáticas que actualmente se enfrentan.

Aun cuando existe un aumento en la demanda de consultas en salud mental, especialmente post pandemia, el presupuesto para este sector en el marco del plan de salud mental, es limitado en comparación con estándares de la OCDE (Errázuriz et al., 2015). Lo anterior plantea un desafío para el diseño e implementación de mejoras a las prácticas clínicas en este ámbito.

La presente reflexión teórica en este artículo, busca realizar un análisis respecto a la calidad de la atención en salud mental y cómo podría contribuir a este objetivo, un espacio más integral de supervisión de las prácticas clínicas de los equipos.

El desafío es la implementación de estrategias destinadas a potenciar la calidad de la práctica clínica. Según Botero-García, Giovanni y Morales (2022), la supervisión y observación de las propias intervenciones mejoraría la pericia clínica.

La diferenciación clave entre el modelo actual y la propuesta de este artículo, radica en la incorporación de la perspectiva vincular. La literatura revisada sugiere que no integrar este aspecto en el análisis de casos, puede ser un factor limitante para el logro de objetivos terapéuticos y el cuidado del equipo. La alta carga asistencial que enfrentan los equipos de Salud Mental y la necesidad imperante de alinearse con los objetivos institucionales pueden poner en riesgo la calidad de la atención.

El modelo propuesto, no se limita a la mejora de habilidades diagnósticas y resolutorias, sino también integra la dinámica relacional y emocional en la interacción equipo profesional-

paciente. Lo anterior contribuirá a una práctica clínica más efectiva, alineándose con la visión comunitaria de la salud mental.

El objetivo es trascender las limitaciones actuales del quehacer de los equipos de Salud Mental, ofreciendo un espacio reflexivo y de autoobservación más integral en sintonía con las necesidades del contexto de salud mental comunitario

Para este propósito se realizó una revisión bibliográfica de diversas fuentes, como artículos científicos, documentos oficiales de la política pública, incluido el último Plan de Salud Mental. Además, se revisaron artículos respecto a modelos de supervisión, específicamente en el espacio público.

ANTECEDENTES TEÓRICOS

Antes de poder delinear una propuesta de supervisión para el sector público, resulta fundamental revisar elementos teóricos de la supervisión clínica, tales como la ética del cuidado, el enfoque sistémico y constructivista, el cuidado de los equipos que participan en ella y la supervisión grupal como espacio de aprendizaje. Asimismo, es necesario incorporar la Política Pública de Salud en Chile, por lo que se revisarán conceptos centrales que caracterizan el modelo de salud pública chileno, y que tienen implicancias en la práctica clínica cotidiana. Se describirán los principales aportes del Plan de Salud Mental del 2017-2025. En este punto, se analizarán dos aspectos relevantes para la reflexión, una es la forma en que actualmente se mide la calidad de la atención en salud mental y otra, es la consultoría en salud mental, que es una aproximación a un espacio de reflexión de los casos (MINSAL, 2017)

Finalmente, se agregan los principios del modelo de atención de salud comunitaria (MAIS) junto al enfoque interdisciplinario y la relación con el intersector, característica principal de los equipos de salud mental. Todos estos elementos permitirán reflexionar en torno a una propuesta que valide el espacio de supervisión, dentro de las prácticas de la salud mental pública.

APROXIMACIÓN A LA SUPERVISIÓN CLÍNICA Y SUS CARACTERÍSTICAS

La supervisión clínica en el ámbito de la salud mental pública requiere una adaptación a las particularidades de este entorno: la diversidad y complejidad de los casos, la interdisciplinariedad de los equipos y su relación con la comunidad son desafíos específicos en esta área.

La intervención comunitaria, pilar del modelo de Salud Mental, requiere una interdisciplinariedad la cual debe contemplar actitudes cooperativas entre los miembros del equipo y flexibilidad frente a posturas dogmáticas de cada disciplina interviniente (Ussher, 2008). La idea de un trabajo interdisciplinario plantea un desafío importante que aún se requiere fortalecer.

El equipo comprometido con la intervención comunitaria se caracteriza por fomentar el intercambio y la creación de un lenguaje compartido, incorporar la dimensión relacional, y de organización de las tareas articulando el trabajo intersectorial. Esto requiere una mirada que va más allá de la técnica, siendo necesario un espacio que enriquezca los roles profesionales y promueva su interacción. El diálogo entre el conocimiento científico y el saber popular, son relevantes para la adecuada sintonización del equipo con su entorno.

Cuando entendemos la complejidad de esta labor, se vuelve muy relevante que el equipo cuente con estrategias que apunten a prácticas clínicas más seguras. La supervisión puede ser un elemento clave para una atención de calidad, además de ser una espacio para fomentar la creatividad en la producción colectiva de conocimiento y evitar la rigidez de los saberes institucionales.

En este contexto, la supervisión se aborda como una medida para cuidar al equipo del desgaste profesional y prevenir la posible erosión causada por el burnout. La ética del cuidado guía la intervención comunitaria, promoviendo el respeto a la autonomía y diversidad. La supervisión, en consecuencia, no se limita únicamente a lo técnico, sino que aborda aspectos ético-políticos, considerando tensiones políticas, historias locales y dinámicas sociales. Esto principalmente, porque existen espacios muy escasos para generar una reflexión y análisis de los casos, como también para desplegar procesos de mentalización respecto a la práctica clínica.

En concreto, la supervisión en salud pública, debe tener en cuenta los siguientes aspectos específicos:

- **Interdisciplina y Trabajo en Equipo:** El trabajo interdisciplinario en equipos de salud mental implica abordar la complejidad de los problemas a través de la acción cooperativa, reconociendo la insuficiencia de las herramientas disciplinarias individuales (Stolkiner, 2005).
- **Dimensión Relacional e Intersectorialidad:** La supervisión favorece la pausa reflexiva y la confrontación de ideas en equipos de co-terapia, centrándose en la construcción del equipo, la gestión de conflictos y la prevención del desgaste profesional (Cirillo, Selvini, y Sorrentino, 2018).
- **Coordinación Intersectorial en Salud Mental:** Implica la intervención coordinada de instituciones de varios sectores sociales, buscando involucrar a diferentes actores en la toma de decisiones para resolver problemas de manera efectiva. (MINSAL 2017)
- **Características del Supervisor y Espacio de Aprendizaje:** Los supervisores deben crear un espacio seguro de aprendizaje, demostrando características como calidez, receptividad y promoción de la autonomía. Su rol debe ser relacional y colaborativo, brindando una base segura para la exploración de estrategias y el desarrollo de la creatividad de los profesionales (Céspedes, L.& Puentes, C., 2014)
- **Red Integrada de Salud:** Existe un enfoque en la organización del sistema de salud hacia una red integrada, donde se deben fortalecer espacios de encuentro entre diversos niveles, para unificar criterios técnicos y transferir conocimientos (MINSAL, 2017)
- **Vulnerabilidad y Desgaste Profesional:** Los equipos de salud mental en el ámbito público enfrentan alta vulnerabilidad y riesgo de desgaste profesional debido a la complejidad de los casos y la elevada demanda asistencial. Existen espacios muy escasos para analizar este desgaste laboral, y menos instancias para generar estrategias de enfrentamiento (Morales, 2003).
- **Enfoque en la Prevención:** La supervisión en salud pública debe considerar estrategias de prevención, no sólo la intervención en casos ya establecidos, implicando discutir enfoques proactivos y estrategias de promoción de la salud mental a nivel comunitario (MINSAL 2017)
- **Consideración de Determinantes Sociales:** La supervisión debe abordar los determinantes sociales de la salud, reconociendo que factores del entorno social, económico y cultural influyen significativamente en la salud mental de las poblaciones. (MINSAL, 2017)

Por otra parte, la Supervisión clínica en Salud Pública, como eje promotor de calidad de las intervenciones se sustenta en los siguientes elementos.

- **Importancia de la Supervisión Clínica en el Desarrollo Profesional:** La supervisión es esencial para mejorar la competencia clínica, facilitando la evaluación de situaciones y el desarrollo de planes de acción adecuados. Su papel incluye conducir intervenciones competentes dentro de estándares éticos, salvaguardando a pacientes y profesionales (Halverson, 2004).

- **Ética Profesional y Cuidado de Sí Mismo:** La ética profesional va más allá de las normativas, requiriendo sensibilidad ética, juicio ético, motivación y autorreflexión constante. Se enfatiza el cuidado personal como un mandato ético para aquellos que cuidan de otros (Jiménez, 2013).
- **Formación Ética como Proceso Cultural:** La formación ética profesional se considera un proceso cultural que va más allá de normativas específicas, demandando sensibilidad ética, juicio ético, motivación y autorreflexión constante (Winkler et al., 2012).
- **Supervisión Clínica como Mejora para la Práctica Profesional:** La supervisión mejora la práctica clínica al proporcionar retroalimentación sistemática y guía reflexiva. Cumple un papel crucial en el bienestar de los consultantes y de los terapeutas supervisados (Bernard & Goodyear, 2014).
- **Supervisión Grupal y sus Dinámicas:** La supervisión grupal debe considerar las dinámicas de los equipos para fomentar la cohesión y la contención. Aborda no solo la psicoterapia, sino también el trabajo en equipo, dificultades organizacionales y la formación teórico-práctica (Ibaceta & Santana, 2014).

SALUD MENTAL EN CHILE Y RESPUESTAS DE LA POLÍTICA PÚBLICA

La Salud mental, sin duda, se ha convertido en un tema relevante en salud pública a nivel mundial, ya en 2005, la OMS plantea el siguiente slogan en la declaración de Salud Mental para Europa "No hay salud sin salud mental", reconociendo a la salud mental como un aspecto primordial del bienestar y el desarrollo de los individuos, las sociedades y los países. (OMS, 2005)

Lo anterior, contrasta con las divergencias, e incluso contradicciones que se presentan entre las diferentes aproximaciones conceptuales a la salud mental. Aunque la salud mental es un concepto bastante utilizado, su definición y conceptualización resulta compleja y polivalente (Restrepo y Jaramillo, 2012)

El concepto de salud mental en el ámbito de la salud pública ha cumplido una función fundamentalmente heurística, es decir, ha permitido que muchas personas se refieran a la salud mental como un tema relevante y pertinente, que debe ser objeto de la acción académica (investigación), de la acción profesional (planes, programas, proyectos) y de la acción política (políticas públicas, leyes, etc.). (Restrepo y Jaramillo, 2012).

Para aproximarnos a las razones por las cuales la Salud mental se ha ido transformando en un problema de Salud Pública, es necesario revisar la epidemiología de los trastornos de Salud mental y cómo estos afectan la calidad de vida de la población. Según los estudios epidemiológicos, Chile es un país con alta tasa de problemas de salud mental.

Según la encuesta de salud del 2017, en Chile, la prevalencia en la vida de los principales trastornos mentales es de 36% y los más frecuentes son la agorafobia (11,1%), la depresión mayor (9,0%), la distimia (8,0%) y la dependencia del alcohol (6,4%). En general, estas afecciones explican 15% del total de años de vida saludable perdidos por enfermedad. Estas cifras han ido dando relevancia al problema de salud mental como un tema de salud pública, desarrollando desde 1993, estrategias del Estado para enfrentarlas de forma activa. En el sector público implicó el desarrollo y aplicación de tres planes nacionales de salud mental y psiquiatría puestos en marcha por el Ministerio de Salud en los años 1993 y 2000 siendo el último el 2017 (MINSAL, 2017).

En Chile las concepciones que como sociedad y Estado hemos dado a la salud mental han teñido la política pública, estableciéndose en el plan de salud mental del 2017-2025, que lo importante es mejorar la calidad de vida más que centrarnos en los recursos económicos. Desde ahí, se señala que son muy importantes los sentimientos, las capacidades de la gente, sus condiciones de vida, la participación social y redes de apoyo (PNUD, 1990).

Ya en el año 2000, el plan de salud mental de la época reflejaba las principales líneas de acción propuestas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su Informe sobre la salud del año 2001.

- Desarrollo de servicios comunitarios de salud mental,
- Integración de la atención de salud mental, en los servicios de salud generales
- Creación de vínculos intersectoriales.

Lo anterior, desde el enfoque biopsicosocial, otorga prioridad a las acciones preventivas y de intervención temprana, enfatiza la necesidad de mejorar continuamente la calidad de la atención, contando siempre con la participación de los usuarios, sus familiares y organizaciones locales (MINSAL, 2017).

El Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría en 2017-2025, se basa en intervenciones fundamentadas en los últimos avances científicos y toma en cuenta criterios económicos, tales como la eficacia en función del costo.

Gatica, Rubi y Vicente (2020) refieren, que, si bien el nivel primario de atención ha alcanzado un amplio desarrollo en cuanto al crecimiento de recursos humanos, instalación de programas de intervención y que se encuentra, además, territorialmente inserto en la comunidad, aún se observa una alta tasa de prevalencia de trastornos mentales, por lo que se deduce que las acciones de prevención y promoción en salud parecieran no ser lo suficientemente efectivas.

Otra crítica apunta a las atenciones centradas en el cumplimiento de metas sanitarias generando que las intervenciones se alejen del contacto real con la comunidad y se pierda la oportunidad de diagnosticar y tratar de forma precoz las problemáticas. El nuevo plan no prioriza áreas de atención en oposición al plan anterior que definió seis áreas prioritarias, sin embargo, solo cuatro (depresión, trastorno bipolar, esquizofrenia y abuso/dependencia de alcohol y drogas) han recibido mayor apoyo político y financiamiento suficientes a través de la incorporación a AUGE/GES, sumándose recientemente la enfermedad de Alzheimer. Las Garantías Explícitas en Salud (GES) garantizan de manera legal y exigible aquellas prestaciones de los problemas de salud que están cubiertos por el AUGE (Ley 19.996). Aseguran que las personas diagnosticadas por uno o más problemas de salud AUGE, tengan acceso a una atención de salud sin discriminación, oportuna, de calidad y con protección financiera. (MINSAL 2023)

La atención en el nivel secundario ha incluido avances significativos en cuanto a cobertura de atención ambulatoria. Los Centros Comunitarios de Salud Mental (COSAM) instalados en la mayoría de las comunas, se establecen como nosocomios especializados de salud mental, como forma de acercar al equipo de salud mental a la comunidad, priorizando por sobre los equipos ambulatorios que funcionan en los hospitales generales, proponiendo incluso la desaparición de estos.

Según Gatica, Rubi y Vicente (2020), la inserción del COSAM a la comunidad presenta factores a favor y en contra. A favor se destaca el hecho que el equipo conozca a la comunidad y sus características, brindando una atención coherente con las fortalezas y debilidades que esta presenta. El COSAM está planteado con el objetivo de disminuir la estigmatización del paciente de salud mental, esto no siempre ocurre ya que en la comunidad sigue siendo identificado como tal, reproduciendo de alguna forma “moderna” el modelo asilar, apartando a la persona del resto de las atenciones de salud. Dentro de las reflexiones que exponen estos autores, principalmente, es relevante analizar la laxitud de las líneas de atención del nivel secundario que se resumen en las siguientes áreas: programa de adicciones, programa adulto y programa infanto-juvenil. Lo anterior, se traduce en una gran variabilidad de composición de equipos y tipos de prestaciones, lo cual genera diferencias respecto al acceso y calidad de la atención según la comuna y probablemente los recursos de ésta última disponibles para este ámbito. Por último, el hecho de separar el

COSAM del resto de las atenciones de salud, estaría en contraposición con el principio de integralidad.

En la atención terciaria, se han ampliado las camas psiquiátricas en hospitales generales. Si bien el objetivo ha sido evitar la institucionalización, en el 2017 aún no existían guías o normas en relación con qué intervenciones terapéuticas debiera recibir el paciente hospitalizado. Además, se está trabajando en fortalecer la intervención de los equipos de rehabilitación de día, y así cumplir con la continuidad del cuidado y a reducir las brechas (Gatica, Rubí y Vicente, 2020).

Si bien, existen muchos aspectos que mejorar, queremos enfatizar que existen importantes avances entre los que queremos destacar, el fortalecimiento de la calidad de la atención, a través de la innovación de prácticas innovadoras como la consultoría, la que genera espacios reflexivos respecto a la práctica clínica.

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LAS INTERVENCIONES Y CONSULTORÍA DE SALUD MENTAL

La calidad es un concepto central que se traduce en intervenciones seguras tanto para los usuarios como para los profesionales. Es fundamental, revisar cómo se promueve la calidad en los programas de salud mental y cómo se podría mejorar incorporando nuevas estrategias como la supervisión clínica grupal en los diferentes niveles de atención.

En Chile, se han desarrollado diversos esfuerzos y estrategias, para establecer criterios de medición de la calidad de las intervenciones. En el año 2007 el MINSAL, elabora un manual para el proceso de evaluación de la calidad de la atención en el entendido que la instalación de un nuevo modelo de atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria (MAIS), centrado en redes articuladas de dispositivos en cada territorio sectorizado del país requiere de monitoreo. Se debe contar con instrumentos de evaluación que permitan a los equipos, avanzar en la medición cualitativa de sus aciertos, debilidades y obstáculos.

Desde el **Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria (MAIS)**, se pone a las personas en el centro de la toma de decisión, se les reconoce como integrantes de un sistema sociocultural diverso y complejo. En esta propuesta, sus miembros son activos en el cuidado de su salud y el sistema de salud se organiza en función de las necesidades de los usuarios, orientándose a buscar el mejor estado de bienestar posible, a través de una atención de salud integral, oportuna, de alta calidad y resolutive, en toda la red de prestadores, la que además es social y culturalmente aceptada por la población, ya que considera las preferencias de las personas, la participación social en todo su quehacer - incluido el intersector - y la existencia de sistemas de salud indígena. En este modelo, la salud se entiende como un bien social y la red de salud como la acción articulada de la red de prestadores, la comunidad organizada y las organizaciones intersectoriales. (Dois, et al., 2012). El **MAIS** se basa en tres principios irrenunciables: **atención centrada en los usuarios (ACU), integralidad de la atención y continuidad del cuidado.**

La **Atención Centrada en el Usuario**, integra aspectos biológicos, emocionales, contextuales y las expectativas de los usuarios, considera la corresponsabilidad del cuidado de la salud entre el equipo profesional y las personas (familias y comunidad), enfatiza los derechos y deberes de los usuarios involucrados.

Los expertos concuerdan que debe organizarse desde un enfoque terapéutico biopsicosocial que integre la multi-causalidad de los problemas de salud o del motivo de consulta de quien consulta, las características individuales y del entorno en el que está inserto y el rol de la familia en la salud de sus integrantes. Entre las acciones propuestas se consideran los aspectos relacionales que permitan establecer una alianza con el paciente y su familia. Esto se vería reflejado al considerar durante la atención de salud las preferencias y valores de las personas y al otorgarles la

información necesaria para que participen activamente en la toma de decisiones relativas a su cuidado. Esta perspectiva centrada en el usuario tiene un potencial organizador de la atención en salud y permite al usuario experimentar una atención en salud transparente, individualizada y congruente con sus necesidades.

Los expertos participantes describen como elemento fundamental de la Atención Centrada en el Usuario, el trato que los profesionales otorgan a las personas durante la atención de salud.

La **integralidad** de la atención considera el suministro continuo, articulado y de calidad de un rango amplio de prestaciones a lo largo del ciclo vital, para las personas, sus familias y la comunidad en que se insertan. Además, incorpora el sistema de creencias asociados a los problemas de salud y a su tratamiento, y el rol que la familia juega en el desarrollo de los problemas de salud. Los sistemas de salud que respetan este principio debieran garantizar la atención en los tres niveles de complejidad, articular las acciones de promoción, prevención, curación y rehabilitación y abordar integralmente a la persona y su familia.

La **continuidad** de la atención se relaciona con el grado en que una serie de eventos de cuidado de la salud son experimentados por las personas como coherentes y conectados entre sí en el tiempo. Implica asumir la responsabilidad del cuidado en distintos escenarios a lo largo de la vida y en el continuo de la red de salud (desde el domicilio a los centros hospitalarios). Desde la perspectiva de los proveedores, implica contar con la información y conocimientos suficientes sobre el usuario de modo de poder aplicar sus mejores competencias profesionales y tener la seguridad que la atención será reconocida y continuada por otros proveedores.

Un punto de consenso en relación con la continuidad se refiere a la necesidad de contar con un sistema de prestaciones al usuario. Este se vería favorecido, si entre otras medidas, se contara con una ficha clínica única por macrozona y con sistemas eficientes y expeditos de referencia y contrarreferencia.

Los cambios sociales, el empoderamiento de las personas y su reconocimiento del derecho a la autonomía asociados a cambios epidemiológicos, como la mayor prevalencia de problemas de salud crónicos y mentales que se han producido en Chile en las últimas décadas, han llevado a que el quehacer del equipo de salud sea hoy más complejo.

El nuevo paradigma biopsicosocial que permite cuidar de la salud de las personas, las familias y las comunidades de manera más integral, implica que los integrantes del equipo de salud desarrollen competencias que permitan una atención profesional de excelencia tanto en los conocimientos y técnicas, como en lo emocional y en lo ético. El desarrollo de estas habilidades y destrezas posibilita el actuar de cada uno de los integrantes en las diversas tareas clínicas y de habilitador, articulador y educador de la salud (MINSAL, 2017).

Respecto a cómo se organiza el sistema de salud en cuanto a la prestación de servicios, es relevante describir que existen tres niveles de atención, dependiendo de la complejidad de la atención, los cuales pueden tener dependencia municipal o del Servicio de Salud Respectivo.

- **Atención Primaria:** Los servicios de Atención Primaria, son los servicios de primer contacto de tipo promocional, preventivo, curativo y de rehabilitación para la población inscrita, que se encuentran contenidos en el Plan de Salud Familiar (PSF), en el Régimen de Garantías Explícitas en Salud (GES) y en los programas de reforzamiento.
- **Atención Secundaria:** Corresponde a los establecimientos que brindan atención ambulatoria y sólo a pacientes que hayan sido derivados desde el nivel primario o tras consultar las Unidades de Emergencia, cuando el profesional de la salud ha determinado que requiere atención de mayor complejidad.
- **Atención Terciaria:** Está constituida por los establecimientos hospitalarios. En ellos se realizan actividades de alta complejidad, aunque también tienen funciones del nivel secundario.

El objetivo es la mejora continua, estableciendo procesos de evaluación permanentes que faciliten a los equipos la identificación de áreas problemas y nudos críticos. A partir de esto, se han generado espacios para mejorar su organización, funcionamiento y prácticas, en conjunto con las autoridades (MINSAL, 2007). Todos estos elementos, permitieron reflexiones relevantes que se tradujeron en nudos críticos los que fueron incorporados en el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría del año 2000 (MINSAL, 2017).

En el documento del plan de salud mental del 2017-2025, la **Calidad de la atención** enfatiza, que todas las acciones tanto a nivel de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación otorguen el mayor beneficio a sus usuarios, reduciendo al mínimo posible, todo aquello que pueda resultar en un incremento de riesgos para las personas y su integridad (MINSAL 2017). Se propone la **Gestión de Calidad**, como un conjunto de acciones sistematizadas y continuas, destinadas a prevenir y/o resolver oportunamente problemas o situaciones que impidan otorgar el mayor beneficio posible, o que incrementan riesgos de los usuarios. El énfasis está colocado en la implementación de metodologías como la evaluación, monitoreo, diseño, desarrollo y cambio organizacional, con las que cuentan los equipos de salud para el cumplimiento de sus objetivos (MINSAL, 2017). Dentro de estos, destaca la **Acreditación**, como proceso de evaluación periódica que incorpora la medición de procesos y resultados, con el objetivo de que se cumplan los estándares mínimos establecidos por el MINSAL, y se otorguen directrices respecto a la mejora continua. Es por esto, que se incorpora a los funcionarios de la salud en la gestión del servicio, para que participen activamente en las acciones de mejora (MINSAL 2017),

Con relación al punto de la asesoría continua, resulta relevante enfatizar que en la actualidad dentro de los equipos no existen espacios permanentes para la retroalimentación y mejora de los procesos clínicos. Uno de estos ejemplos, se expresa, en que existe una importante brecha en el diseño, transferencia técnica, como también, en la utilización de orientaciones y guías clínicas que incorporen el enfoque de derechos, género e interculturalidad. (MINSAL, 2017)

En relación con las dimensiones en torno a Calidad, lo que se propone en este documento, tiene que ver con una metodología de supervisión que incorpore la reflexión de casos, las dinámicas del equipo de trabajo y la persona del profesional. Todo esto podría contribuir a mejorar la gestión de calidad y la continuidad de la atención, pudiendo monitorear al usuario en su tránsito por los diferentes niveles. Además, mejoraría las competencias del recurso humano y la promoción de intervenciones más seguras, tanto para los usuarios como para los profesionales.

En la actualidad, existe el espacio de **consultoría de salud mental** que se constituye como un espacio de análisis de caso y derivaciones entre los distintos niveles de atención en Salud Pública. Según las orientaciones técnicas realizadas el 2016, la consultoría es la actividad conjunta y de colaboración permanente entre el equipo de especialidad en salud mental y el equipo de salud general del nivel primario. Este espacio tiene como propósito potenciar la capacidad resolutoria del nivel primario, mejorar la referencia y contrarreferencia de personas, entre ambos niveles de atención, garantizar la continuidad de cuidados de la población usuaria con problemas de salud o trastornos mentales (MINSAL 2016).

Es importante señalar que la **Consultoría** constituye un recurso de formación poniendo el énfasis en la transmisión de herramientas técnicas entre los equipos y una instancia de coordinación, diálogo, definición de roles y responsabilidades compartidas, entre el nivel primario de atención y el nivel de especialidad en salud mental.

La experiencia nacional muestra que la Consultoría es efectiva cuando:

- No hay suficiente claridad en el diagnóstico del usuario.
- El usuario no responde adecuadamente a los patrones esperados del Plan Individual de Cuidado Integral (PCI) acordado.

- Se requiere evaluar la pertinencia y priorización de la derivación al nivel de especialidad.
- El usuario ha sido contra referido desde el nivel especializado, este equipo y/o el equipo de atención primaria consideran necesario abordar en profundidad la situación y su manejo para mejorar la continuidad de su cuidado (MINSAL, 2016)

Es importante señalar que en el espacio de consultoría ambas partes son intervinientes en el caso, lo que hace que se pierda la distancia necesaria para analizar las gestiones realizadas. Desde ahí, surge el cuestionamiento respecto a qué sucedería si existiera un supervisor externo, que logre enfrentar con mayor distancia, el análisis del caso y de la dinámica institucional en torno a este. Probablemente, se enriquecería la integración de nuevos contenidos, perspectivas y habilidades, que los profesionales que están insertos dentro del sistema intervenido no logran visualizar. De esta manera, se incorporaría elementos de novedad que se traducen en mejoras técnicas y a la vez, fortalecería el desarrollo de la sensibilidad ética de cuidado entre los equipos.

MODELO DE SUPERVISIÓN CLÍNICA PARA LOS EQUIPOS DE LA RED PÚBLICA DE SALUD MENTAL

A continuación, se presenta el funcionamiento del modelo de supervisión clínica grupal, que pretende ser una contribución significativa para elevar la calidad de la atención directa a los usuarios. Este modelo se enfoca en el desarrollo integral de habilidades y conocimientos de los profesionales que conforman los equipos, poniendo un especial énfasis en los aspectos vinculares. Esta estrategia propone incluir la observación y análisis de la relación entre los propios miembros del equipo convirtiéndose el cuidado de éste, en el eje central de la supervisión, buscando generar un impacto positivo tanto en la interacción profesional-paciente como en la colaboración y apoyo mutuo entre profesionales. Esto en la línea de potenciar el cuidado de los equipos, tan escaso en la salud pública, integrando espacios de encuentro, reflexión y desarrollo de habilidades que fomenten la intersectorialidad, la contención emocional, el trabajo en equipo y la colaboración.

Si bien está propuesta, tiene como foco principal relevar la importancia del objetivo relacional de la supervisión, el supervisor no podrá dejar de lado los objetivos técnicos institucionales, por lo que deberá conocerlos y estar familiarizado con ellos. Desde ahí, el que los supervisores estén vinculados a la institución, por ejemplo, que pertenezcan al servicio de salud de cada área, aportaría una distancia necesaria para poder operar como catalizador de las dificultades del equipos y desde ahí entregar novedad, siendo además un facilitador para que el equipo se acerque al cumplimiento de los criterios de calidad (Puig, 2010).

Por esta razón, la propuesta es que los supervisores encargados de este trabajo estarían operativamente instalados en los servicios de salud de cada área (compuesta por un conjunto de comunas), ya que desde ahí sería posible monitorear las intervenciones del usuario en todo su proceso de cuidado.

Uno de los desafíos en los que el MINSAL ha focalizado su esfuerzo en los últimos años, es en la continuidad de los cuidados del usuario, existiendo avances en la generación de redes integradas en todas las áreas de salud. Cabe señalar que los equipos de los distintos niveles de atención se reúnen en diferentes instancias de apoyo técnico, como la consultoría y reuniones de redes asistenciales (UGRL). Estos son espacios muy valorados, donde se realiza transferencia de conocimiento, construcción de protocolos de atención, referencia y contrarreferencia, presentación de buenas prácticas, análisis de casos, así como también apoyo y contención entre los profesionales. Desde una perspectiva sistémica, esto permite visibilizar y validar la retroalimentación permanente entre los distintos subsistemas que conforman la red de salud pública, como un eje de contención y apoyo, que permite favorecer atenciones de calidad y generar novedad, lo que potencia la motivación y el cuidado de los equipos.

Es crucial destacar la distinción entre el ámbito de la consultoría en salud mental y el modelo de supervisión propuesto en este artículo. La consultoría, en su esencia, se centra en el análisis de casos clínicos, a menudo dejando en segundo plano la atención a la persona del profesional. Este proceso es continuo y la selección de casos a revisar se vincula principalmente con dudas diagnósticas o la necesidad de derivación a niveles de especialidad superiores. Este tipo de consultoría tiende a llevarse a cabo entre los niveles secundario y primario de atención.

En contraste, la supervisión en salud pública se concibe como un espacio que abraza los objetivos de la consultoría, pero va más allá al incorporar la variable de la persona del profesional, las dinámicas relacionales al interior del equipo y la conexión con la comunidad. La supervisión en salud pública, por lo tanto, surge como un espacio más integrador y abarcador que busca enriquecer la práctica profesional en sus múltiples dimensiones.

Cabe destacar que la idea de que el servicio/espacio de supervisión formal sea ofrecido desde la misma institución, podría permitir que se logre sintonizar de forma adecuada con las necesidades de los profesionales. Según Puig (2010), las instituciones, ejercen una función psíquica, ya que son sistemas de vínculos, que constituyen un sostén para los equipos. Debido a que los vínculos son complejos, los profesionales pueden sentirse abandonados o poco contenidos por su institución.

De este modo, el que se brinde este espacio desde el mismo servicio de salud, incrementa la seguridad de los profesionales, el bienestar y la motivación para entregar servicios seguros y de calidad. Además, se fomentaría la percepción de contención, de importancia de la mirada vincular como eje del cuidado tanto de los pacientes, como también de los equipos.

DESCRIPCIÓN DEL MODELO DE SUPERVISIÓN GRUPAL- VINCULAR PARA LOS EQUIPOS DE LA RED PÚBLICA DE SALUD MENTAL

I. OBJETIVOS DE LA SUPERVISIÓN GRUPAL- VINCULAR

La **supervisión** debe entenderse como una estrategia continua e integral en la labor del equipo de salud mental. De acuerdo con los objetivos del Ministerio de Salud (MINSAL), los casos atendidos cuentan con un plan de cuidado que es construido de manera colaborativa entre el usuario y el equipo de intervención. Este plan incluye objetivos terapéuticos y estrategias específicas para alcanzarlos. Se sugiere una revisión del plan cada tres meses, involucrando al equipo y al paciente en una evaluación conjunta.

Entendiendo que este plan de cuidado es un acuerdo entre el usuario y el equipo respecto de los objetivos terapéuticos, los intervinientes deberían tomar este elemento como un insumo fundamental para definir los casos a supervisar y los objetivos de dicha supervisión. En este enfoque, se propone integrar al análisis no sólo los elementos técnicos, sino también otros aspectos esenciales contemplados en este modelo, como la atención a la persona del profesional y la interacción con otras instituciones en la comunidad.

Los principales objetivos de la supervisión son:

1. El primer objetivo es el **cuidado del usuario** que es un principio fundamental para la labor de los profesionales de la salud mental. La promoción desde la institución, de intervenciones profesionales que sean terapéuticas debería ser condición sine qua non. Como se mencionó anteriormente la compleja red de vínculos al interior de sistema, no siempre provee este espacio por sí solo, por lo que se deben realizar acciones concretas para prevenir que el equipo realice intervenciones que puedan ser iatrogénicas para el usuario. Para el logro de este objetivo, el Plan de Salud Mental y el Modelo Comunitario (MAIS), dan ciertas orientaciones que permiten guiar el camino. Dentro de los principios

del modelo se describen 3 dimensiones que habría que tener en cuenta: **La atención debe estar centrada en el usuario**, tomando en cuenta las creencias, contexto social y recursos psicológicos. En este aspecto es muy importante la alianza que se construya entre el usuario y su tratante, y entre el tratante y el supervisor. La supervisión en este aspecto debería resguardar esta alianza² terapéutica. La mirada del ser humano como integral, invita a los equipos a tener en cuenta todos los elementos que lo constituyen como tal (creencia, género, cultura etc.) La continuidad del cuidado implica que la supervisión debiera contemplar los diferentes niveles de atención del sistema de salud, en términos de que el proceso del usuario se visualice en su totalidad, en su tránsito por estos niveles. Respecto de este punto, los supervisores deberían estar presentes en los tres niveles de atención (preventiva, especializada y crónica), con el objetivo de acompañar la derivación y contrarreferencia de los usuarios.

2. El segundo objetivo tiene que ver con el **cuidado del equipo**, lo cual se constituye como indicador de calidad que incorpora el plan de salud mental. Este objetivo promueve el cuidado del usuario, ya que los equipos que cuidan a otros deben cuidarse para evitar o resguardarse del desgaste. La seguridad del paciente constituye un componente fundamental en la prestación de servicios de salud. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la seguridad del paciente es una disciplina que surge con la evolución de la complejidad de los sistemas de atención y el aumento inesperado de los daños a los pacientes en los centros sanitarios. Muchos de los errores parecen estar asociados al estrés y la fatiga, a la insatisfacción, a las condiciones de trabajo, o a la inapropiada selección o conducción de los funcionarios (Borgarello & Losardo, 2021).

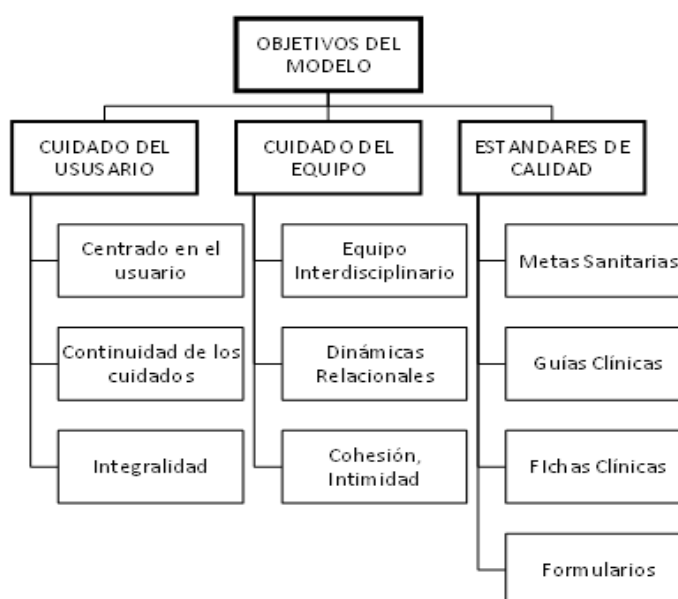
Para este propósito debemos considerar que el equipo que trabaja en salud pública es interdisciplinario, lo que implica que la supervisión debe tomar en cuenta las diversas miradas de las distintas disciplinas que componen este equipo de trabajo. La supervisión debiera ser más que formativa, horizontal, ya que se produce entre colegas y en este sentido, sería más pertinente denominarla **intervisión**, la cual supone un diálogo entre visiones de profesionales en torno a un tema clínico (Pesqueira, Ceruti y Salvo, 2019). La supervisión debiera tener dentro de sus focos las dinámicas relacionales del equipo, con el objetivo de favorecer la cohesión y la intimidad del grupo, para generar un contexto seguro de supervisión de casos. Dentro de este punto, cobra relevancia la persona del profesional, en términos de integrar la subjetividad de los profesionales en el análisis de los casos. Cabe señalar que, para lograr este objetivo, es importante trabajar en la construcción de la confianza en el equipo, de manera que la supervisión se constituya en un espacio seguro, donde se profundice el análisis más allá del lugar de atención del usuario, sino más bien, se puedan levantar necesidades de los equipos y apoyar en la creación de nuevas metodologías de intervención.

3. Por último, el tercer objetivo es realizar una **práctica clínica que sea coherente con los estándares de calidad descritos en la política pública**, señalando la relevancia de dar seguimiento a temas administrativos como el cierre de fichas, elaboración de formularios, guías clínicas y anticipatorias, por dar algunos ejemplos. Lo que se busca no solo es un

² Horvath y Symonds (1991) realizaron investigaciones cuantitativas que conectaron la relación entre la alianza y los resultados terapéuticos. Se midió el efecto de la alianza en diferentes tipos de terapia como psicodinámica, experiencial y cognitiva, con variados tipos de problemáticas de los clientes, en diferentes extensiones de tratamiento (corto y largo plazo) y desde diversos puntos de vista (paciente, terapeuta y un observador). Esta integración logró confirmar a la alianza de trabajo como una variable relativamente robusta que liga el proceso terapéutico con los resultados positivos

tema administrativo, sino que se resguarde el plan de acción que tiene cada usuario de manera de dar continuidad a la intervención independiente que vaya cambiando el nivel de atención. Es una forma de ordenar, informar y retroalimentar a los distintos subsistemas involucrados. Así mismo, debería ser el momento para generar un espacio reflexivo desde la revisión de la práctica clínica. Podría ser significado como el espacio de análisis y preparación de los casos para llevarlos a supervisión. El registro, debería implicar la identificación de impasse y nudos críticos de la práctica clínica. El que exista un espacio de socialización, de estos obstáculos en la supervisión, favorece no solo la práctica clínica, sino también el cuidado de los profesionales y de los equipos, desde una mirada vincular centrada en la contención, lo que indudablemente apoyaría la calidad de la intervención.

Cuadro 1: Objetivos del Modelo de Supervisión Grupal-Vincular para los Equipos de la Red Pública de Salud Mental.



II. EL CONTEXTO: ASPECTO FUNDAMENTAL A CONSIDERAR EN EL MODELO DE SUPERVISIÓN GRUPAL VINCULAR EN SALUD PÚBLICA.

La supervisión en salud pública requiere tener en cuenta el contexto en el que se produce, ya que le da una particularidad que es influyente en las modalidades de intervención. Se da dentro de una institución que tiene normativas claras desde la autoridad central que es el Estado. En este sentido, los lineamientos del Ministerio de Salud constituyen un principio rector de las intervenciones. En Salud mental, existen las orientaciones técnicas y las metas solicitadas desde el MINSAL, también existe el GES, que otorga garantías explícitas de salud que deben ser ejecutadas por el equipo para algunas patologías.

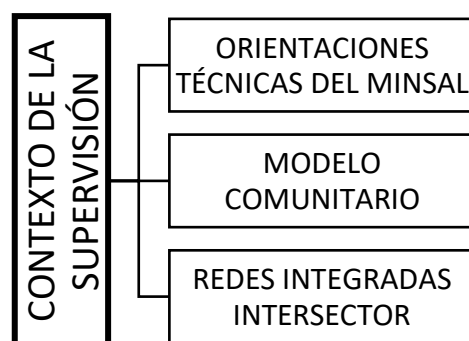
En este sentido, la supervisión debe conciliar las necesidades del equipo con las de la institución, generando el menor desgaste posible para el equipo, co-construyendo objetivos que contemplen estos aspectos. (Ibaceta & Santana, 2014)

Respecto del modelo comunitario, la supervisión debe contemplar no solo al equipo, sino también a las personas que están insertas en un lugar y que se relacionan con las redes de ese espacio, siendo una de ellas, el centro de salud.

Otro aspecto relevante del contexto es la intersectorialidad, es decir, que el equipo de salud mental se relaciona constantemente con otros de la red de salud, así como también de la comunidad, como educación, justicia y red mejor niñez. El trabajo en red implica aspectos que favorecen los procesos y otros que los obstaculizan, es importante que la supervisión logre incorporar la relación del equipo con las redes, de manera que se generen dinámicas constructivas que cuiden al usuario y al equipo. De esta manera, la intersectorialidad, se convierte en un eje central de la supervisión grupal en el espacio de salud pública. Desde ahí, se convierte en un desafío que los supervisores tengan experiencia en el ámbito público y vayan actualizando los cambios que se dan consecutivamente en las redes públicas intersectoriales de atención.

Además, en el contexto de supervisión en salud pública, cobra una importancia fundamental, la comprensión y análisis que haga el equipo de las diferentes visiones de mundo que confluyen en la práctica clínica. Cada vez es más frecuente que los motivos de consulta tengan relación con problemáticas psicosociales que se producen en procesos de migración, diversidad sexual, violencia hacia la mujer, salud mental en la adultez mayor, solo por nombrar alguna de las demandas que desafían al equipo y a cada uno de los terapeutas a replantearse respecto a cómo se relacionan desde su historia personal con estas temáticas y de qué manera esto influye en su práctica. La perspectiva de género y el enfoque intercultural son elementos que enmarcan el modelo de salud mental y las políticas públicas, por lo que el tratante lo debe tener en cuenta respecto del proceso salud enfermedad. Desde ahí, nuevamente la ética del cuidado y la responsabilidad profesional surgen como ejes fundamentales para desplegar una práctica clínica de calidad.

Cuadro 2: Principales Elementos del Contexto de la Supervisión a Considerar en el Modelo de Supervisión Grupal Vincular en Salud Pública.



III. CARACTERÍSTICAS DEL SUPERVISOR EN EQUIPOS DE SALUD MENTAL PÚBLICA.

Se propone en este modelo que el supervisor tenga ciertas características que facilitarán el logro de los objetivos de la supervisión, tanto en el logro de aprendizajes a nivel técnico como espacio de contención emocional. Desde ahí, se propone dentro de las características fundamentales del supervisor:

1. **Capacidad de liderazgo:** si bien la relación con los supervisados es horizontal, el supervisor será responsable de que se cumplan los objetivos y de guiar al equipo en este

propósito. Por otro lado, el supervisor también cumplirá un rol de sostén emocional, con el objetivo de proteger al equipo. Será necesario que el supervisor tenga la capacidad de ajustarse a las necesidades del equipo, las cuales son dinámicas y complejas.

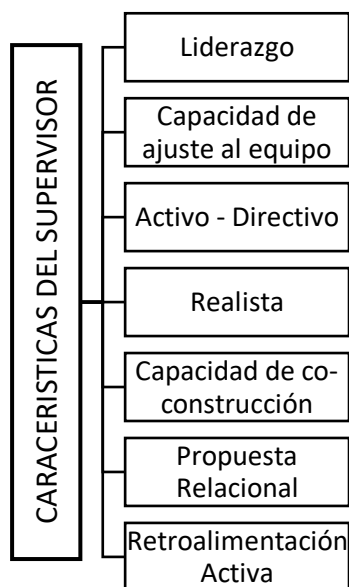
2. **Capacidad de Ajuste Relacional:** Está orientado a fomentar la alianza con los supervisados. Tomando en cuenta el objetivo del cuidado del equipo, la propuesta del supervisor debiera tener como uno de los focos, la interacción relacional del equipo y la relación de éste con los usuarios.
3. **Desarrollar una Mirada Realista:** Es importante que el supervisor proponga intervenciones, tomando en cuenta el contexto y recursos de los profesionales para intervenir. Es importante *co-construir* con el equipo, tomando en consideración las definiciones de los profesionales. Es decir, el supervisor debe comprender y ahondar qué es lo que el equipo necesita llevarse de la instancia de discusión. (Pesqueira & Cerutti, 2019).
4. **Desplegar retroalimentación activa.** Se refiere a la relevancia de que el supervisor retroalimenta al supervisado respecto de las intervenciones, de manera que este último pueda mejorar sus competencias clínicas y reconocer sus recursos como terapeuta.

De esta misma forma, se busca que el supervisor sea capaz de relevar la trayectoria de los equipos de salud mental, y co-construir desde su experiencia de manera de validar sus logros y aciertos. Esto favorece, a que el equipo pueda sentirse menos expuesto frente a las vulnerabilidades que puedan aparecer en los procesos de supervisión. Desde ahí, es muy frecuente que aparezca la sensación de sentirse evaluados o juzgados en su intervención, por lo que validar su historia como equipo, puede ser una estrategia que permita abrir nuevos caminos en este sentido.

Del mismo modo, es importante que el equipo supervisado retroalimenta al supervisor, para que este último, identifique las intervenciones que puedan ser dañinas y así ajustarse a las necesidades del cuidado del equipo (Pesqueira & Cerutti, 2019).

Por último cabe señalar que la experiencia técnica en el sector público de salud, son características que son altamente valoradas para los equipos, por lo que deben ser elemento que deben considerarse.

Cuadro 3: Características Principales del Supervisor propuestas en el Modelo de Supervisión Grupal Vincular en Salud Pública.



IV. METODOLOGÍA DE LA SUPERVISIÓN GRUPAL VINCULAR

Respecto a los aspectos formales, sugerimos que se realice este espacio una vez al mes, donde sea posible que se supervisen dos casos. También es factible, trabajar de acuerdo con las necesidades del equipo, espacios de contención emocional a partir de las vivencias de los profesionales en el quehacer cotidiano del trabajo. Es importante que pueda participar todo el equipo, de manera que los aprendizajes obtenidos sean accesibles a todos los profesionales.

Dado el contexto en el cual se realizaría la supervisión clínica en salud pública, se piensa en una estrategia que necesariamente comience trabajando los aspectos relacionales del equipo, de manera de fomentar la confianza y apertura, propiciando un espacio seguro para los profesionales que participen de la instancia. A continuación, describimos paso a paso, la implementación del espacio:

El supervisor inicia siempre invitando a los integrantes del equipo, **a focalizarse en trabajar el aspecto relacional**, con el objetivo de promover que el equipo genere estrategias de autocuidado. Es importante poder preguntar directamente cómo llegan a este espacio de supervisión, que les gustaría llevarse al finalizar la sesión y qué no les gustaría que sucediera. En este sentido, el supervisor se puede constituir en un agente de protección y al mismo tiempo, favorece el despliegue de estrategias de autoayuda. Es fundamental recoger estas preguntas iniciales para cerrar el espacio de supervisión.

Ibaceta (2015) habla de la triada: **intimidación-contención- cohesión**. El supervisor tendrá el desafío de generar de forma paulatina un espacio confiable para la expresión emocional, donde sea seguro exponer errores y dificultades frente a los otros, y de esta forma, aportar a elaborar los entrapamientos en los procesos de tratamiento. La colaboración, implica una relación de respeto y apoyo mutuo dentro del equipo. El supervisor será el principal promotor de estas condiciones las que realizará mediante diferentes técnicas experienciales, gráficas o de psicodrama. Cada espacio de supervisión podría iniciarse con alguna actividad que promueva este aspecto relacional para luego dar paso a la focalización en el caso.

En un segundo momento, se deben definir **los objetivos de la supervisión y la metodología** para la presentación del caso. Se deben definir normas del espacio, centradas en cuidar al equipo y al usuario. Se sugiere que los tratantes elijan el caso definiendo de antemano los objetivos de la supervisión, En este punto se recomienda utilizar el plan de cuidado como un acuerdo formal que quede a modo de consentimiento y favorezca el cuidado en este espacio. Dentro de los objetivos, será necesario focalizar si la pregunta de supervisión será en relación a aspectos técnicos o respecto a la persona del profesional.

La metodología podría definirse en conjunto al momento de supervisar o bien ser elegida por el supervisor en caso de que se entregue la información previamente por los tratantes. La metodología puede ser expositiva o a través de técnica experiencial, gestálticas (escultura) o utilización de metáforas (dibujos).

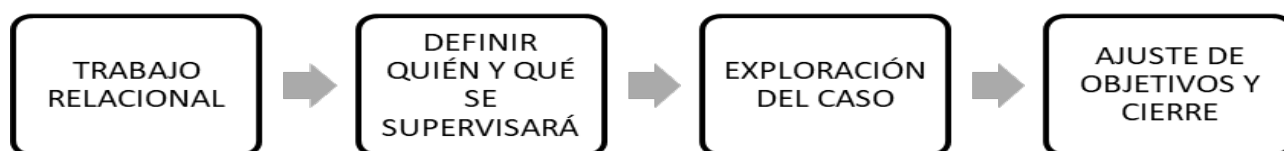
Un tercer momento sería la **exploración del caso**, incorporando el abordaje biopsicosocial, evaluación integral, hipótesis diagnósticas, plan de cuidado y objetivos de la institución. En este punto, sería relevante integrar las miradas de todos los profesionales que intervengan en el caso. Además, se propone revisar los impasses en el proceso de la intervención, incorporando elementos técnicos que puedan apoyar su resolución. Además, se debe analizar el vínculo de los intervinientes con el usuario y la familia. Será relevante explorar los impasses que estén relacionados con la persona del profesional, identificando las dimensiones para poder avanzar en ese proceso.

En ese momento de la supervisión, debe reajustar los objetivos según el análisis realizado, identificar aspectos del cuidado del equipo y establecer nuevas necesidades de supervisión. En el contexto de salud pública, es fundamental que el supervisor incorpore una mirada intersectorial y

pueda aportar nuevas redes formales e informales, que potencien la intervención biopsicosocial con el usuario y su familia.

Para finalizar, en el momento de **del ajuste de objetivos y cierre**, el supervisor puede solicitar la participación del resto del equipo, teniendo en cuenta el grado de cohesión del grupo y siempre resguardando el que sea un espacio seguro para los supervisados, El supervisor deberá cerrar con la claridad de que los supervisados hayan respondido las preguntas. Desde ahí será importante chequear si se cumplió el objetivo de la supervisión y retroalimentar al equipo respecto a desafíos que gatillen motivación para dar continuidad a lo trabajado en la supervisión, en el espacio cotidiano de trabajo.

Cuadro 4: Momentos de la Supervisión en el Modelo de Supervisión Grupal Vincular en Salud Pública.



DISCUSIÓN

El análisis presentado anteriormente, ha permitido explorar las importantes brechas que existen dentro de la institucionalidad, respecto del trabajo de salud mental. Si bien, ha habido avances significativos en el desarrollo de la política pública, es tarea pendiente aún, establecer estrategias de cuidado tanto para el profesional como para los equipos, que favorezcan la calidad de las prácticas clínicas. Esto principalmente, centrado en relacionar los espacios de supervisión y capacitación, como factores que fortalecen la mejora continua de las intervenciones.

Si bien la institución plantea un marco legal, teórico y vincular que actúa como sostén para los profesionales (Puig, 2011), esta relación tiende a ser compleja, ya que muchas veces los profesionales depositan demasiada expectativa o bien sienten que el apoyo institucional se hace insuficiente. Lo anterior, puede afectar el sentido de pertenencia del profesional hacia la institución, hacia sí mismo y hacia el usuario. En definitiva, la relación entre las instituciones y los profesionales es muy intensa y compleja, por eso conviene que la institución provea de apoyo profesional y personal a sus funcionarios, para que de esta manera pueda conseguir los objetivos institucionales cuidando de sus profesionales.

Establecer una propuesta de un modelo de supervisión para el sistema de salud mental pública, constituye hoy un desafío novedoso y necesario, principalmente en la línea de poder generar un puente entre las exigencias administrativas y la resignificación de éstas como un espacio reflexivo y de cuidado de los equipos. Desde ahí, esta propuesta va en la línea de acercar ambos mundos y validar la supervisión como una metodología que aporta a la mejora de la calidad de la intervención.

Por lo mismo, es fundamental seguir reflexionando respecto a las diferentes dimensiones que debiera tener este modelo, analizando las variables de contexto, los objetivos, las características que debiera tener el supervisor y la mecánica de esta misma. Sería muy atinente seguir profundizando el análisis, incorporando la percepción de los profesionales respecto de la propuesta

de supervisión, detectando sus necesidades en torno a estos espacios de cuidado y protección. Esto permitiría darle validez y confiabilidad a nuestra propuesta de un modelo de supervisión clínica en el espacio de salud mental pública. Proponemos continuar fortaleciendo esta propuesta, generando un nuevo estudio que incorpore la mirada de los profesionales respecto a lo que requieren de un espacio de supervisión en el contexto de la salud mental pública.

Es indiscutible que trabajar con personas que sufren, constituye un espacio delicado y frágil, sino existe la supervisión y acompañamientos necesarios. En otras palabras, se puede provocar daño a los usuarios de parte de los profesionales, al no existir espacios reflexivos y de expresión emocional, para transmitir y analizar los casos de mayor complejidad. Así, los equipos que trabajan en sectores de vulnerabilidad tienden a oscilar entre sentimientos de omnipotencia e indefensión.

En la actualidad, la mirada de la política pública prioriza la productividad como indicador de calidad, desplegando a segundo plano los procesos reflexivos como la supervisión y cuidado de los equipos.

Proponemos resignificar esta percepción, manifestando que invertir en estos procesos, constituye una base fundamental, para generar salud mental en los equipos que favorezcan el sentido de pertenencia a la institución y el desarrollo de intervenciones clínicas de calidad.

BIBLIOGRAFÍA

- Aravena, C. (2014). Aplicación del modelo de atención integral de salud familiar y comunitario y sus principios en el ejercicio profesional de psicólogos de atención primaria de salud, Universidad de Chile
- Bernard, J. & Goodyear, R. (2014). Fundamentals of clinical supervision (5th edition). Bostons: Pearson ed Anuario Temas en Psicología VOL.5 ISSN 2683-7366 Dossier Digital Jornadas de Investigación, pp. 229-236 Facultad de Psicología, En: Pesqueira, M., Cerutti, P. Ramírez, I. Salvo, D.(2019) Qué y cómo del liderazgo irrenunciable del supervisor clínico en “Revista de Familias y Terapias Año 28, N° 46 II Semestre”.
- Borgarello, M. E & Lasardo, R. (2021). Prevención del estrés y burn-out del equipo de salud: El nexo con la calidad de la atención sanitaria y la seguridad del paciente. *Revista de la Asociación Médica Argentina, VOL 134, N°2*, pp 4-8.
- Botero-García, Carolina; Giovanni, Irene & Morales Arias, Carolina (2022). Supervisión en psicología clínica: Una revisión sobre estudios empíricos 2012-2021. *Universitas Psychologica, 21*,1-19. Recuperado de: [https://revistas.javeriana.edu.co/files-articulos/UPSY/21\(2022\)/64772074006/index.html](https://revistas.javeriana.edu.co/files-articulos/UPSY/21(2022)/64772074006/index.html)
- Céspedes, L., Puentes, C. (2014). Supervisión en contexto grupal: Reflexiones desde la mirada intersubjetiva. *Revista De Familias y Terapias, VOL 23, N°36*, Santiago, Chile.
- Cirillo, S., Selvini, M. & Sorrentino, A. (2018). *Entrar en Terapia, Las siete puertas de la Terapia Sistémica.*, (1era Edición). Desclée de Brouwer.
- Clarke, G. & Rowan, A. (2009). Looking again at the team dimension in systemic psychotherapy: is attending to group process a critical context for practice? *Journal of Family Therapy 31*: 85-107. En Céspedes, L., Puentes, C. (2014). “Supervisión en contexto grupal: Reflexiones desde la mirada intersubjetiva”. *Revista De Familias y Terapias*, año 23, número 36, diciembre 2014. Santiago, Chile
- Colegio de Psicólogos de Chile. (2008). Código de Ética Profesional. Santiago de Chile, 2da Edición.
- Dois Castellón, A., Ojeda Cabrera, I., Vargas Palavicino, I., Larrea Quintanill, M., Quiroz Olave, M., Rodríguez Cares, M., Varela Alamos, M. E., Niveló Clavijo, M., Mercado Gore, R.& Menares

- Latorre, V. (2012). *Orientaciones para la implementación del modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria. Dirigido a Equipos de Salud*. Recuperado de: <https://www.minsal.cl/portal/url/item/e7b24eef3e5cb5d1e0400101650128e9.pdf>
- Dois, A., Bravo, P. & Soto, G. (2017). Atributos y características de los principios orientadores del modelo de atención integral en salud familiar y comunitaria desde la perspectiva de expertos de APS. *Revista Médica*, pp 145.
- Ellis, M. (2010). Bridging the Science and Practice of Clinical Supervision: Some Discoveries, Some Misconceptions, The Clinical Supervisor, 29:1, 95-116. En Pesqueira, M. Ceruti, P. Ramirez, I. Salvo, D. (2019) Qué y cómo del liderazgo irrenunciable del supervisor clínico. *Revista de Familias y Terapias* 28(46).
- Elichiry, N. (2009). *Importancia de la articulación interdisciplinaria para el desarrollo de metodologías transdisciplinarias*. Escuela y Aprendizajes. Trabajos de Psicología Educacional (capítulo 9) En Kopelovic Mercedes (2019) trabajo interdisciplinario en salud mental: construcción de criterios terapéuticos en el marco de la ley 26657. Presentación del proyecto y primeros desarrollos
- Errázuriz, P., Valdés, C., Vöhringer, P. A., & Calvo, E. (2015). Financiamiento de la salud mental en Chile: una deuda pendiente. *Revista médica de Chile*, 143(9), 1179-1186. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872015000900011>
- Falender, C. A. & Shafranske, E. P. (2004). Clinical supervision: A competency based Approach. APA books. En: Pesqueira, M. Ceruti, P. Ramirez, I. Salvo, D. (2019) Qué y cómo del liderazgo irrenunciable del supervisor clínico en “Revista de Familias y Terapias 28(46).
- Gatica, Rubi & Vicente. (2020). “plan nacional de salud mental. Reflexiones en torno a la implementación del modelo de psiquiatría comunitaria en Chile” Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, Universidad de Concepción.
- Halevrson, R (2004). Accesing, documenting and communicating practical wisdom: The phronesis of school leadership. American Journal of Education, 111, 90-121. En: Pesqueira, M. Cerutti, P. Ramirez, I. Salvo, (2019) Qué y cómo del liderazgo irrenunciable del supervisor clínico en “Revista de Familias y Terapias Año 28, N° 46 II Semestre”.
- Ibaceta, F., Santana, A. (2014). “Supervisión como fomento del cuidado de equipos que trabajan en reparación de agresiones sexuales: delimitación de una propuesta”. *Revista De Familias y Terapia*, marzo 2015. Santiago, Chile.
- Jiménez, D. (2013). *El cuidado de sí como una forma de estar en la Supervisión Sistémica Relacional*. [Tesis para optar al grado de Magíster al grado de Magíster, Universidad de Chile].
- Ministerio de Salud (2017) Plan de Salud Mental, 2017-2025
- Ministerio de Salud (2023) página web ministerio de salud de chile; <https://saludresponde.minsal.cl/establecimientos-de-salud/>
- Ministerio de Salud (2016) Orientaciones Técnicas: Consultorías en Salud Mental
- Organización Mundial de la Salud. (2005). Salud mental: enfrentar los desafíos, construir soluciones: informe de la Conferencia Ministerial Europea de la OM,S. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/326566>
- Pesqueira, M. Cerutti, P. Ramirez, I. Salvo, D. (2019) Qué y cómo del liderazgo irrenunciable del supervisor clínico en “Revista de Familias y Terapias Año 28, N° 46 II Semestre”.
- Puig, C. (2010). Trabajo social y supervisión: un encuentro necesario para el desarrollo de las competencias profesionales. *Documentos de Trabajo Social* p 125
- Restrepo Diego A.; Jaramillo E Juan C. (2012), Concepciones de salud mental en el campo de la salud pública *Revista Facultad Nacional Salud Pública* vol.30 no.2 Medellín.
- Subsecretaria de Redes Asistenciales Departamento de Calidad (2007). Manual para el proceso de evaluación de la calidad de atención en salud mental

Subsecretaria de Redes Asistenciales, división de atención primaria. Orientaciones para la implementación del modelo atención integral de salud familiar y comunitaria

Stolkiner A. (2005) “Interdisciplina y salud mental”. IX Jornadas Nacionales de Salud Mental. Posadas, Misiones, Argentina. En Kopelovic (2019) trabajo interdisciplinario en salud mental: construcción de criterios terapéuticos en el marco de la ley 26657. Presentación del proyecto y primeros desarrollos

Ussher, M. (2008). La supervisión en la psicología social comunitaria. The supervision in the community social psychology. *Psicología para América Latina* [online], N°12, pp 0-0.

Winkler, M. I et al (2012). Lo ético es transversal y cotidiano”: dimensiones éticas en la formación y práctica en Psicología Comunitaria. *Acta Bioethica*. 18(2) 237-248.