www.paho.org/enfermeria

www.facebook.com/enfamericas

www.twitter.com/enfamericas

www.instagram.com/opspaho/

www.youtube.com/user/pahopin

PAHO/WHO

La educación interprofesional en la atención de salud:

Mejorar la capacidad de los recursos humanos para lograr la salud universal

Informe de la reunión
del 7 al 9 de diciembre del 2016
Bogotá, Colombia

Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud
OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas

Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud
OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas

La educación interprofesional en la atención de salud

Mejorar la capacidad de los recursos humanos para lograr la salud universal

Informe de la reunión
del 7 al 9 de diciembre del 2016
Bogotá, Colombia

Organización Panamericana de la Salud

Organización Mundial de la Salud
OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas

La educación interprofesional en la atención de salud: mejorar la capacidad de los recursos humanos para lograr salud universal. Informe de la reunión del 7 al 9 diciembre del 2016 en Bogotá, Colombia.
Número de documento: OPS/HSS/17-024

© Organización Panamericana de la Salud, 2017

Todos los derechos reservados. Las publicaciones de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) están disponibles en su sitio web en (www.paho.org). Las solicitudes de autorización para reproducir o traducir, íntegramente o en parte, alguna de sus publicaciones, deberán dirigirse al Programa de Publicaciones a través de su sitio web (www.paho.org/permissions).

Forma de cita propuesta: Organización Panamericana de la Salud. La educación interprofesional en la atención de salud: mejorar la capacidad de los recursos humanos para lograr salud universal. Informe de la reunión del 7 al 9 diciembre del 2016 en Bogotá, Colombia. Washington, D.C. : OPS; 2017.

Catalogación en la fuente: Puede consultarse en http://iris.paho.org.

Las publicaciones de la Organización Panamericana de la Salud están acogidas a la protección prevista por las disposiciones sobre reproducción de originales del Protocolo 2 de la Convención Universal sobre Derecho de Autor. Reservados todos los derechos.

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la Secretaría de la Organización Panamericana de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la Organización Panamericana de la Salud los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan en las publicaciones de la OPS letra inicial mayúscula.

La Organización Panamericana de la Salud ha adoptado todas las precauciones razonables para verificar la información que figura en la presente publicación, no obstante lo cual, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ni explícita ni implícita. El lector es responsable de la interpretación y el uso que haga de ese material, y en ningún caso la Organización Panamericana de la Salud podrá ser considerada responsable de daño alguno causado por su utilización.

Índice

Agradecimientos ..... **v**

Resumen ..... **vii**

Introducción **1**

Día 1: Presentaciones **7**
- Sesión de apertura 7
- Introducción 8
- Fundamento de la educación interprofesional 9
- Marco para la educación y la colaboración interprofesionales a nivel nacional, regional y mundial 11
- Bases de la educación interprofesional: características, recursos y compromisos individuales e institucionales que brindan apoyo al trabajo en equipo 13
- Capacitación docente para la educación interprofesional 14
- Diseño e implementación de un currículo para la educación interprofesional 16
- Transformación y expansión de la formación y la capacitación de los profesionales de la salud 18

Día 2: Presentaciones **23**
- Argentina: Educación interprofesional y práctica colaborativa 23
- España: Salud pública y educación interprofesional 26
- Chile: Educación interprofesional en la enseñanza de las ciencias de la salud 29
- Brasil: Iniciativas de educación interprofesional 32
- Reino Unido: Centro para el Avance de la Educación Interprofesional (CAIPE) 35
- Canadá: Colaboración Canadiense de Salud Interprofesional (CIHC) 37
- Regulación de la práctica profesional de salud y sus implicaciones para la práctica colaborativa 39
- Gestión de equipos de salud interprofesionales 42
- Debates 44
- Situación actual de la educación en ciencias de la salud y la función de la educación interprofesional 44
- Implementación del currículo de educación interprofesional y desarrollo docente 46
- Educación interprofesional y práctica colaborativa desde diferentes perspectivas internacionales 49
- Presentaciones de los grupos de trabajo y debates 52
- Próximos pasos y recomendaciones 52
- Comentarios finales al término de la reunión 53

Día 3: Tendencias y retos de la formación en ciencias de la salud **57**
- Tendencias y retos de la formación en ciencias de la salud: La función del PALTEX 57
- Tecnología en el campo de la formación y respuestas innovadoras de recursos humanos para satisfacer necesidades de salud (primera presentación) 58
- Tecnología en el campo de la formación y respuestas innovadoras de recursos humanos para satisfacer necesidades de salud (segunda presentación) 60
- Educación transformativa: tecnología en los procesos de autoaprendizaje y desarrollo docente (primera presentación) 61
- Educación transformativa: tecnología en los procesos de autoaprendizaje y desarrollo docente (segunda presentación) 62
- Debates en grupos de trabajo 63

Anexo **65**

Programa **69**

Lista de participantes **77**

Referencias **87**

Agradecimientos

Extendemos nuestro sincero agradecimiento a la Universidad de Washington - Escuela de Enfermería y al Centro de Investigación y Práctica en Educación interprofesional en Ciencias de la salud (CHSIERP, por sus siglas en inglés), por su asesoramiento y orientación en la organización de esta reunión, y al Ministerio de Salud de Brasil, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES/MS), por su contribución financiera para producir este informe.

Asimismo, deseamos agradecer a las siguientes personas que ayudaron a coordinar y desarrollar este documento: Silvia Cassiani, Sabrina Mikael, Rossana Frías de Yaksic y José Rodrigues Freire Filho.

Resumen

La finalidad de esta reunión de tres días fue convocar a representantes de ministerios de salud, ministerios de educación, asociaciones de profesionales e instituciones académicas de los países de América Latina y el Caribe para solicitarles su aportación y estimular un debate sobre el fundamento, el marco y las bases de la educación interprofesional (EIP), así como para entender las experiencias de diferentes países con la educación interprofesional y la práctica colaborativa.

La combinación de diferentes instituciones, disciplinas y formación profesional facilitó el debate entre los participantes sobre los aspectos esenciales de la EIP, tales como:

1. La situación actual de la educación en salud y la función de la EIP para transformar y expandir la formación y la capacitación de los profesionales de la salud.
2. El significado de las estrategias y enfoques de la EIP dentro del contexto institucional.
3. Oportunidades, retos, barreras y factores que facilitan la elaboración y ejecución de los planes de estudios de la EIP.
4. Oportunidades y retos para el desarrollo docente interprofesional dentro del contexto institucional.
5. Enfoques de la educación interprofesional y práctica colaborativa interprofesional desde diferentes perspectivas internacionales.
6. Modelos de gestión de equipos de salud interprofesionales y enseñanzas extraidas de su implementación.
7. Impacto de la regulación de las profesiones de salud en el contexto de la práctica colaborativa.
8. Desarrollo y aplicación de la EIP en América Latina y el Caribe.
9. Asociaciones potenciales entre los países y dentro de ellos para desarrollar y aplicar la EIP.
10. Viabilidad e impacto de la EIP en la educación y la práctica, y oportunidades para formar la fuerza laboral de atención de salud del futuro.

Durante la reunión, cada país participante describió sus metas a 30, 60 y 90 días para aplicar la EIP, así como los recursos necesarios para alcanzar sus metas. Además, se identificaron estrategias para crear alianzas con otros líderes de la EIP en todo el territorio de América Latina.

Los participantes propusieron la creación de una red regional de educación interprofesional y un seguimiento de las metas con los países.


BIOHAZARD
VACUNADO

Introducción

La Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) brinda apoyo a los países de la Región de las Américas a fin de mejorar los resultados de salud mediante el fortalecimiento de los sistemas de salud. La Unidad de Recursos Humanos para la Salud del Departamento de Sistemas y Servicios de Salud (HSS/HR) promueve los esfuerzos que se realizan en toda la Organización para fortalecer la capacidad y fuerza de trabajo de salud, y contribuye con tales esfuerzos con el propósito de lograr el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud en los países de la Región.

Se necesitan enfoques innovadores para elaborar políticas y programas que refuercen la fuerza de trabajo de salud a escala mundial. La colaboración interprofesional es una estrategia innovadora y prometedora para mitigar la crisis mundial de la fuerza de trabajo de salud. La práctica colaborativa en la atención de salud permite que los profesionales de diferente formación presten servicios integrales y de alta calidad al trabajar con los pacientes, sus familiares y las comunidades en todos los entornos de salud.

Los equipos interprofesionales de atención de salud optimizan las aptitudes de sus miembros para prestar servicios de salud holísticos, centrados en el paciente y de alta calidad. En este sentido, la educación interprofesional (EIP) es un paso necesario para preparar la fuerza de trabajo de salud a fin de que colabore y responda a las necesidades de salud locales en un entorno dinámico. De allí la importancia de la educación interprofesional como estrategia para fortalecer la capacidad de los recursos humanos para la salud, mejorar los resultados de salud y, en última instancia, fortalecer los sistemas de salud.

La OPS/OMS elaboró una estrategia regional sobre recursos humanos para la salud en el marco de la *Estrategia mundial de recursos humanos para la salud: personal sanitario 2030 (1).* De acuerdo con la OMS, la adopción generalizada de un modelo de educación interprofesional es una necesidad urgente, por lo cual recomienda que las instituciones educativas adapten sus organigramas y modalidades docentes para promover la educación interprofesional y la práctica colaborativa.

1. La finalidad de esta reunión de tres días fue convocar a representantes de ministerios de salud, ministerios de educación, asociaciones de profesionales e instituciones académicas de los países de América Latina y el Caribe para:
2. Solicitar aportaciones y estimular el debate sobre el fundamento, el marco y las bases de la EIP.
3. Compartir experiencias de los diferentes países con la educación interprofesional y la práctica colaborativa.
4. Identificar los desafíos y las barreras para la EIP y los aspectos facilitadores existentes a nivel de educación, práctica y política.
5. Formar un grupo técnico con los participantes interesados del evento que será responsable de llevar a cabo las actividades propuestas para extender la EIP en América Latina y el Caribe.

Este evento reunió a un grupo de expertos que incluyó especialistas en educación de salud, académicos de alto nivel y personas responsables de la gobernanza de instituciones educativas, responsables de la formulación de políticas, funcionarios de gobierno, y expertos en sistemas de salud, salud internacional, y salud y educación. La combinación de diferentes instituciones, disciplinas y formación profesional facilitó el debate entre los participantes sobre los aspectos esenciales de la EIP, tales como:

1. La situación actual de la educación de salud y la función de la EIP en la transformación y el avance de la educación y la capacitación de los profesionales de la salud.
2. El significado, las estrategias y los enfoques de la EIP dentro del contexto institucional.
3. Las oportunidades, retos, barreras y factores que facilitan el desarrollo y la implementación del currículo sobre la EIP.
4. Las oportunidades y retos para el desarrollo docente interprofesional dentro del contexto institucional.



5. Enfoques de la educación interprofesional y práctica colaborativa desde diferentes perspectivas internacionales.
6. Modelos de manejo de equipos de salud interprofesionales y enseñanzas extraídas de su aplicación.
7. Repercusión de la reglamentación de las profesiones de salud en el contexto de la colaboración interprofesional.
8. Desarrollo y aplicación de la EIP en América Latina y el Caribe.
9. Asociaciones potenciales entre los países y dentro de ellos para desarrollar y aplicar la EIP.
10. Viabilidad e impacto de la EIP en la educación y la práctica, y oportunidades para formar la fuerza laboral de atención de salud del futuro.

Los resultados de la reunión fueron muy positivos, y los participantes se mostraron deseosos de colaborar y alcanzar los objetivos. La finalidad de este informe es dar a conocer los debates que tuvieron lugar en la reunión y las recomendaciones resultantes, y prestar apoyo a la puesta en práctica constante de los programas y políticas de EIP en América Latina y el Caribe.

DAY 1: PRESENTACIONES



Día 1: Presentaciones

La reunión comenzó con los comentarios de bienvenida y de introducción que establecieron el contexto para los debates. Las presentaciones del primer día se centraron en el fundamento, el marco y las bases de la EIP; la formación de docentes interprofesionales; el diseño y la aplicación de planes de estudios de EIP, y la transformación y expansión de la formación y capacitación de los profesionales de la salud. Las presentaciones estuvieron seguidas de exposiciones y debates de grupos de trabajo. La reunión fue facilitada por Silvia Cassiani, Asesora Regional de Enfermería y Técnicos en Salud, OPS/OMS; Sabrina Mikael, Consultora Internacional en Recursos Humanos para la Salud, OPS/OMS; Brenda Zierler, Directora de Investigación y Capacitación del Centro de Educación Interprofesional de Ciencias de la Salud, Investigación y Práctica, Universidad de Washington, y Mayumi Willgerodt, Profesora de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Washington.

Sesión de apertura

Dr. James Fitzgerald, Director del Departamento de Sistemas y Servicios de Salud, OPS/OMS
Dra. Laura Ramírez, Consultora Nacional de Sistemas y Servicios de Salud, OPS/OMS Colombia
Dra. Silvia Cassiani, Asesora Regional de Enfermería y Técnicos en Salud, OPS/OMS

El doctor Fitzgerald saludó a los participantes y les agradeció su asistencia a la conferencia. Señaló que la reunión fue el resultado de un largo proceso que emprendió la OPS/OMS en los últimos años para encontrar soluciones que nos conduzcan hacia la salud universal en las Américas. Según el doctor Fitzgerald, el movimiento hacia la salud universal en la Región de las Américas comenzó en el 2013 con los esfuerzos para comprender el significado de una cobertura universal de salud.

Como parte de estos esfuerzos se realizaron consultas con unos 1.500 expertos, profesionales de la salud, y funcionarios de gobierno de los ministerios de salud y educación. Se llegó a la conclusión de que, en la Región de las Américas, debería subrayarse el concepto de cobertura a través del derecho a la salud y desde la perspectiva de la equidad y la solidaridad, que están claramente presentes en la Región. Aunque los países han comprendido que la cobertura es importante, sus mecanismos para garantizar el acceso y la financiación de servicios son insuficientes. Por consiguiente, se acordó que los países de las Américas necesitarían concentrarse en mejorar el acceso a servicios de salud equitativos, integrales y de calidad, que conducen a la adopción de la *Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud (2)*.

Desde la adopción de la estrategia se lograron importantes adelantos y mejoras en la reforma de sistemas de salud y en el acceso equitativo a servicios de salud. Sin embargo, una de las principales barreras a este movimiento progresivo en todos los países es la *disponibilidad* de recursos humanos capacitados para trabajar en el contexto de los modelos y las necesidades de atención de salud del país.

Esta disponibilidad está relacionada con recursos humanos adecuados y capacitados que se están formando para lograr y proporcionar una salud universal: médicos, enfermeras, farmacéuticos, profesionales técnicos, técnicos de laboratorio y administradores, todos ellos necesarios para asegurar que los sistemas de salud tengan la capacidad para avanzar hacia la salud universal.

Los conceptos de normas de salud no se basan exclusivamente en los servicios, sino en el conjunto de decisiones, personas y entidades que conforman los servicios y el bienestar de las personas. Esto incluye la promoción, la prevención, el diagnóstico y el tratamiento, y la planificación de redes de servicios centrados en los seres humanos e integrados en las comunidades.

Para una atención integral se requiere más que un doctor, una enfermera y un farmacéutico. Es necesario que los equipos de salud trabajen y colaboren para garantizar el acceso a servicios equitativos y de alta calidad. Por lo tanto, es menester compartir las experiencias recogidas en distintos países para sustentar la definición de mejores prácticas en la EIP y el futuro de la formación de los profesionales de la salud en la Región.

La doctora Laura Ramírez destacó la importancia de la reunión porque contribuirá a crear sistemas de salud más resilientes por medio de la EIP, ya que es una herramienta poderosa para dotar a los equipos locales de salud de las competencias requeridas por los modelos de atención integral que se están desarrollando en varios países de la Región. La doctora Silvia Cassiani saludó a los participantes, agradeció a los organizadores y presentó un breve panorama de las actividades del día.

Introducción

Dra. Azita Emami, Directora de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Washington (UWSON)

La doctora Azita Emami pronunció un discurso de bienvenida en el que validó la definición de EIP de la OMS como un enfoque de enseñanza y aprendizaje que reúne a estudiantes de dos o más profesiones para aprender sobre sus profesiones juntos, con el fin de mejorar la colaboración y la calidad del cuidado. La Universidad de Washington ha sido durante mucho tiempo un adalid de la EIP y, con el transcurso de los años, desarrolló valiosos recursos didácticos y pericia. Aunque cada organización puede definir la EIP de manera ligeramente diferente, todos tenemos la misma visión general y el compromiso de mejorar los resultados en materia de salud; existen muchos modelos de atención de salud sobresalientes en todo el mundo y en América Latina, en los que podemos informarnos sobre las mejores prácticas en EIP.

Las enfermeras son fundamentales en la EIP porque su papel es esencial para la atención al paciente. Las enfermeras avanzan en su educación y capacitación mediante la investigación y son líderes en la prestación de servicios de salud. En el 2015, la Escuela de Enfermería de la Universidad de Washington matriculó a más de 600 estudiantes a los niveles de pregrado y posgrado y otorgó 60 títulos de doctorado. Se considera una de las principales escuelas de enfermería con investigación intensiva en los Estados Unidos y ha demostrado un interés cada vez mayor en la salud mundial. Esto se debe, en parte, al énfasis que pone en la EIP y a la colaboración en la investigación interdisciplinaria. Además, los directivos de la universidad —en particular su presidente, Ana Mari Cauce— contrajeron un compromiso explícito con la salud de la población y la equidad en salud.

Si bien tomará mucho tiempo lograr la equidad en salud, la evidencia indica que nos estamos moviendo en la dirección correcta. Una buena prestación de servicios de salud interdisciplinarios en la comunidad es parte de estos logros. La EIP fortalece la capacidad de los profesionales para trabajar más eficazmente en conjunto, como socios igualitarios con una visión compartida, respeto mutuo y un compromiso sólido con una atención de salud accesible, asequible y de alta calidad. Si contraemos un compromiso con la EIP, podremos obtener mejores resultados en materia de salud con costos más bajos y tener un mayor impacto en el bienestar, en las enfermedades y en su prevención. La práctica clínica, la educación y la investigación interprofesional nos permiten preparar la próxima generación de equipos de profesionales de la salud.

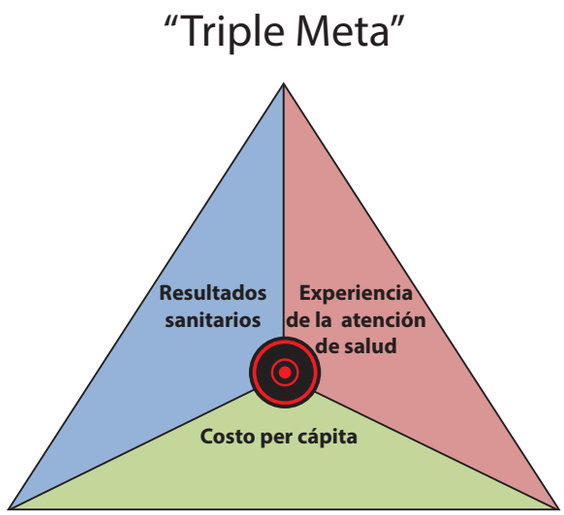
Fundamento de la educación interprofesional

Dr. Malcolm Cox, Profesor Adjunto de Medicina de la Universidad de Pennsylvania, Copresidente del Global Forum on Innovation in Health Professions Education, Academias Nacionales de Ciencias, Ingeniería y Medicina de Estados Unidos

Objetivo 1: Definir y describir la EIP y su relación con la atención de salud colaborativa basada en el trabajo de equipo
Objetivo 2: Examinar los datos científicos sobre la eficacia de la EIP en la mejora de los resultados de salud de los pacientes y de la población en general

La presentación del doctor Cox se centró en identificar y describir los elementos teóricos y prácticos esenciales de la EIP. Comenzó refiriéndose a la importancia de la visión cuando se piensa en la transformación de la atención y los cambios en instituciones y ministerios de educación. Sin la visión correcta uno no puede alcanzar su meta. La visión tiene que ver con el bienestar de las personas, las comunidades y las poblaciones, y puede medirse en el contexto de la triple meta: resultados de salud, la experiencia de la atención de salud y el costo per cápita. Pero ahora nos referimos a la meta cuádruple, que agrega las experiencias de los profesionales que prestan servicios de atención de salud.

Figura 1 – Objetivo Triple



Adaptado de Dr. Donald Berwick y colegas.

La visión y la estrategia son importantes para lograr la meta cuádruple. Esto incluye la convergencia de la educación con las necesidades individuales y de la población, para lo cual es necesario alinear las estructuras respectivas, transformando la fuerza laboral clínica —no solo en relación con generaciones futuras sino también con la fuerza laboral actual— y mejorar los ambientes de aprendizaje en entornos clínicos. Para ello, será menester contar con un sentido renovado del profesionalismo, la continuidad de relaciones significativas y la colaboración profesional.

Los requisitos para la EIP son:

1. ***Cultura y liderazgo:*** Es tarea de los directivos promover la colaboración y resolver la incertidumbre.

2. ***Modalidades y dominios del aprendizaje:*** El enfoque tradicional es "pensar a mi manera en una nueva forma de actuar": obtener conocimientos, compilarlos, y luego actuar. Pero otra manera de aprender, más importante, es "actuar a mi manera en una nueva forma de pensar", donde uno actúa y aprende al hacerlo. Esto es fundamental porque el ambiente que debe construirse está en el lugar de trabajo, no exclusivamente en el aula. Las personas de diferentes campos de especialización deben aprender mutuamente de los otros y trabajar con los demás. Por otra parte, el aprendizaje en el lugar de trabajo debe ser distributivo; el liderazgo del equipo debe estar determinado por el problema que se tiene que resolver, no por la jerarquía. Los dominios del aprendizaje —instrucción formal, aprendizaje en el lugar de trabajo y práctica reflexiva— agregan complejidad. Es necesario combinar estos dominios para alcanzar la meta.



3. ***Armonización de los sistemas:*** Se requiere un compromiso decidido e integral entre el sistema de educación y el sistema de prestación de servicios de salud para evaluar el impacto de las intervenciones de la EIP.

4. ***Modelos conceptuales:*** Es necesario contar con modelos conceptuales integrales y basados en sistemas que ofrezcan una taxonomía y un marco uniformes para fortalecer la base de evidencia que conecta con la EIP, así como resultados en materia de aprendizaje y de salud. La evidencia relacionada con los resultados del aprendizaje debe ir más allá de las actitudes y la satisfacción, y centrarse en el cambio y los resultados de los sistemas de salud. El *Modelo de aprendizaje continuo interprofesional* del Instituto de Medicina (IOM) de Estados Unidos incorpora toda la gama del aprendizaje *(3)*.

5. ***Relación costo-beneficio:*** Los datos existentes respaldan los resultados de aprendizaje positivos y se enfocan en resultados a corto plazo. La bibliografía existente tiene carencias, como deficiencias metodológicas significativas y pruebas limitadas para medir resultados de mayor nivel, como aquellos que incluyen comportamientos, beneficios para la población y sistemas. Es necesario centrarse en aportar más evidencia e investigación en estas áreas de deficiencias.

Marco para la educación interprofesional y la práctica colaborativa a nivel nacional, regional y mundial

Dr. John Gilbert, Profesor Emérito de la Universidad de British Columbia; Profesor Adjunto de la Universidad de Dalhousie y Presidente Fundador de Canadian Interprofessional Health Collaborative (CIHC)

Objetivo 1: Debatir de qué forma la EIP puede ser ser formulada para producir una fuerza de trabajo mundial de salud preparada para la práctica colaborativa y para enfrentar las barreras relacionadas con la política que afectan a la EIP
Objetivo 2: Describir el marco de acción de la OMS en el ámbito de la educación interprofesional y de la práctica colaborativa, dando ejemplos de dónde se ha implementado y debatir la manera en que las políticas pueden generar obstáculos que afectan la EIP

El doctor Gilbert organizó su presentación con base en ocho marcos para el éxito de la educación interprofesional y la práctica colaborativa. Existe un conjunto de principios comunes para una colaboración exitosa en torno a los cuales debemos desarrollar una EIP que facilite la práctica colaborativa centrada en el paciente. Los principios son:

1. Planes de trabajo claros con metas cuantificables.

2. Plan de evaluación: debe haber una noción clara de cómo medir los resultados eficazmente para justificar el trabajo. Además, debe evaluarse el rendimiento de la inversión en las iniciativas de colaboración.

3. Financiamiento equitativo y sujeto a rendición de cuentas: el financiamiento debe ser equitativo en todas de las profesiones. De lo contrario, variará el nivel de participación de las profesiones, lo que repercutirá gravemente en su capacidad para colaborar.

4. Compromiso explícito con la colaboración de todas las partes.

5. Espacio físico y apoyo administrativo a la EIP.

A continuación se presenta el esquema de una estrategia para el éxito:

1. Crear una estrategia de fuerza laboral a nivel de gobierno, institucional y de organización mediante la promoción de la EIP.
2. Buscar asociaciones innovadoras.
3. Generar nuevos conocimientos, intercambios y aplicaciones de EIP en todas las jurisdicciones y divulgar estos elementos por medio de diferentes mecanismos.
4. Compartir la responsabilidad respecto de la EIP en todos los profesionales y entidades.

Además, a nivel institucional, existen elementos de trabajo culturales y ambientales y mecanismos de apoyo institucionales que son fundamentales al ejecutar proyectos colaborativos. Los elementos de trabajo culturales incluyen estrategias de comunicación, resolución de conflictos y toma de decisiones compartidas eficaces, en tanto que los ejemplos de elementos ambientales son el espacio físico y los entornos edificados. Los modelos de gobernanza, los protocolos estructurados, los recursos operativos compartidos, las políticas de personal y el apoyo gerencial son mecanismos de apoyo institucional importantes para el éxito a largo plazo.

Los procedimientos identificados para ayudar a alcanzar los objetivos de la EIP están facilitando las conexiones entre los interesados directos y fomentando relaciones, enfocando la labor hacia los grupos apropiados y pertinentes, estableciendo redes para apoyar la investigación multicéntrica, y utilizando los marcos, en particular los marcos de competencias, para orientar la construcción de estructuras de colaboración interprofesional. Se alienta también la creación de redes sociales activas que se ajusten a la manera en que se comunican los estudiantes contemporáneos y el apoyo a organizaciones manejadas por estudiantes.

La práctica interprofesional y la política correspondiente también deben incluir asociados en la práctica. Es importante promover el compromiso de la comunidad profesional y que se le recompense por su práctica colaborativa. Debe priorizarse una amplia gama de actividades interprofesionales para apoyar los diferentes intereses. Debe ponerse en marcha un plan de acción claro para la práctica colaborativa con miras a una sostenibilidad a largo plazo, y deben seleccionarse “hogares” de manera deliberada e intencional para los programas colaborativos, como modelos de lugares propicios para la práctica colaborativa interprofesional.

Para lograr estos objetivos, se debe adoptar y generar un consenso en torno a una definición mundial de la EIP, un conjunto común de principios y un conjunto esencial de competencias para sostener un modelo mental compartido de práctica colaborativa. Además, se debe fomentar un programa sólido de investigación y la EIP y la práctica colaborativa deben incorporarse a los programas de acreditación. También deberán considerarse temas curriculares (contenido del programa, asistencia, métodos de aprendizaje) y asuntos relativos a los educadores (desarrollo del cuerpo docente y líderes) para que la EIP sea implementada exitosamente.

El doctor Gilbert concluyó su presentación afirmando que, de ahora en adelante, los gobiernos deben reconocer la importancia y respaldar la aplicación de políticas significativas de EIP; debe haber ofertas y proyectos de EIP en el lugar de trabajo; deben apoyarse iniciativas para mejorar la calidad que se enfoquen

en fortalecer la EIP y la práctica colaborativa, y los estudiantes y profesionales deben compartir y asesorarse mutuamente en lo que respecta a la EIP y la práctica colaborativa interprofesional. Además, es preciso seguir apoyando el desarrollo de liderazgo interprofesional, la comunicación interprofesional, la seguridad del paciente y la prestación de servicios de salud.

Bases de la educación interprofesional: características, recursos y compromisos individuales e institucionales que brindan apoyo al trabajo en equipo

Dra. Mayumi Willgerodt, Profesora, Departamento de Familia y Lactancia, Escuela de Enfermería de la Universidad de Washington

Objetivo 1: Debatir los recursos y las estrategias institucionales que se necesitan para brindar apoyo a la aplicación, el desarrollo y la evaluación de la EIP
Objetivo 2: Determinar las barreras individuales, institucionales y de política que deben superarse para mantener las iniciativas de EIP

Durante su exposición, la doctora Willgerodt identificó estrategias y recursos institucionales concretos para aplicar exitosamente la EIP, así como mecanismos facilitadores y barreras, basándose en su experiencia como docente en la Universidad de Washington. Una EIP exitosa comienza con una visión común y el



compromiso y reconocimiento de los principales interesados directos. Las características institucionales (y los recursos concomitantes) necesarios para una EIP exitosa son, entre otros:

- un claro compromiso de los líderes
- un órgano centralizado que organice y coordine, o una sede administrativa para la EIP
- apoyo al desarrollo del cuerpo docente
- reconocimiento de la carga de trabajo que requiere la EIP, y
- flexibilidad organizativa.

A nivel individual, el personal docente debe comprender claramente qué es y qué no es la EIP; comprometerse con abogar por la EIP; ser auténtico en los esfuerzos de apoyo a la EIP y de conexión de la EIP a una práctica significativa, y ser flexible y estar dispuesto a trabajar de manera equitativa desde distintas profesiones.

Las estrategias para superar las barreras comunes que se erigen contra la EIP son, entre otras:

- alinear los planes de estudios con las competencias de la EIP
- utilizar tecnología, en particular para las profesiones que no se encuentran en el mismo lugar
- integrar la EIP en el plan de estudios existente en vez de elaborar nuevos currículos
- apoyar las iniciativas de colaboración interprofesional dirigidas por estudiantes y otras partes.

Para que los esfuerzos en pro de la EIP tengan éxito y se mantengan, inicialmente deben realizarse dentro del clima y la cultura de la institución e introducir los cambios lentamente. Las metas de la EIP deben converger con las metas institucionales, y los adalides deberán invitar a líderes formales e informales a promover la causa de la EIP. La doctora Willgerodt subrayó la importancia de incorporar métodos de evaluación rigurosos para demostrar el valor de la EIP en cuanto al apoyo que brinda a la colaboración interprofesional. Además, alentó a las personas que están desarrollando la EIP a que den a conocer sus éxitos para concientizar a todos los sectores acerca de la educación interprofesional y la práctica colaborativa.

Capacitación docente para la educación interprofesional

Dra. Brenda Zierler, Profesora del Departamento de Enfermería Bioconductual e Informática de la Salud, Escuela de Enfermería de la Universidad de Washington; Directora de Investigación y Capacitación del Centro de Educación Interprofesional de Ciencias de la Salud, Investigación y Práctica, Universidad de Washington

Objetivo 1: Determinar y analizar cuáles son las aptitudes necesarias para la enseñanza en un entorno de EIP, así como las barreras individuales e institucionales que afectan la EIP
Objetivo 2: Debatir los enfoques adoptados para preparar a docentes de las diferentes áreas de la salud y a profesionales clínicos que han adoptado la práctica colaborativa para liderar las iniciativas de la EIP y promover la atención interprofesional basada en el trabajo en equipo

La doctora Zierler explicó por qué es necesario formar docentes para que faciliten la aplicación de la EIP. Dio varios ejemplos: los docentes inician actividades propias de la EIP sin estar debidamente preparados, sin

conocer el alcance de la práctica ni de otras profesiones (diferentes a las suyas) y tienen una comprensión conceptual muy limitada de las competencias básicas de la EIP. Cuando los docentes no están debidamente preparados, pierden oportunidades de enseñar. Además, si la única interacción con el profesorado antes de una actividad de EIP es una instrucción "justo a tiempo" (una hora antes del evento), la capacitación se centra normalmente en la logística de la actividad y no en el contenido ni en el fundamento de la capacitación.

Los problemas de facilitación identificados fueron temas culturales, falta de comprensión de los requisitos de aprendizaje profesional (fuera de su propia formación), y saber cuándo intervenir con los estudiantes para conducir el aprendizaje interprofesional en lugar de permitirles que ellos dirijan su propio aprendizaje. Facilitar la interacción de equipos interprofesionales de estudiantes es diferente de una situación donde son todos de la misma profesión, y para ello se requiere una capacitación específica.

Las aptitudes necesarias relacionadas con la facilitación incluyen la capacidad de manejar la tensión y de resolver conflictos en las comunicaciones entre estudiantes y docentes. Además, para que la facilitación sea significativa, los casos empleados en los debates deben ser realistas y pertinentes para todos los estudiantes de profesiones de salud invitados. La razón por la que se debe comenzar con la formación de docentes es para evitar estereotipos relacionados con funciones profesionales, demografía y diferencias culturales que afectan a las profesiones dentro del ámbito de la salud. Se presentó un ejemplo de una estrategia usando un juego llamado Pictionary, en el que los miembros del grupo dibujan profesionales con base en una descripción del lugar donde trabajan, la duración de su programa de formación y el alcance de su práctica. Los dibujos de profesionales de áreas de salud ilustran gráficamente los sesgos y los estereotipos.



Se esbozaron principios de diseño de programas de formación de docentes que incluían: integración de esfuerzos en el trabajo real en el que participan los docentes, empleando un aprendizaje activo, dedicando tiempo a establecer relaciones, realizando un seguimiento de algunos resultados significativos, alineando incentivos y celebrando éxitos a la vez que se aprende de los fracasos. Los enfoques utilizados incluían talleres basados en casos, rondas hospitalarias de visita a los pacientes basadas en la labor de equipo, ejercicios de formación de equipos, asesoramiento y tutoría entre compañeros, aprendizaje en Internet, programas de capacitación longitudinal, y creación de comunidades en la práctica. La doctora Zierler llegó a la conclusión de que la formación de docentes para dirigir la EIP consta de tres fases:

- Fase 1: Fomentar la participación de los docentes.
- Fase 2: Capacitar a los docentes para facilitar el aprendizaje interprofesional. Y
- Fase 3: Brindar tutoría en liderazgo de la EIP.

Diseño e implementación de un currículo para la educación interprofesional

Dr. Malcolm Cox, Profesor Adjunto de Medicina de la Universidad de Pennsylvania, Copresidente del Global Forum on Innovation in Health Professions Education, Academias Nacionales de Ciencias, Ingeniería y Medicina de Estados Unidos
Dar. Brenda Zierler, Profesora del Departamento de Enfermería Bioconductual e Informática de la Salud de la Escuela de Enfermería, Universidad de Washington; Directora de Investigación y Capacitación del Centro de Educación Interprofesional de Ciencias de la Salud, Investigación y Práctica, Universidad de Washington

Objetivo 1: Examinar un modelo conceptual de EIP que abarque el proceso continuo comprendido desde la formación hasta el ejercicio profesional
Objetivo 2: Debatir un marco conceptual para la EIP en el que se describe la intersección entre la EIP y la educación básica, la educación de grado y de posgrado, y los programas de desarrollo profesional continuo

Se alentó a los participantes a que aprendieran de los demás y no “reinventasen la rueda”. La EIP ha existido durante más de 50 años en Estados Unidos y en otros países, y se sabe mucho de lo que funciona y de lo que no sirve. Los principios básicos de la EIP indican que los planes de estudios deben crearse en forma conjunta por las profesiones que reciben la capacitación. Además, debe alentarse a los docentes a que presenten únicamente casos auténticos y pertinentes, casos reales extraídos de su sistema hospitalario que pongan de manifiesto aspectos de seguridad o calidad relacionados con el trabajo en equipo. Las competencias de la EIP están vinculadas a la práctica colaborativa interprofesional y no debe tratarse de “la EIP por la EIP”. La finalidad de esta afirmación era asegurarse de que los participantes aborden el verdadero tema: cómo funcionan los equipos de atención de salud en la práctica.

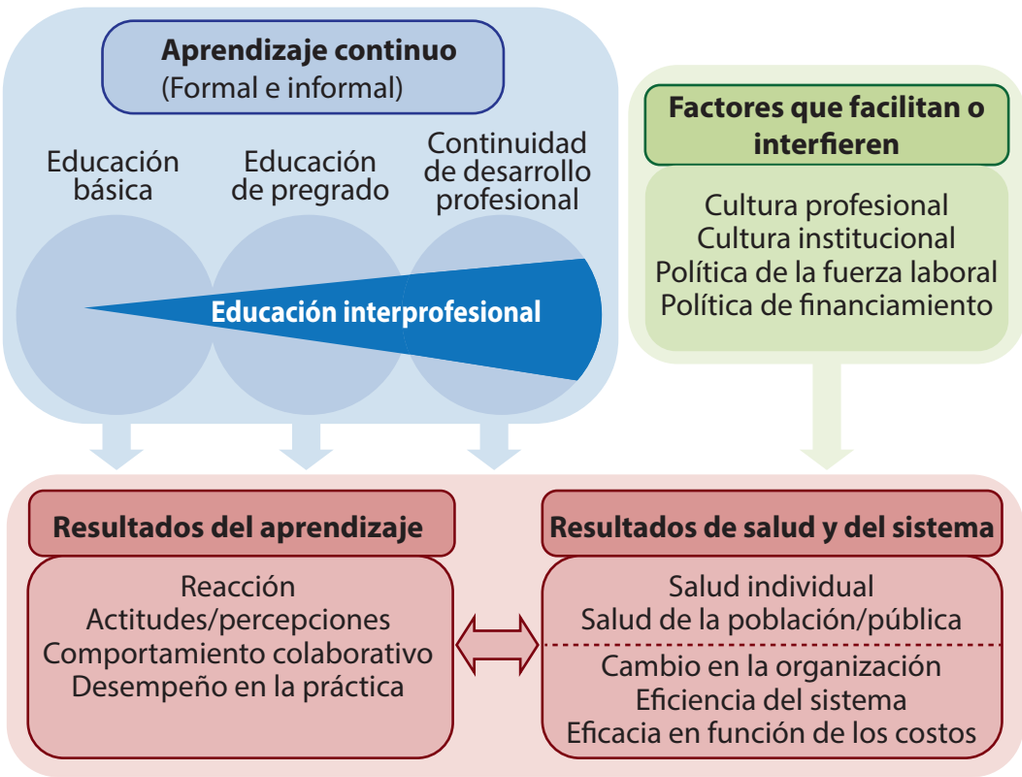
Los tres interrogantes (“quién”, “qué” y “cuándo”) para elaborar planes de estudios o eventos, además de “cómo” y elementos de mapeo, son:

- Quién: Equipo de redacción de casos integrado por docentes representativos para realizar actividades de creación conjunta.
- Qué: Curso, actividad, módulo o evento de EIP.

- Cuándo: Logística y programación, niveles de estudiantes/alumnos.
- Cómo: Presencial, en línea, clínicas conjuntas o en la comunidad.
- Mapeo de dominios de competencias de la EIP para identificar los resultados del aprendizaje.

Se necesita un marco conceptual para guiar la elaboración y evaluar los planes de estudios de la EIP. Para ese fin se presentó el *Modelo de aprendizaje continuo interprofesional* del Instituto de Medicina (figura 2). Se destacó el aprendizaje continuo, se mencionaron posibles resultados del aprendizaje, y se identificaron factores que pueden facilitar o interferir (por ejemplo, la cultura profesional) y posibles resultados de salud y del sistema relacionados con la práctica colaborativa interprofesional.

Figura 2 - Modelo de aprendizaje continuo interprofesional



Nota: Reimpreso con el permiso de la Academia Nacional de Ciencias, cortesía de National Academies Press (3).

Se reiteró y se subrayó la importancia de contar con un marco conceptual para conducir el trabajo que debe realizarse y evaluarse. Se presentaron algunos ejemplos de capacitación en la práctica empleando centros de atención primaria de excelencia, que existen en cinco centros médicos de la Administración de Veteranos de Guerra de Estados Unidos, para demostrar la práctica colaborativa interprofesional. Se invitó a los participantes a que examinaran este modelo y verificaran si podrían identificar el nivel del alumno, formal e informalmente, así como los resultados del aprendizaje y los resultados de salud y del sistema.

Se ofrecieron recursos y se proporcionaron enlaces con el United States National Center for Interprofessional Practice and Education *(Centro Nacional de Estados Unidos para la Práctica y la Educación Interprofesional)* (http://nexus.org/), seguidos de sugerencias de las trampas que hay que evitar, como desigualdades en la carga de trabajo y el apoyo a los docentes, la compartimentalización de la EIP, casos no auténticos, uso de jerga exclusiva o específica de una profesión, propiedad intelectual, becas a los equipos y la necesidad de contar con docentes capacitados específicamente como facilitadores interprofesionales.

Transformación y expansión de la formación y la capacitación de los profesionales de la salud

Dra. Erica Wheeler, Asesora de Recursos Humanos para la Salud, Coordinación Subregional de Programas de la OPS, Barbados

Objetivo 1: Definir brevemente el estado actual de la formación en el ámbito de la salud a nivel mundial y presentar detalles específicos de la Región de las Américas
Objetivo 2: Debatir la visión de la educación transformativa y las recomendaciones para transformar y expandir la formación y la capacitación de los profesionales de la salud

La doctora Erica Wheeler describió el contexto en el que se insertan las recomendaciones de política de la OMS sobre la educación transformadora a nivel mundial. El llamado a que se expanda la educación de profesionales de la salud tuvo lugar en el 2006, pero no fue sino hasta el 2013 que se adoptó una resolución formal (resolución WHA66.23) *(4)* mediante la cual se recomendaba transformar la formación del personal de salud para apoyar la cobertura universal de salud.

Si se ha de transformar la fuerza laboral, se debe considerar la cantidad de personas que se matricularán y formarán parte de un grupo del cual surgirán los futuros trabajadores de la salud, los determinantes sociales de la salud y la manera en que interactúan con la fuerza laboral de atención de salud, y aprovechar la tecnología para apoyar y habilitar a la fuerza laboral de atención de salud, todo lo cual contribuye a fortalecer el sistema de salud. La transformación y la expansión de la formación y capacitación de profesionales de la salud requieren un aumento de la cantidad, calidad y pertinencia de esos profesionales para satisfacer las necesidades de salud de la población y mejorar los resultados en la salud de la ciudadanía.

Existen cuestiones esenciales de política en torno a lo siguiente:

- gobernanza y planificación;
- financiamiento y sostenibilidad;
- instituciones de educación y capacitación;
- planificación, ejecución y evaluación, y
- acreditación y reglamentación.

Entre las recomendaciones específicas para la educación transformadora figuran:

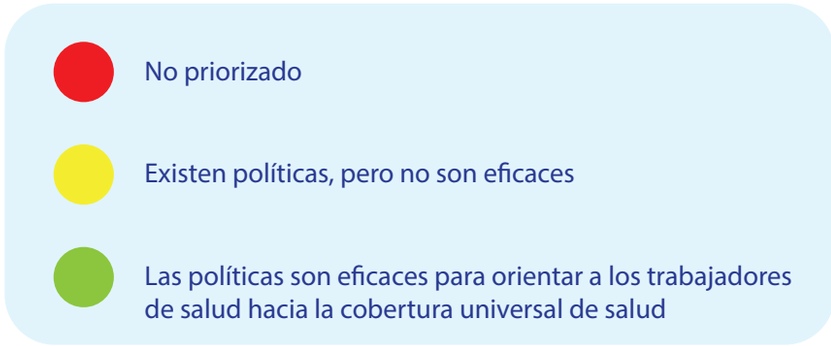
- desarrollo de docentes (tres recomendaciones en este ámbito debido a su importancia);
- elaboración de planes de estudios;
- métodos de simulación;
- entrada directa de los graduados;
- procedimientos de admisión;
- racionalización de trayectorias y programas educativos escalonados;
- educación interprofesional;
- acreditación, y
- desarrollo continuo de los profesionales de la salud.

Se describió el proceso para establecer los principales temas que se deben considerar en la evaluación de la educación transformadora. Las múltiples conversaciones con los interesados directos clave permitieron establecer ámbitos definidos de medición para evaluar la educación transformadora. Las siguientes seis áreas se caracterizan por la cantidad, la calidad, la pertinencia y la sostenibilidad y son fundamentales para evaluar el avance hacia la educación transformadora:

- plan de estudios y comunidad,
- selección de estudiantes,
- carrera y retención,
- formación de docentes,
- aprendizaje durante toda la vida,
- gobernanza y planificación.

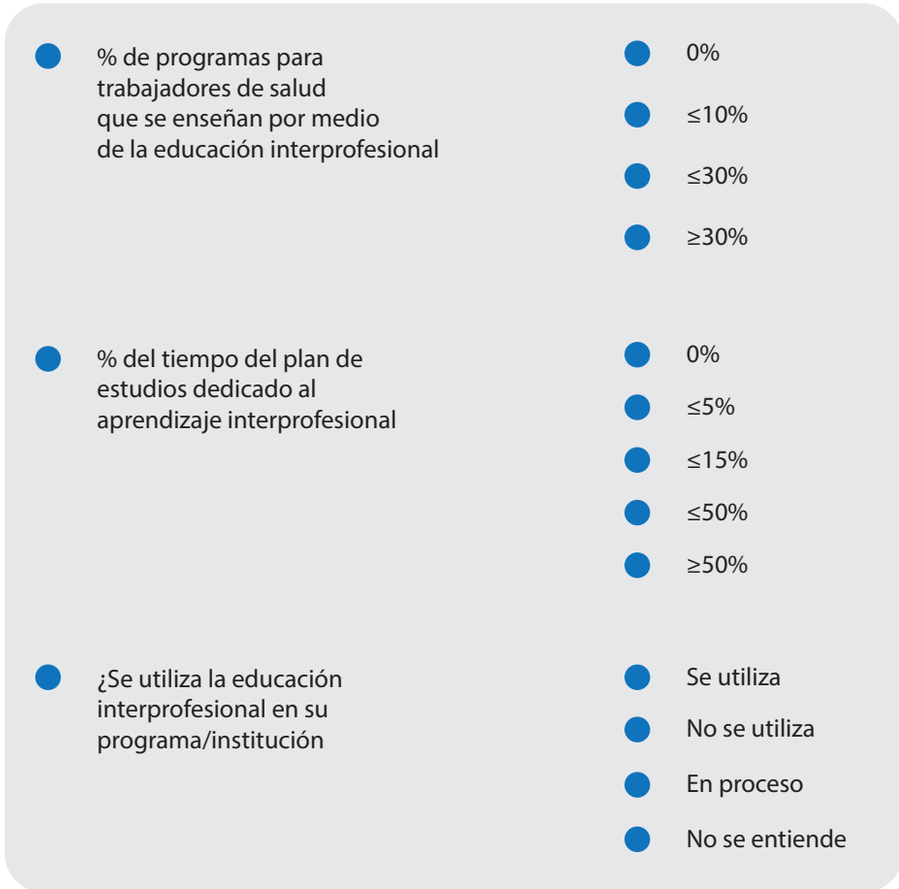
La utilización de tecnología es otro aspecto importante para determinar si existe o no acceso suficiente a plataformas de aprendizaje. Dentro de las seis áreas mencionadas, se identificaron temas comunes que forman la base para delinear elementos específicos de medición. Se mide el progreso usando los colores del semáforo (rojo, amarillo, verde). A continuación se presenta un ejemplo de un indicador a nivel de las políticas.

Figura 3. Indicador a nivel de las políticas: un entorno de políticas nacionales y locales que prioriza y produce un número suficiente de trabajadores de la salud para instaurar la cobertura universal de salud (el umbral de la OMS es de 2,28 trabajadores por 1.000 habitantes)



A continuación, se presenta un ejemplo de un indicador a nivel de la institución:

Figura 4. Indicador a nivel de la institución



DÍA 2: PRESENTACIONES



Día 2: Presentaciones

Las presentaciones del segundo día se enfocaron en las experiencias de los países con la EIP, la reglamentación de la práctica de los profesionales de la salud, las implicaciones para la práctica colaborativa interprofesional y el manejo de equipos de salud interprofesionales. Las presentaciones estuvieron seguidas de exposiciones y debates de grupos de trabajo.

Argentina: Educación interprofesional y práctica colaborativa

Larisa Carrera, Directora, Escuela de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional del Litoral

Objetivo 1: Analizar el estado y las políticas actuales que apoyan u obstaculizan a la EIP en Argentina
Objetivo 2: Describir las enseñanzas positivas y negativas que se han extraído del establecimiento de la EIP y la práctica colaborativa en Argentina

La doctora Larisa Carrera presentó experiencias prácticas con la EIP, así como sus aspectos positivos y negativos. Comentó la Resolución 1314/07 de Argentina, que se refiere a las normas de acreditación de carreras médicas del Ministerio de Educación, y rige las actividades de la Comisión Nacional de Evaluación y Acreditación Universitaria. Destacó la importancia de esa resolución y la manera en que se relaciona con el desarrollo de competencias para los médicos actuales y las oportunidades futuras de integrar las competencias de la EIP en la práctica.

Desde 2007, las normas de acreditación de carreras médicas se han enfocado al desarrollo de competencias. Dentro de sus recomendaciones, la Resolución 1314/07 establece la realización de actividades prácticas en hospitales y en otros entornos. Estas prácticas son congruentes con el perfil de los médicos que se necesitan en Argentina, los médicos orientados a la estrategia de la atención primaria de salud, y desde el año 1999 fueron acordadas entre todas las facultades de medicina por medio de una resolución anterior.

Entre otras competencias, se espera que los médicos atiendan dos dimensiones: la valoración de las aptitudes y competencias de otras profesiones de salud y la actuación como parte de un equipo. También se espera la intervención de otros profesionales de la salud, a fin de decidir el diagnóstico y el tratamiento adecuados mediante un enfoque interdisciplinario.

Entre las recomendaciones, un aspecto clave es el desarrollo de prácticas preprofesionales integradas con otros profesionales de la salud. Por lo tanto, las resoluciones del país promueven la educación interprofesional, y el proceso de acreditación es una oportunidad interesante para asegurar que la EIP esté centrada en el trabajo de un equipo interprofesional.

En el 2015 se inició un proceso de elaboración de normas para la acreditación de carreras de enfermería. Enfermería y medicina son las únicas dos carreras profesionales que se encuentran actualmente en proceso de acreditación.

La educación interprofesional requiere colaboración de todos los sectores. En la provincia de Santa Fe, esta labor la realiza un comité intersectorial integrado por el departamento de salud de la provincia, dos asociaciones profesionales, dos facultades de medicina y las secretarías de salud de Santa Fe y Rosario, las dos ciudades más importantes por su número de habitantes. El comité intersectorial facilita el desarrollo de la educación experimental y las deliberaciones sobre los retos que se presentan al tratar el tema de la disponibilidad de los recursos humanos para la salud. El proceso de colaboración provocó el deseo de crear espacios donde las personas pueden compartir experiencias.

El Foro Argentino de Facultades y Escuelas de Medicina Públicas organiza congresos anuales donde se debaten estos temas y se crean oportunidades para desarrollar la EIP. Se tratan temas como el perfil de los médicos requeridos de acuerdo con las necesidades del país, tipos de formación de posgrado necesaria, tipos de residencias médicas que deben priorizarse, actividades de extensión y prácticas experimentales universitarias, todos los cuales pueden contribuir a la educación interprofesional y a la creación de equipos de salud colaborativos.

La exigencia de integración y de interacciones entre estudiantes de carreras médicas fue identificada por medio de estos espacios para el debate a fin de que los estudiantes pueden aprender de otras profesiones y respetarlas y conocer las funciones mutuas para abordar problemas de salud. Esta exigencia fue el punto de partida para llevar a cabo actividades de educación interprofesional.

Los pasos siguientes eran identificar las mejores oportunidades dentro del plan de estudios en el cual podría desarrollarse la EIP y reconocer competencias transversales en el equipo de atención de salud. El 50% de



las escuelas de medicina públicas de Argentina incluyen enfoques innovadores curriculares que ofrecen mayor flexibilidad y facilitan la inclusión de la EIP.

Como resultado de este análisis se identificaron los temas comunes a los estudiantes del curso de técnicos de enfermería y de las escuelas de medicina. Los ejemplos incluyen el conocimiento relacionado con los determinantes sociales de la salud y las técnicas para medir los signos vitales, como la presión arterial y la frecuencia cardíaca. Además, al trabajar con la ciudad vecina de Rincón, los agentes de salud y los empleados municipales realizaron prácticas y dividieron los diferentes territorios. Estas prácticas diseñadas en conjunto permitieron a los estudiantes participar juntos en las sesiones de capacitación en la escuela de enfermería, realizar juntos las actividades en la comunidad y reflexionar juntos sobre la práctica.

Aprovechando todos estos espacios en los cuales los estudiantes trabajaban juntos, se condujeron encuestas para entender las barreras y los mecanismos facilitadores encontrados. El reto más común identificado (mencionado por 38,75% de los estudiantes) tenía que ver con los aspectos organizativos de la EIP. El segundo reto más común fue la dificultad de trabajar como parte de un equipo (21%). Los puntos fuertes identificados fueron el trabajo en equipo, la buena coordinación y la disposición de las partes para trabajar juntas (53,45%). Aproximadamente 90% de los estudiantes declararon que se sintieron bien, disfrutaron la actividad y se sintieron útiles. Los estudiantes también informaron que aprendieron a trabajar en equipo (41,44%) y pudieron observar otras realidades profesionales (36,18%).

La conclusión fue que, a pesar de las dificultades, vale la pena probar estas prácticas. Aunque el trabajo intersectorial requiera mucho tiempo y diálogo y muchos días de trabajo, genera experiencias interesantes.



Los procesos administrativos y de organización a menudo impiden la realización de estos tipos de actividades; por esa razón debe prestarse atención a estos temas para que las experiencias puedan ser sostenibles con el transcurso del tiempo.

Un ejemplo de estas actividades fue una simulación de una urgencia médica en la que participaron estudiantes de medicina graduados y de posgrado y estudiantes de enfermería, junto con muchos otros profesionales —técnicos de salas de urgencias, bomberos, oficiales de policía— apoyados por el servicio de urgencias y la secretaría de seguridad de la ciudad. Los estudiantes aprendieron las formas de evacuar a las víctimas, la prestación de atención integral en equipo y los procedimientos para salvar a las víctimas que se encuentran dentro de un automóvil expuesto a cables de alto voltaje. Los bomberos practicaron la evacuación de combustibles (la simulación incluía una situación de derrame de combustibles), utilizando una ambulancia y otros vehículos de rescate.

Este tipo de simulación se lleva a cabo tres veces por año, y los voluntarios también participan como actores. No se asignan fondos especiales; todos los componentes de las actividades son posibles gracias al esfuerzo colectivo de las partes involucradas. Las actividades se filman, y posteriormente se comentan con grupos de estudiantes para analizar qué salió bien y qué pudo haberse hecho mejor.

España: Salud pública y educación interprofesional

Juan José Beunza, Director del Programa de Educación Interprofesional y Práctica Colaborativa de la Facultad de Ciencias Biomédicas y Salud, Universidad Europea

Objetivo 1: Debatir la visión y las metas que deben establecerse al integrar la EIP en el sector de salud pública con el objetivo de abordar los resultados de salud
Objetivo 2: Describir los beneficios y los retos que se generan en el ámbito de la salud pública al adoptar la EIP

El doctor Juan José Beunza comenzó describiendo la situación epidemiológica de España en la cual son cada vez más los pacientes de la tercera edad internados en establecimientos de salud con enfermedades crónicas no transmisibles, lo que repercute en la demanda de sistemas de salud. Además, los profesionales de la salud se están “infoxicando”, intoxicándose con información. Esta situación influyó en la adopción de la hiperespecialización para asimilar toda la información actualmente disponible. Sin embargo, la hiperespecialización es un peligro para los ancianos diagnosticados con polipatología. La hiperespecialización provoca varios errores médicos en hospitales y servicios de todo tamaño en España. En un estudio se reveló que uno de cada diez pacientes hospitalizados en España está sujeto a un error médico, lo cual significa que es mucho más peligroso entrar a un hospital español que viajar en avión.

España ha proporcionado históricamente cobertura universal de atención de salud a su población, tanto a ciudadanos registrados como no registrados. Los tratamientos, los medicamentos y los procedimientos eran gratuitos en España hasta la recesión. Desde el 2012, los extranjeros no registrados ya no reciben atención y ahora se aplica un cargo de 10% por el costo de los medicamentos y un impuesto sobre la renta comprendido entre 40% y 60%. Además, la edad de jubilación es ahora de 67 años en vez de 65.

España tiene aproximadamente 47 millones de habitantes, con 616.232 profesionales de la salud. Los enfermeros (250.139) representan la mayor parte de la fuerza laboral, y la segunda profesión más común es la medicina (213.977). Alrededor de 18% de la población española tiene más de 65 años, en tanto que 45%

de los residentes tienen entre 25 y 54 años. Los datos sobre el estado de la economía de España justifican el impacto potencial de la EIP en una sociedad que necesita acceso a una atención asequible y segura basada en el trabajo de equipo.

En un estudio realizado en España y publicado en 2014 *(5)* sobre el impacto económico de la EIP se concluyó que no se contaba con suficientes datos probatorios para respaldar el supuesto de que la EIP reduce el gasto de inmediato, aunque sí se cree que a largo plazo es beneficiosa *(5)*. El sistema de salud actual está cambiando y, en consecuencia, los profesionales que trabajan en él también tienen que cambiar. En España, la EIP se ve como una prioridad porque se está reformando el sistema de salud y los profesionales no están recibiendo suficiente apoyo para adaptarse a esta nueva situación.

Tradicionalmente, sobre todo en los hospitales grandes, la estructura era muy jerárquica. Los médicos eran la cabeza del servicio, los que daban órdenes, y eran muy felices trabajando como parte de un equipo siempre y cuando se obedecieran sus órdenes. Sin embargo, debido a la necesidad de cambiar el sistema, el trabajo se organiza actualmente como una matriz, especialmente en la asistencia primaria y domiciliaria, en la cual el doctor no es el único que visita el paciente. Ahora participan en la visita enfermeras y psicólogos para que el equipo pueda comunicarse y considerar las contribuciones de cada integrante a la atención del paciente. Las funciones de los profesionales de la salud están cambiando, y estos deben adaptarse a esos cambios.



Un problema que se suscita dentro del sistema de salud español es que los médicos deben participar en cada decisión, pero no se cuenta con financiamiento suficiente para pagar a todos los médicos obligados a atender a los pacientes ancianos, crónicos y polipatológicos. Por consiguiente, se cree que, si se modifica el modelo de autoridad, habrá una corriente más fluida de pacientes en el sistema de salud.

En este sentido, las enfermeras están comenzando a recetar medicamentos. Por ejemplo, una situación en la cual esto sería beneficioso es una epidemia de gripe, porque que las enfermeras pueden atender a un gran volumen de pacientes. Sin embargo, esos intentos han tropezado con una fuerte resistencia de las asociaciones médicas. El sistema de salud español está cambiando, y por ello es importante que los médicos participen encabezando este cambio en lugar de oponerse a él.

Otra iniciativa que se mencionó fue la primera reunión española sobre la EIP, “Primeras Jornadas Nacionales de Educación Interprofesional”, en las cuales 100 representantes de gobierno, universidades y hospitales debatieron sobre las necesidades del sistema de salud, las posibilidades en el sistema educativo y los enfoques para el futuro. Como resultado de esta reunión, se organizó una red interprofesional para proporcionar a todas las personas interesadas un canal mediante el cual pueden comunicarse, aprender unos de otros, y desarrollar una EIP coordinada.

También se trataron los elementos clave para el éxito de un programa de EIP. El primer elemento clave es que el programa deberá basarse en las necesidades del sistema de salud. El segundo elemento es aprender de lo que ya están haciendo los demás. El tercer elemento clave es que el plan sea adaptable a los medios disponibles en las instituciones o los hospitales donde van a llevarse a cabo las actividades; si el plan no es realista, no será sostenible. El cuarto elemento tiene que ver con la identificación de un adalid, un líder



que sea capaz y tenga conocimientos para dirigir el programa. El quinto elemento clave es que, si la EIP ha de ser sostenible, debe integrarse en el plan de estudios. El sexto elemento se refiere a la necesidad de dar pasos pequeños para ejecutar el plan, eliminando lo que no funciona y reforzando lo que sí sirve, en vez de lanzar de inmediato un programa enorme. El séptimo elemento se relaciona con la exposición y la inmersión, es decir, los estudiantes participan en actividades de simulación en un ambiente libre de riesgos que promueve el desarrollo de competencias.

Chile: Educación interprofesional en la enseñanza de las ciencias de la salud

Eduardo Tobar Almonacid, Director Académico, Facultad de Medicina de la Universidad de Chile

Objetivo 1: Analizar la puesta en práctica de la EIP en Chile y su estado actual
Objetivo 2: Describir los beneficios y los retos que se generan al adoptar la EIP

El doctor Eduardo Tobar Almonacid presentó una actualización de la EIP en Chile, describiendo la experiencia del país hasta la fecha. Hay mucha diversidad en las instituciones de educación superior, y el país ha empezado recientemente a considerar cambios en la manera en que se financia y reglamenta la educación. La acreditación regula diversos aspectos de la formación de los profesionales de la salud, pero no incorpora a la EIP.

En el 2006, la Universidad de Chile comenzó a introducir innovaciones curriculares para crear un modelo centrado en los estudiantes y basado en las competencias. Por ese motivo se realizaron las encuestas del perfil de egreso, y se puso de manifiesto la necesidad de generar ámbitos de capacitación interprofesional. El perfil de egreso formulado para las carreras médicas incluía, como parte de las competencias, experiencia de trabajo en un equipo de salud en situaciones complejas y en diversos contextos. Al incluir este requisito en el perfil, la universidad dispuso que sería obligatoria la incorporación de la EIP en todas las carreras en forma estandarizada. Sin embargo, este proceso se creó únicamente para esa única universidad, y la mayoría de las instituciones de educación superior de Chile no incorporan el trabajo en equipo tan claramente en su perfil de egreso.

En virtud de los cambios realizados, desde el 2010 la Universidad de Chile ofrece módulos integrados interdisciplinarios multiprofesionales, que constan de dos cursos combinados obligatorios (con cuatro y cinco créditos, respectivamente) con un total de 54 horas presenciales y 45 horas no presenciales que se incluyen en todos los planes de estudios en el campo de la salud. Los módulos incluyen actividades presenciales, programas de instrucción en línea, y una plataforma electrónica para trabajar con casos simulados.

Se encontraron muchos puntos fuertes y débiles en los módulos integrados interdisciplinarios multiprofesionales, como la capacidad de integrar a los docentes interprofesionales y las experiencias y evaluaciones positivas de los estudiantes. A continuación, se mencionan algunos ejemplos de los puntos fuertes descritos por los estudiantes:

- La fortaleza principal de los módulos es el trabajo en equipo, ya que crean la necesidad de analizar e incluir todas las opiniones para formular la hipótesis del equipo.

- Proporcionan un espacio para integrar el conocimiento y trabajar con las carreras de otras disciplinas en un ambiente virtual.
- Permiten incluir diferentes perspectivas sobre las maneras de abordar un caso.
- Las preguntas del paciente simulado permiten a los estudiantes relacionar el caso clínico con el conocimiento básico adquirido, lo que desarrolla más competencias.
- Permiten a los estudiantes trabajar en equipo y aplicar sus conocimientos al realizar las actividades más relacionadas con su futuro profesional.
- La modalidad de simulación de pacientes y equipo médico hace más dinámica esta actividad educativa.
- Dan libertad para decidir las horas de estudio, y los tutores están dispuestos a ayudar a resolver dudas de los estudiantes.

Los estudiantes también describieron las siguientes deficiencias de los módulos integrados interdisciplinarios multiprofesionales:

- El semestre en el que tienen lugar los módulos es el mismo en el que los estudiantes están haciendo sus rotaciones clínicas; en consecuencia, los estudiantes opinan que sería más ventajoso si estas dos actividades no se realizaran en el mismo semestre.
- No todos los estudiantes tienen la misma cantidad de tiempo disponible para formular sus respuestas a los casos que se estudian, lo que entorpece el desempeño y las evaluaciones, y genera conflictos.



- La metodología usada no es la más apropiada para los estudiantes que ya han tenido contacto con pacientes reales, ya que esta experiencia anterior dificulta la interacción con el paciente simulado.
- Es difícil coordinar los horarios de estudiantes de diferentes carreras para asistir a las clases de instrucción presencial.

Los comentarios de los profesores en cuanto al progreso del curso, lo que funcionaba bien y lo que era necesario modificar, apoyaron un mejor desarrollo en lo referente a la resolución de casos y la organización del curso.

Los profesores y los facilitadores son responsables de apoyar a los estudiantes en el desarrollo de competencias de trabajo en un equipo cooperativo interdisciplinario que aborde diversas situaciones de salud, aprovechando el aprendizaje anterior de los estudiantes e identificando las funciones de los diferentes miembros del equipo. Los estudiantes pasan por un proceso de capacitación antes de comenzar a colaborar con los grupos interprofesionales. En las dos últimas versiones, también se incorporó un psicólogo a estos procesos de capacitación.

Todos los años se mejoran los cursos adaptando el contenido con base en las evaluaciones formativas y sumarias y agregando otras profesiones. En el 2015, los módulos por fin alcanzaron el proceso de innovación curricular en las ocho carreras que se imparten en el campo de la salud (enfermería, obstetricia, nutrición, foniatría, terapia ocupacional, cinesiología, medicina y tecnología médica), y se generó por primera vez un curso mega-transversal con cerca de 720 estudiantes, 35 profesores a cargo y facilitadores, y 70 equipos de estudiantes simultáneamente en todo el sistema. La publicación *Journal of Interprofessional Care* incluyó un artículo en el que se describe la experiencia recogida en estos cursos, lo que ilustra la importancia de contribuir al núcleo del conocimiento sobre la EIP.



En cuanto a sus beneficios, esta iniciativa permite la integración de profesores de diferentes unidades y disciplinas y promueve la participación de los estudiantes. Los módulos son también un espacio de innovación en la enseñanza de las estrategias y fortalecen el trabajo en equipo entre los académicos y los estudiantes. Los profesores reciben una certificación para convertirse en facilitadores de estos módulos durante el curso, que se realiza al comienzo del ciclo académico, y en el que se ofrece capacitación en trabajo en equipo y en aptitudes de liderazgo, y sirve no solo para fines didácticos sino también para otras tareas académicas, como la investigación.

En el futuro, la Universidad de Chile tendrá que analizar la mejor manera de documentar la adquisición de aptitudes interprofesionales, evaluar los procesos de innovación e integración curriculares, seguir superando barreras y resistencias, contribuir a generar datos probatorios con respecto a la educación en salud y la repercusión profesional, colaborar con la integración de diferentes universidades del país y la región para promover la EIP y avanzar en lo que respecta a la incorporación de la educación interprofesional a nivel de posgrado.

El doctor Almonacid concluyó alentando a todos los presentes a superar las barreras, generar datos probatorios para apoyar las transformaciones de la educación y colaborar con diferentes universidades del país y de la región.

Brasil: Iniciativas de educación interprofesional

Marcelo Viana da Costa, Profesor de Maestría en Docencia en Salud, Universidad Federal de Rio Grande do Norte

Objetivo 1: Analizar el estado y las políticas actuales que apoyan u obstaculizan la EIP en Brasil
Objetivo 2: Determinar las oportunidades de colaborar en la práctica y la evaluación de la EIP

El doctor Marcelo Viana da Costa comenzó su presentación describiendo brevemente el sistema de salud brasileño a manera de contexto para comprender la situación de la EIP en Brasil. El objetivo del Sistema Único de Salud del país (SUS), entidad de salud universal resultante de varios movimientos sociales, es servir de instrumento para ejercer y garantizar la atención de salud a la ciudadanía. El SUS considera el concepto ampliado de la salud y, en consecuencia, establece como principios básicos la universalidad, la integralidad y la equidad. En ese sentido, reconoce la complejidad de las necesidades de salud y entiende la necesidad de modificar el modelo de atención de salud, corrigiendo su fragmentación y creando un modelo que aborde eficientemente los complejos problemas de salud. Dados los principios del SUS, su desarrollo creó un entorno favorable para tratar el tema del trabajo en equipo como estrategia para hacer frente a estas realidades complejas.

En Brasil se hicieron importantes contribuciones teóricas en lo referente a las especificidades del trabajo en equipo en el campo de la salud. Sin embargo, las políticas sobre la reorientación de la capacitación de los profesionales de la salud, que procuró lograr una convergencia entre educación y los principios del SUS, no siempre pudieron impulsar la capacitación para el trabajo en equipo.

Algunos de los temas creados por las políticas para reorientar la capacitación de los profesionales de la salud incluyen: una mayor interacción entre las universidades, los servicios de salud y la comunidad; avance en cuanto a modificaciones curriculares para reemplazar el modelo técnico de capacitación, y la adopción

de las metodologías activas de aprendizaje. A continuación, se citan ejemplos de políticas que contribuyeron a introducir cambios en la capacitación de los profesionales de la salud:

- Proyecto de integración docente-asistencial (IDA): fortaleció la integración entre los servicios de salud y las universidades.
- PROMED: estimuló cambios curriculares en la capacitación médica.
- *Pró saúde* I: estimuló cambios curriculares en medicina, enfermería y odontología, y reformas de los planes de estudios; más integración entre las instituciones de servicios y las académicas y en el servicio de atención de salud comunitario; adopción de nuevas metodologías de aprendizaje, y diversificación de situaciones de práctica. La razón por la que únicamente se incluyeron medicina, enfermería y odontología es que estas carreras constituyen la Estrategia de Salud Familiar, que es la política de atención primaria de salud del país.
- *Pró saúde* II: es resultado de una reformulación de la primera versión de esta política, y que ahora abarca a todas las profesiones del campo de la salud.
- VER-SUS: organizó experiencias de pasantía en los servicios de salud.
- *PET-Saúde*: promovió la inserción temprana de los estudiantes en los servicios de salud para fomentar el aprendizaje, con una comprensión de la necesidad de *interprofesionalidad* e *interdisciplinaridad* como enfoques para modificar el proceso educativo. En el 2013 se adoptó la *interprofesionalidad* como directriz de política.



PET-Saúde fue la iniciativa de más éxito en concientizar a los profesionales sobre las limitaciones del trabajo en equipo. En el 2012 todavía se empleaba el término *interdisciplinaridad*. En el 2013 se incorporó el término *interprofesionalidad* como resultado de la ampliación de este debate en Brasil.

Otra experiencia que debe destacarse es la política que creó el grado profesional de maestría en educación en salud. Los programas de maestría fomentaron el debate sobre la EIP como herramienta para introducir cambios en la educación de los profesionales de la salud.

Las directrices curriculares para los cursos de pregrado prestaron apoyo a la EIP. Las primeras directrices, que datan del 2001, incluían un concepto ampliado de salud, educación basada en evidencia y competencias, pensamiento crítico y reflexivo, y la necesidad de coherencia entre los perfiles profesionales y las necesidades de salud del país; en esa época, no se hacía hincapié en el trabajo en equipo. Sin embargo, en el 2014, nuevas directrices sobre cursos de medicina destacaron que la EIP era una herramienta para reorientar la capacitación de esos profesionales. La medicina, como categoría hegemónica, hizo de ella una iniciativa importante porque estimuló a otros cursos a reflexionar también en torno a la inclusión de la EIP al reformular sus directrices.

Aunque se lograron muchos adelantos importantes, no fortalecieron suficientemente a la EIP en el campo de la educación en salud; se dio poca importancia a la *interprofesionalidad*, y todavía es frecuente la confusión conceptual en las diversas políticas. En Brasil, aún se utilizan indistintamente los términos *multiprofesionalidad*, *interdisciplinaridad* e *interprofesionalidad*, pero es necesario reconocer y entender sus bases conceptuales y metodológicas para que la EIP pueda ejercer su pleno impacto.

A continuación, se mencionan algunas iniciativas de educación interprofesionales en Brasil:

- Escuela Multicampi de Ciencias Médicas de Caicó
- Universidad Federal de Minas Gerais: cambios curriculares
- Universidad Federal de Rio Grande do Norte: Salud y Ciudadanía (SACI), un curso ofrecido durante el comienzo de todos los planes de estudios de atención de salud en la Estrategia de Salud Familiar (política de atención primaria de salud de Brasil)
- Universidad Federal de Rio Grande do Sul: residencias integradas
- Universidad Federal de São Paulo (UNIFESP) de Baixada Santista: plan de estudios interprofesional
- Universidad Federal del Sur de Bahía: licenciaturas interdisciplinarias
- Escuela de Salud Pública de Ceará: residencias integradas
- Universidad Estatal de Londrina: plan de estudios integrado
- Universidad Estatal de Rio de Janeiro: residencia en atención de salud de la tercera edad
- Universidad Estatal de São Paulo en Botucatu: disciplina Integración Universidad Servicio Comunidad (IUSC)
- Universidad de Brasilia

Cabe señalar que existen iniciativas importantes en todo el país. Sin embargo, es importante reflexionar sobre su concepto de la EIP, que no significa simplemente reunir a estudiantes de diferentes profesiones en un espacio común; esta es una idea errónea. Se organizaron dos eventos con el objeto de generar diálogo y pensamiento crítico para potenciar los debates y para colaborar en el análisis de esas iniciativas. El primer evento fue el "I Coloquio Internacional de Educación y Trabajo Interprofesional", que tuvo lugar en el 2015 en Natal, ciudad del nordeste de Brasil, en el cual participó el profesor Scott Reeves. Las discusiones que sostuvieron los participantes durante este evento destacaron la importancia de pensar en la EIP de una manera más sistematizada, que incluya un mapeo y el apoyo al fortalecimiento de las iniciativas. El otro evento, "II Coloquio Internacional de Educación y Trabajo Interprofesional", se realizó en diciembre del 2016 para conmemorar 10 años de existencia del plan de estudios interprofesional de la Universidad Federal de São Paulo (UNIFESP) de Baixada Santista. Se contó con la participación del profesor Andreas Xyrichis del *Centre for Advancement of Interprofessional Education* (CAIPE) del Reino Unido.

Como resultado del evento del 2016 se creó una red, como en otras partes del mundo, para brindar un marco de apoyo a la investigación, las becas y la educación. La red colaborativa brasileña de educación interprofesional y trabajo en salud, formada por un grupo ejecutivo, se centra en la coordinación, la comunicación y la difusión. La red cuenta con el respaldo de varias instituciones que trabajan con las iniciativas de EIP. Los pilares que mantienen la red son eventos anuales, investigación multicéntrica, articulación de las entidades de clase, búsquedas de publicaciones en suplementos y revistas, asociaciones internacionales, sitios web, repositorios y publicaciones, apoyo institucional, coordinación con ministerios de salud y educación, gestión de acciones y proyectos, apoyo metodológico a proyectos, financiamiento, apoyo para sitios y viajes y participación en eventos.

Brasil afronta problemas con respecto a la integración de experiencias y metodologías didácticas, dada la enorme diversidad del país. Se recomendó ampliar la investigación para dar una mayor visibilidad a la EIP como método de reorientar la capacitación de profesionales de salud. Se subrayó asimismo la necesidad de trabajar en colaboración sobre políticas que promuevan la adopción de la EIP, como *TEP-Saúde* y directrices curriculares nacionales. Por último, se destacó la necesidad de fortalecer el debate sobre las bases teóricas y metodológicas de la EIP, a fin de disipar la confusión conceptual que se observa con frecuencia.

Reino Unido: Centro para el Avance de la Educación Interprofesional (CAIPE, por su sigla en inglés)

Elizabeth Anderson, Profesora de Educación Interprofesional del Colegio de Medicina, Ciencias Biológicas y Psicología, Universidad de Leicester

Objetivo 1: Analizar la visión y las metas del CAIPE para promover la educación interprofesional y la práctica colaborativa en Europa
Objetivo 2: Describir las enseñanzas positivas y negativas extraídas del establecimiento de un centro nacional de EIP

La doctora Elizabeth Anderson describió la situación del CAIPE y las perspectivas del Reino Unido con respecto a la capacidad del recurso y la EIP. El CAIPE fue establecido en 1987 y acuñó la definición de EIP que se usa actualmente en todo el mundo: "ocasiones en que dos o más profesiones de salud/sociales conocen y aprenden de otros y mutuamente para mejorar la colaboración y la calidad de la atención" (CAIPE, 2002).

El CAIPE es una asociación que incluye a estudiantes, personas y miembros institucionales y se considera un centro de investigación en EIP y un líder nacional e internacional en investigaciones colaborativas. El CAIPE participa en el desarrollo de cursos e iniciativas que promueven la EIP, a la vez que influye y contribuye en la elaboración de políticas en el Reino Unido.

El tema central y la meta del CAIPE es trabajar estratégicamente en respaldo de procesos de EIP. Coadyuva a la coordinación de políticas, prioridades, estrategias y requisitos de la EIP dentro de la formación de profesionales. Los miembros del CAIPE responden a los documentos de consulta nacional y trabajan con organizaciones de política nacional.

Los factores fundamentales de éxito para influir en los académicos son, entre otros:

- apoyo a los estudiantes,
- establecer membresías de empresas,
- promover publicaciones,
- promover investigaciones en EIP,
- crear alianzas internacionales.

Los objetivos de Sistema Nacional de Salud son mejorar resultados en materia de salud y bienestar, mejorar la calidad de la atención y generar eficiencia financiera. El CAIPE cree que puede abordar estos objetivos estableciendo nuevos modelos de atención, optimizando sistemas, reconfigurando servicios y empoderando la fuerza laboral. En resumen, el liderazgo del CAIPE apoya y habilita a la EIP para la colaboración interprofesional, ofrece apoyo y becas a los miembros, y promueve prácticas colaborativas interprofesionales a nivel de política.

Se observaron varios problemas, como la ampliación de las funciones, necesaria por la escasez diaria de personal calificado. Sin embargo, el nuevo plan del Sistema Nacional de Salud requiere la aplicación de EIP para reducir jerarquías, aumentar la innovación, intercambiar conjuntos de habilidades y apoyar relaciones abiertas.

Tras recientes informes de políticas y nuevos acontecimientos en el Reino Unido se ha renovado la concientización sobre la importancia de la formación y la capacitación con un foco interprofesional. Esto puede constatarse en la reciente revisión sistemática de los efectos de la EIP de Reeves et al. *(6)*.

Por último, la doctora Anderson describió el modelo de Leicester de preparación de estudiantes para una experiencia de EIP en la comunidad. El modelo incluye los preparativos antes de la experiencia, la experiencia en la comunidad, la reflexión sobre la experiencia, la asimilación debida a la experiencia y los resultados de la experiencia con la esperanza de que se transfieran a la práctica.

Los mensajes centrales de la doctora Anderson, líder en el CAIPE, fueron que se ha mantenido la EIP y que el reto mayor de hoy tiene que ver con el liderazgo y la evaluación de la EIP.

Canadá: Colaboración Canadiense de Salud Interprofesional (CIHC, por su sigla en inglés)

Dr. John Gilbert, Profesor Emérito de la Universidad de Columbia Británica, Profesor adjunto de la Universidad Dalhousie; Presidente fundador de Canadian Interprofessional Health Collaborative

Objetivo 1: Describir las estrategias usadas y los obstáculos enfrentados al armonizar la EIP con la práctica colaborativa para transformar la atención de salud en Canadá
Objetivo 2: Analizar la visión y las metas del CIHC para promover el liderazgo en el ámbito de la EIP en Canadá

Para concluir con las presentaciones de las experiencias de países, el doctor John Gilbert comenzó su exposición describiendo los antecedentes de la EIP. El término *interprofesional* fue utilizado por primera vez por John McCreary, decano de la Facultad de Medicina de la Universidad de Columbia Británica de 1959 a 1972. El término correcto no lleva guion y tiene una definición muy específica con tres partes verificables. Por consiguiente, no debe utilizarse indistintamente con los términos *multidisciplinario* o *interdisciplinario*. Además, el término *interprofesional* sigue la definición de salud de la OMS, es decir, no incluye únicamente a las profesiones reglamentadas en el campo de la salud, sino a todas las personas que trabajan profesionalmente prestando servicios de atención de salud de todo tipo, sean estos conductores de ambulancias, personal de limpieza de las salas, recepcionistas que toman información de los pacientes, u otros.

El doctor Gilbert inició una reflexión y un debate pidiéndole a los asistentes que consideraran respuestas a las preguntas con respecto a por qué, quién, cuándo, dónde, cómo y qué en lo que respecta a la EIP para la colaboración interprofesional centrada en el paciente.

Por qué: necesidad de declaraciones claras y coherentes en apoyo de la EIP y la colaboración interprofesional centrada en el paciente. Para ello se requiere comprender claramente la definición, sus partes y el hecho de que la meta final es la calidad de la atención. También es menester que los participantes sean a la vez informantes y adalides.

Quién: entender y practicar nuevas funciones para los docentes, los estudiantes, el personal, los colegas de práctica, los administradores superiores, y los pacientes.

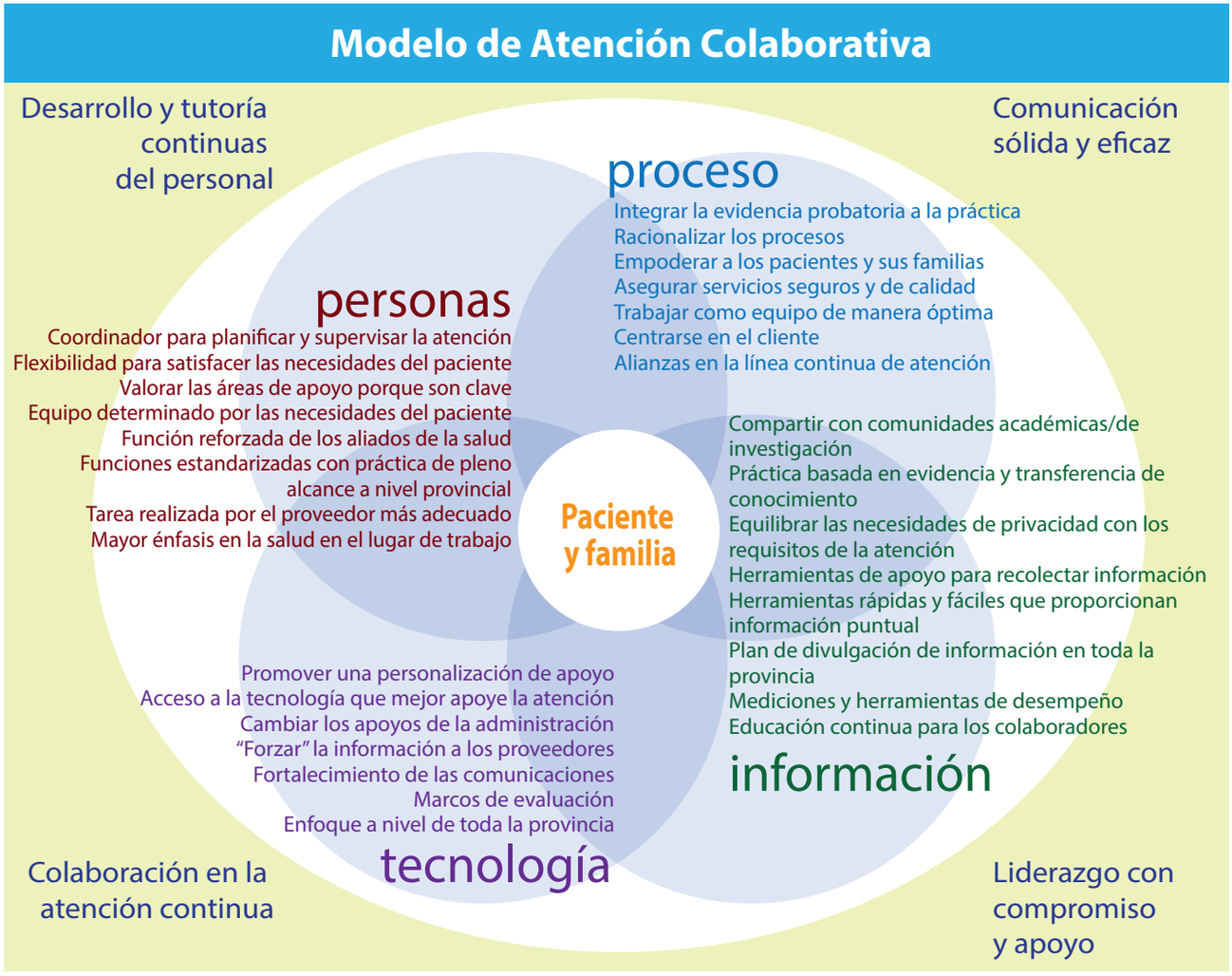
Cuándo: evidencia de la exposición e inmersión de EIP para estudiantes de pregrado y el dominio para los estudiantes de posgrado, junto con el aprendizaje permanente a través de consultas informadas entre gobiernos, universidades, comunidades y pacientes.

Donde: teorías y modelos para el aprendizaje en el campus (con espacios comunes donde los estudiantes de diferentes profesiones pueden aprender juntos) y aprendizaje comunitario (por ejemplo, atención primaria, atención terciaria, salud pública y salud preventiva y promoción de la salud).

Cómo: operacionalizar la definición de EIP (por ejemplo, “aprender con, desde y sobre”;; “colaboración”; “calidad de la atención”). Es necesario analizar el conocimiento, las aptitudes, las actitudes y los comportamientos que se requieren, teniendo presente que la finalidad principal es prestar servicios de salud de calidad. También es importante realizar evaluaciones en todas las etapas y organizar actividades de aprendizaje para que los estudiantes tengan oportunidad de colaborar. Un ejemplo es el modelo de atención colaborativa (figura 5).

Qué: el estímulo positivo o el estímulo negativo" para la EIP, que podrían ser las políticas y su reglamentación (competencias y acreditación) o legislación (ambiente de práctica).

Figura 5. Modelo de Atención Colaborativa



Fuente: Murphy GT, Alder R, MacKenzie A, Rigby J. Model of Care Initiative in Nova Scotia (MOCINS): Final Evaluation Report. Halifax: Departamento de Salud de Nueva Escocia; 2010 (7).

El doctor Gilbert concluyó su exposición sobre la experiencia de la EIP en Canadá señalando que hay que tener presentes dos preguntas difíciles al aplicar la EIP:

- ¿Qué coherencia (armonización) de políticas existe entre el sector educativo y el sector de la salud?
- ¿Cuál es la relación costo-beneficio de la EIP/práctica colaborativa interprofesional centrada en el paciente?

Regulación de la práctica de los profesionales de salud y sus implicaciones para la práctica colaborativa

Hernán Sepúlveda, Asesor Regional en Recursos Humanos para la Salud, OPS/OMS

Objetivo 1: Determinar el marco de acción de la regulación profesional en diferentes países de la Región
Objetivo 2: Debatir las implicaciones de la reglamentación profesional en la práctica colaborativa

El doctor Sepúlveda trató el tema de la regulación de la práctica de los profesionales de la salud y las implicaciones para las prácticas colaborativas en los países de América Latina y el Caribe. La presentación se enfocó en tres elementos centrales que deben incorporarse en los análisis de situación: el modelo de atención, el modelo de gestión y regulación. Se presentó un examen de los documentos y resoluciones de la OPS/OMS que están incorporando diferentes gobiernos, y un breve análisis del marco jurídico que existe actualmente en América Latina y el Caribe.

Se abordó la importancia de una pregunta planteada por el doctor Gilbert ("¿Cómo podemos trabajar juntos si no aprendemos juntos?") y se enfocó también desde otra perspectiva: "¿Cómo podemos aprender juntos si no trabajamos juntos?" Para promover un modelo de EIP deberán considerarse tres aspectos fundamentales:

1. **la necesidad de un modelo de atención compatible con la práctica colaborativa,**
2. **la necesidad de un modelo de administración del trabajo, y**
3. **una reglamentación adecuada.**

La labor de la OPS/OMS se dirige a fortalecer el primer nivel de atención, y eso también se aplica a los equipos de salud interprofesionales; sin embargo, la eficacia de estos equipos no se limita al primer nivel de atención. En ese sentido, pueden encontrarse datos sobre equipos interprofesionales en un estudio canadiense que se llevó a cabo en el 2009: How Many Are Enough? Redefining Self-Sufficiency for the Health Workforce *(8).* En este estudio se calcula que en algunas provincias de Canadá donde se emplean equipos de salud interprofesionales, los médicos pueden proporcionar 50% más servicios de atención de salud que los que trabajan en los sistemas tradicionales *(8).*

Los datos indican que los modelos de atención que incluyen equipos interprofesionales son más eficaces. Por ese motivo, y dada la importancia de un mayor acceso a la salud que se basa en la calidad y la resolución de problemas, la EIP —con la meta de preparar una fuerza laboral que pueda realizar esfuerzos colaborativos— es muy necesaria. Esto ocurre especialmente en el contexto de la Región de las Américas, donde el acceso a la atención de salud tiene grandes problemas debido a la escasez de recursos humanos para la salud, sobre todo en zonas remotas y vulnerables.

Las resoluciones y los documentos más importantes de la OPS/OMS que apoyan la educación y colaboración interprofesionales son:

- Resolución CD52.R13 *(9)*, *Recursos humanos para la salud: Aumentar el acceso al personal sanitario capacitado en sistemas de salud basados en la atención primaria de salud*, aprobada en el 2013 en el 52.º Consejo Directivo de la OPS/OMS.

- Declaración Política de Recife sobre Recursos Humanos para la Salud: un compromiso renovado en favor de la cobertura sanitaria universal, suscrita en noviembre del 2013 en el tercer Foro Mundial sobre Recursos Humanos para la Salud.
- Resolución CD53.R14 *(10)*, *Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud*, aprobada en el 2014 en el 53.º Consejo Directivo de la OPS/OMS.
- Resolución WHA69.19, *Estrategia mundial de recursos humanos para la salud: personal sanitario 2030* aprobada en la 69.ª Asamblea Mundial de la Salud en el 2016.
- Agenda de Recursos Humanos para la Salud Universal 2014.
- Informe de la Comisión de Alto Nivel sobre el Empleo en el Ámbito de la Salud y el Crecimiento Económico establecida por las Naciones Unidas: *Trabajar en pro de la salud y el crecimiento — Invertir en el personal de la salud*, publicado en el 2016.

La resolución CD52.R13 (*Recursos humanos para la salud: aumentar el acceso al personal sanitario capacitado en sistemas de salud basados en la atención primaria de salud*) *(9),* aprobada en el 2013, inició los primeros debates sobre el trabajo interprofesional. Esta resolución incluía tres componentes fundamentales:

- el fortalecimiento de los recursos humanos en cuanto a capacidades de planificación de salud;
- la reforma de la formación de profesionales de la salud para apoyar los sistemas de salud basados en una atención primaria de calidad y migrar hacia la cobertura universal de salud; y
- el empoderamiento de equipos colaborativos centrados en las personas, de orientación comunitaria.

Por medio de esta resolución, se instó a los Estados Miembros a que empoderasen y apoyasen a equipos colaborativos de atención primaria de salud basados en modelos establecidos de atención, mejorando el alcance y la práctica de las profesiones para maximizar su potencial conforme a las competencias de la EIP. También se los instó a que promoviesen y vigilasen la innovación para mejorar el desempeño y el manejo de equipos de atención primaria de salud. Estos puntos de la resolución son muy importantes dado que algunos profesionales de salud tienen potencial no realizado o que no está totalmente desarrollado y utilizado, y que la formación de equipos interprofesionales de atención primaria de salud es una solución innovadora para mejorar el acceso a la atención de salud, especialmente en zonas subatendidas y zonas afectadas por la escasez de recursos humanos para la salud. (&2-R13-eng.pdf &stream/10665/168036/1/CD5 http://apps.who.int/iris/bit).

La Declaración Política de Recife sobre Recursos Humanos para la Salud: un compromiso renovado en favor de la cobertura de salud universal, suscrita en el 2013, describe el compromiso de representantes gubernamentales para mejorar las competencias y aptitudes del personal de salud mediante enfoques de educación transformadora y oportunidades para la educación continua, o sea, educación que apoye mejoras en el acceso a la salud mediante el desarrollo de competencias que permitan a los trabajadores de la salud fortalecer la gobernanza, el desempeño, la distribución y la retención de personal, y la promoción del uso de la tecnología. El compromiso firmado aprovecha el potencial de los enfoques innovadores, incluido un equilibrio más eficiente entre las distintas categorías de tareas compartidas de los profesionales de salud, la delegación de funciones y modelos innovadores de atención de salud (http://www.who.int/workforcealliance/forum/2013/recife_declaration_17nov.pdf?ua=1).

La resolución CD53.R14 (*Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud*), aprobada en el 2014, propone cuatro líneas estratégicas, todas las cuales se vinculan a la labor que realizan actualmente los equipos interprofesionales. Sin embargo, la más pertinente es la estrategia que trata sobre un mayor acceso equitativo a servicios de salud integrales de calidad, centrados en las personas y las comunidades. Otro aspecto de esta resolución se relaciona con nuevos perfiles profesionales y técnicos y su convergencia con los modelos de atención, que también tienen que ver con la labor de los equipos interprofesionales.

La resolución propone reforzar la capacidad de los recursos humanos para la salud con base en el primer nivel de atención y mejorando oportunidades laborales con incentivos de condiciones de trabajo atractivas, especialmente en zonas subatendidas. También propone que los equipos de salud colaborativos se consoliden y se obtenga acceso garantizado a información sobre servicios de salud y telesalud, incluida la telemedicina. La telemedicina fue descrita como un aspecto importante, sobre todo en zonas desatendidas donde profesionales de la salud (no necesariamente médicos) pueden hacer uso de la tecnología para dialogar con especialistas y resolver problemas que de otro modo no se hubieran resuelto. Por lo tanto, la telemedicina como estrategia también está ligada al desarrollo de equipos interprofesionales y a la capacidad de los profesionales de solucionar problemas.

La *Estrategia mundial de recursos humanos para la salud: personal sanitario 2030 (1)*, aprobada en la 69.ª Asamblea Mundial de la Salud en el 2016, propone cuatro objetivos generales. El primero está relacionado con el logro del máximo desempeño, calidad e impacto del personal de salud mediante políticas basadas en datos probatorios en materia de recursos humanos para la salud. El segundo tiene que ver con inversiones en recursos humanos para la salud que deben basarse en las necesidades presentes y futuras de los sistemas de población y de salud. El tercer objetivo se refiere a fortalecer la capacidad de las instituciones a los niveles subnacional, nacional, regional y mundial hacia la rectoría de la política pública. Por último, el cuarto objetivo se relaciona con el fortalecimiento de los datos sobre recursos humanos para la salud.

La estrategia mundial también invita a las instituciones de educativas a adaptar/alinear su configuración institucional conforme a las modalidades de instrucción que son congruentes con los sistemas nacionales y con las necesidades de salud de la población. Una vez más, el nexo se da entre las necesidades de la población y la formación los recursos humanos preparados para funcionar según esas necesidades (http:/apps.who.int/iris/bitstream/10665/250368/1/9789241511131-eng.pdf?ua=1).

La Agenda de Recursos Humanos para la Salud Universal que se propuso contiene tres orientaciones estratégicas principales: una relacionada con la capacidad de dirección y gobernanza, otra con la disponibilidad y distribución, y la tercera con la formación de profesionales de la salud. La segunda orientación (mejorar la disponibilidad y distribución) se relaciona claramente con el fortalecimiento de equipos interprofesionales con un conjunto relacionado de subámbitos: reglamentación de la práctica profesional, centrándose en maximizar el potencial de los profesionales; organización del trabajo de los equipos interprofesionales; mejoras en el alcance y las prácticas de todos los miembros del equipo de salud, facilitando el trabajo colaborativo, y establecimiento de recursos humanos para la planificación en salud en relación con un conjunto de profesiones en lugar de trabajar como compartimientos estancos.

Por último, el informe *Trabajar en pro de la salud y el crecimiento —Invertir en el personal de la salud*, de la Comisión de Alto Nivel sobre el Empleo en el Ámbito de la Salud y el Crecimiento Económico establecida

por las Naciones Unidas, presenta tres esferas principales de particular interés. La primera es que la salud es clave para la economía y se la considera un motor para la creación de empleos dignos. El documento explica que, si se invierte en personal de salud, se tendrá como resultado un crecimiento económico. Hace un llamado a la creación de empleos, la igualdad de género y un margen de maniobra fiscal para el financiamiento sanitario (http://www.who.int/hrh/com-heeg/reports/en/).

Además de contribuir a los derechos de los profesionales de salud, la reglamentación también brinda apoyo al desarrollo de su conocimiento y capacitación, fortaleciendo operaciones eficaces de los recursos humanos en los sistemas de salud. En América Latina y el Caribe puede observarse que existe dispersión y fragmentación de los marcos normativos, sobre todo en medicina, enfermería y odontología. Algunos conjuntos de actores pueden influir en la reglamentación, y son diferentes en cada país: el gobierno, las organizaciones profesionales, las organizaciones de ciudadanos y las instituciones educativas, entre otros. Es menester que se sigan elaborando políticas para aquellos aspectos relacionados con la educación —incluida la acreditación, los requisitos de registro y el reconocimiento de títulos extranjeros— y la práctica, como los derechos y responsabilidades, y las descripciones de competencias de los profesionales.

En todo este análisis, cabe señalar que los países están discutiendo la necesidad de adaptar los modelos de administración del trabajo, en el cual descansa el concepto de equipos interprofesionales. Esto implica la utilización del potencial de los profesionales a su máximo nivel. Por consiguiente, la reglamentación debe considerarse un elemento importante para avanzar en la educación interprofesional.

En resumen, el doctor Sepúlveda subrayó que había un importante tema para considerar que es central a la EIP: “En nuestros países estamos muy preocupados por la cantidad de médicos, enfermeras, obstetras que nos hacen falta, pero no estamos preguntándonos cuántos equipos de salud nos hacen falta. Este es un elemento central porque detrás de ese equipo de salud se encuentran las competencias que deben articularse, complementarse y, por fin, construirse juntas, sobre todo si estamos apuntando hacia un primer nivel integral de atención de salud.”

Gestión de equipos de salud interprofesionales

Dr. Brenda Zierler, Profesora del Departamento de Enfermería Bioconductual e Informática de Salud, Escuela de Enfermería de la Universidad de Washington; Directora de Investigación y Capacitación del Centro de Educación Interprofesional de Ciencias de la Salud, Investigación y Práctica, Universidad de Washington

Objetivo 1: Describir los modelos de gestión de equipos de salud interprofesionales y las implicaciones de su adopción y desarrollo
Objetivo 2: Describir las enseñanzas positivas y negativas extraídas del establecimiento de modelos de gestión de equipos de salud interprofesionales

La doctora Zierler presentó un ejemplo de EIP en la práctica clínica utilizando una asociación académico-práctica para mejorar la atención de salud colaborativa. Describió también enseñanzas positivas y negativas extraídas de prácticas colaborativas interprofesionales para los equipos de atención de salud que atienden a pacientes y familias con insuficiencia cardíaca avanzada.

Empleando el modelo de aprendizaje continuo interprofesional del Institute of Medicine (IOM) de Estados Unidos, la doctora Zierler señaló que los alumnos que reciben este tipo de capacitación (o reorientación

profesional) se encontraban a nivel de “desarrollo profesional continuo” o ya estaban ejerciendo (no eran estudiantes).

La finalidad de la capacitación de grupos era fomentar el trabajo y la comunicación en equipo en una organización de atención confiable en Estados Unidos. La capacitación fue elaborada e impartida por cardiólogos, enfermeras de atención primaria, enfermeros, farmacéuticos, asistentes sociales, asistentes médicos y coordinadores de atención al paciente. Se puso énfasis en pasar de un “equipo de expertos” a un “equipo experto”.

Se esbozaron las estrategias y los enfoques que empleó el equipo de atención de salud para introducir cambios en una unidad de insuficiencia cardíaca avanzada. Antes de la capacitación del equipo se trataron temas como cultura de seguridad, mediciones de satisfacción (de pacientes, proveedores y enfermeros) y mediciones específicas de esa unidad (tasas de hospitalización/rehospitalización, uso de betabloqueadores, etc.). Además, se realizaron dos encuestas para determinar cómo los miembros del equipo percibieron su funcionamiento antes y después de la capacitación. Las observaciones del funcionamiento de los equipos fueron complementadas por investigadores externos. Las áreas de mayor oportunidad con respecto a las mejoras en el funcionamiento de los equipos, identificadas en todas las medidas fueron: 1) comunicación oportuna, 2) conocimiento compartido y 3) respeto mutuo.

Entre las intervenciones se incluyeron capacitación en comunicaciones TeamSTEPPS®, rondas hospitalarias interprofesionales de visita a los pacientes, y talleres de liderazgo centrados en temas de relaciones y comunicación (manejo de conflictos, expresión de sentimientos, orientación del cambio, etc.). Además de la capacitación formal y los talleres de liderazgo trimestrales, el equipo de capacitación proporcionó asesoramiento constante al equipo clínico de la unidad de insuficiencia cardíaca avanzada. Las estrategias de equipo que se introdujeron incluían rondas hospitalarias interprofesionales, resúmenes matutinos, reuniones breves de mediodía, y sesiones para rendir cuentas al final del día. Además, la unidad elaboró acuerdos —o reglas— para los equipos, que brindaban seguridad psicológica a todos los miembros. En el equipo de capacitación también participaban asesores de servicios al paciente a fin de que se incluyera la perspectiva de los pacientes en la capacitación. Se presentaron los resultados de la capacitación hasta la fecha, y se señalaron mejoras en el funcionamiento de los equipos y los resultados clínicos.

Debates

Situación actual de la educación en ciencias de la salud y la función de la educación interprofesional

Objetivo 1: Debatir el estado actual de la formación en el ámbito de la salud y la función de la EIP en cuanto a la transformación y la expansión de la formación y la capacitación de los profesionales de la salud
Objetivo 2: Analizar el significado de la EIP dentro del contexto institucional

Puntos importantes que se trataron:

- Se considera que la EIP es desconocida o es un nuevo concepto en la mayoría de los países de América Latina y el Caribe, y por consiguiente todavía no está incluida en las políticas en general.
- En el contexto de las crisis de personal de salud, la educación interprofesional y la práctica colaborativa interprofesional deberán contemplarse como elementos de política que deben desarrollarse a nivel del servicio y la capacitación.
- Necesidad de apertura profesional.
- Necesidad de ajustar conceptos de profesionales, instituciones y gobiernos sobre servicios educativos y de salud de acuerdo con el enfoque interprofesional.
- Necesidad de generar espacios para discusiones y empoderamiento de los profesionales, las instituciones y los gobiernos con respecto al concepto.
- Elaboración de un marco conceptual común que apoye las definiciones de políticas, estrategias, herramientas y datos probatorios.
- Incluir el enfoque interprofesional en la reglamentación y las normas de la práctica profesional para todos los profesionales de la salud.
- Los procesos de acreditación favorecen la educación de salud interprofesional ya que son indicadores de calidad nacional e internacional, y por consiguiente debería fortalecerse esa educación.
- Conceptualmente, no se trata de compartir situaciones académicas o clínicas, sino de integrar verdaderamente a los equipos, generando un lenguaje común con el cual avance la educación de los profesionales de la salud.
- Deberán fortalecerse los procesos de estudio e investigación sobre la EIP para poder adquirir una visión más completa del concepto de EIP.

- Necesidad de liderazgo académico que pueda contribuir a generar investigación pertinente para analizar la eficacia a mediano y largo plazo de las actividades de EIP realizadas en América Latina y el Caribe.
- La aplicación de la EIP requiere una labor intersectorial a todos los niveles, una reflexión conjunta, y mecanismos de planificación y evaluación.
- Necesidad de coordinar el ámbito académico y el sistema de salud desde el principio de la educación (la capacitación de profesionales de la salud no siempre coincide con lo que existe en el sistema de salud).
- Para establecer alianzas más cercanas entre los ministerios de educación y la salud se requiere adoptar políticas interprofesionales a nivel estatal y no solo políticas del gobierno, dado el carácter transitorio de los gobiernos.
- Necesidad de participación comunitaria para concientizar a la población general sobre la EIP y obtener una reacción pública ante la aplicación de la EIP.
- Necesidad de cambiar paradigmas en los nichos de trabajo y en los entornos de aprendizaje en los cuales debe privilegiarse la práctica.
- La EIP requiere un fortalecimiento de la capacitación académica realizado en el servicio y en el lugar de trabajo, basado en las herramientas que han mostrado buenos resultados en diferentes experiencias.
- La EIP es una oportunidad para desarrollar nuevas aptitudes no solo en los estudiantes, sino también en los profesores, ya que agrega otra variable de innovación en las estrategias didácticas actuales.
- Se propuso una educación basada en la solución de problemas desde la perspectiva de distintas profesiones como una manera de llevar la colaboración interprofesional a su pleno potencial.
- La capacitación inicial, cuando se están desarrollando competencias como el pensamiento estratégico y la solución de problemas, se considera un punto de entrada para aplicar el concepto de práctica interprofesional.
- Necesidad de examinar los atributos y las funciones de los profesionales de la salud con base en las necesidades de salud de la población, con la participación de la comunidad académica, asociaciones científicas, asociaciones profesionales, y cuerpos directivos de educación y salud, específicamente los que son responsables de la toma de decisiones y los que definen normas de práctica profesional.
- Necesidad de definir perfiles profesionales según las necesidades de salud y las expectativas de la población, que implican revisiones curriculares que detecten, entre otros elementos, los aspectos comunes entre las profesiones y entre los planes de estudios, no solo en cuanto a lo que debe implantarse sino también en cuanto a lo que ya existe.

La labor interprofesional requiere una integración horizontal, no jerárquica, entre los profesionales de la salud.

- Necesidad de crear mecanismos que eviten luchas de poder entre profesionales de la salud, como el desarrollo de un lenguaje y una definición comunes de competencias transversales.
- Inclusión en la educación básica del concepto de educación y práctica interprofesionales en la atención de salud para crear conciencia en niños que un día formarán la cohorte de estudiantes de escuelas de educación en salud.
- Necesidad de asignar recursos para apoyar la aplicación de la EIP.
- Necesidad de generar redes y comunidades de práctica para intercambiar buenas experiencias.

Implementación del currículo de educación interprofesional y desarrollo docente

Objetivo 1: Describir las oportunidades, los retos, las barreras y los factores que facilitan el desarrollo y la implementación de currículos sobre EIP
Objetivo 2: Debatir sobre las oportunidades y los retos en la capacitación de docentes para la EIP dentro del contexto institucional

Puntos importantes que se trataron:

- Es necesario realizar operativos entre los ministerios de salud, educación y trabajo; sindicatos; organizaciones de salud y escuelas; organismos de acreditación, y entidades normativas de la práctica y la educación en salud.
- Experiencias exitosas con educación interprofesional y práctica colaborativa en Canadá.
- Distribución adecuada de recursos humanos para la salud en los países.
- Menos rigidez en la división social del trabajo en el campo de la salud.
- Financiamiento adecuado para el personal de salud y eficiencia en la utilización de recursos.
- Demostrar a los gobiernos la eficiencia de la utilización de recursos lograda por los equipos de salud interprofesionales.
- Celebrar acuerdos nacionales e internacionales de colaboración para capacitación y trabajo en EIP.
- Crear y fortalecer estructuras intersectoriales, ya sea por medio de misiones, consejos, organizaciones no gubernamentales, comités, u otros mecanismos que incluyen representantes de la sociedad civil.
- Organizar foros locales, nacionales, regionales e internacionales para el debate y el intercambio de experiencias en educación interprofesional y práctica colaborativa interprofesional.

- Promover y difundir el conocimiento y los resultados de la EIP no solo entre profesionales de la salud sino también entre la población general, empleando diferentes redes sociales o plataformas.
- Varias instituciones de enseñanza superior en los países de América Latina y el Caribe se encuentran en diversas etapas de reforma curricular o ajustes subsecuentes, lo que ofrece una gran oportunidad de incorporar las estrategias de la EIP.
- Existe voluntad política a nivel institucional.
- Uso de estrategias para incorporar la participación de las instituciones académicas, la comunidad, las asociaciones profesionales y otros actores.
- También es importante formular un plan para impulsar la formación de líderes y tutores.
- La disponibilidad de recursos es un factor limitante en varias áreas en las cuales se está generando innovación.
- Formular un plan nacional y regional para aplicar la EIP.
- Convergencia entre las definiciones de funciones y responsabilidades de cada profesión y la garantía de calidad del servicio de salud.
- Los médicos tienden a ser más propensos a oponerse a conceptos como la EIP y, por lo tanto, podría sea necesario diseñar estrategias específicas para estos profesionales.
- Deberá involucrarse a los interesados directos de otras disciplinas y áreas para contar con una perspectiva transversal (por ejemplo, contribuciones de ingenieros y otros profesionales al rediseñar procesos).
- Colaboración con asociados estratégicos como laboratorios clínicos, sistemas de salud, hospitales y otros que podrían aportar sus conocimientos específicos para implementar cambios.
- El plan de aplicación de la EIP debe contemplar todas las variables que son de interés para diferentes grupos, como la acreditación y la investigación, en el caso de las universidades; el acceso universal a la salud de calidad, que corresponde a los intereses de la población y la comunidad; y el uso eficiente de recursos, según lo aborden los gobiernos.
- Dado que la planificación de la educación interprofesional y la práctica colaborativa interprofesional incluye diferentes visiones, intereses y culturas, el plan debe construirse a partir de la articulación de esfuerzos y decisiones comunes del grupo que se haya comprometido a su ejecución.
- El reto es superar la resistencia a cuestionar las propias prácticas profesionales y la forma en que las enseñan las instituciones académicas.
- Los retos con respecto a la práctica profesional son obvios, sobre todo porque las identidades profesionales se generan muy al principio, desde el primer el día en que un estudiante asiste a una universidad, que es cuando comienza a formarse un plan de estudios oculto. Este plan de estudios oculto refuerza su identidad profesional, y no permite aceptar o integrar fácilmente el enfoque interprofesional. Lo mismo se aplica a las asociaciones profesionales y las asociaciones de las escuelas y facultades para profesionales de la salud.

- Aspectos que pueden usarse para superar el reto de la identidad de los profesionales: la seguridad del paciente, que requiere relaciones claras y comunicación entre los profesionales de la salud; la necesidad de los profesionales de adaptarse al cambio, como el cambio epidemiológico en la salud de las poblaciones, cambios en las modalidades de tratamiento y cambios en las propias profesiones, y las ventajas competitivas de la innovación, como el aprendizaje basado en competencias y la EIP.
- Aprovechar programas de salud educativos para introducir nuevas visiones y nuevos conceptos.
- Se están realizando cambios interesantes en muchas universidades que están comenzando a introducir clases comunes para todos los ámbitos de la salud.
- Pensar en los cambios nacionales e institucionales es importante; sin embargo, es necesario reconocer y reforzar los pequeños avances, por ejemplo, los esfuerzos que se están haciendo para promover un aprendizaje significativo en muchos países, como la formulación de marcos de calificación para la enseñanza superior. Si bien estos avances no han resuelto el problema, permitieron el avance de la educación.
- Generar incentivos mediante la acreditación o la estandarización, el desarrollo de competencias de innovación educativa y la promoción, la exhibición y la difusión de experiencias exitosas.
- Ciertas características de las generaciones nuevas de los estudiantes, como la horizontalidad, pueden facilitar la colaboración interprofesional.
- Las nuevas tecnologías también brindan la oportunidad de facilitar y fortalecer la EIP, como las simulaciones interprofesionales y las aulas virtuales.
- La cultura arraigada de conceder privilegios a los médicos en ciertos países del Caribe da lugar a una falta de flexibilidad y de comunicación entre profesionales, lo que impone un gran reto.
- Pese a todas las dificultades, también hay oportunidades que pueden aprovecharse.
- Algunos miembros de instituciones académicas podrían oponerse a la EIP porque se entiende muy poco la labor necesaria para garantizar la colaboración interprofesional, sobre todo por el bien de los pacientes.
- Es importante el apoyo de las instituciones académicas.
- Inclusión de las estrategias de la EIP en los planes estratégicos de las instituciones educativas.
- Es muy importante comentar las dificultades que se enfrentaron desde el principio y compartir recursos entre quienes ya han avanzado y quienes están comenzando.
- El apoyo de las organizaciones internacionales es importante dada su influencia en las acciones de los gobiernos.
- Hay tres niveles importantes de integración: la integración entre las principales organizaciones que se ocupan de la salud y la educación a nivel mundial, la integración entre esas mismas organizaciones a nivel regional, y la integración intersectorial a nivel nacional y subnacional.

- Alineación para permitir la aplicación no solo de la EIP sino también de modelos interprofesionales de atención de salud, lo que puede lograrse mediante un trabajo conjunto entre los ministerios de salud, educación y trabajo.
- La EIP beneficia a los pacientes porque les permite un enfoque más integral de atención de salud mediante el cual pueden satisfacerse las necesidades y exigencias de la población en relación con la atención de salud, además de promover seguridad y calidad de la atención de salud.
- La EIP también beneficia a los estudiantes y las comunidades. Las universidades a diferentes niveles tienen la capacidad de reglamentar la educación, lo que tiene varias implicaciones, como la educación interprofesional y la integración de la responsabilidad social en las misiones de las universidades. Estos aspectos traen un enfoque de rendición de cuentas social de la educación y la investigación, y produce conocimiento, tecnología, innovación y fondos competitivos que están orientados con criterios pertinentes, y todo ello encierra la meta de influir en el desarrollo de la sociedad.
- Los diseños curriculares flexibles y los sistemas de crédito transferibles que se están adoptando en América Latina beneficiarán a los estudiantes al darles oportunidades de estudiar en otras regiones y en otros países. De esa manera, vivirán experiencias de aprendizaje que favorecerán la educación interprofesional. La EIP se incorporará mejor si se lleva a cabo en forma de cursos extracurriculares obligatorios para capacitarse en ciencias básicas o estrategias pedagógicas, como las simulaciones.
- Desarrollo de competencias transversales en ética y bioética con respecto al comportamiento ante problemas éticos. Estas competencias tendrán un gran impacto en el trabajo en equipo interdisciplinario y la colaboración interprofesional. Durante este proceso, también será importante reunir pruebas y crear indicadores que permitan evaluar los resultados.
- Liderazgo de equipos de salud y la manera en que podría afectar los resultados de un trabajo podrían ser un reto. Es necesario insistir en la capacitación en trabajo en equipo y liderazgo para desarrollar mejor las aptitudes de cada profesión, con la intención de evitar superposición o distorsión de los papeles y funciones de cada miembro del equipo de atención de salud.

Educación interprofesional y práctica colaborativa desde diferentes perspectivas internacionales

Objetivo 1: Comparar y contrastar distintos enfoques con los cuales se abordan la EIP y la práctica colaborativa desde diferentes perspectivas internacionales
Objetivo 2: Debatir los distintos enfoques y estrategias de la EIP dentro del contexto institucional

- Generar espacios de colaboración, como redes de colaboración, entre los actores clave de los países y a nivel internacional, incluidos los ministerios de salud, representantes de órganos de gobierno y servicios de atención de salud; ministerios de educación y universidades; representantes de la comunidad, y organizaciones sin fines de lucro.

- Diagnosticar la situación actual de la EIP en las universidades y dentro de la educación continua de los proveedores de atención de salud a través del ministerio de salud.
- Además de fortalecer el aspecto metodológico de la EIP, es también importante fortalecer su trabajo científico conexo, que a su vez apoyará su avance.
- Los países se beneficiarán del proceso actual de reforma de la enseñanza superior, que implica cambios en los reglamentos y las normas, facilitando así la aplicación de la EIP.
- La EIP también debe reflejarse en las leyes y los reglamentos y en las mediciones del desempeño de los profesionales de salud. Actualmente, estos componentes se orientan principalmente por los indicadores de cada profesión por separado, con solo unos pocos indicadores por equipo.
- Un buen paso para comenzar un proyecto centrado en la educación en salud interprofesional es el compromiso de los administradores de sistemas de salud con el trabajo interprofesional y la capacitación de la fuerza laboral existente.
- Necesidad de ampliar y alinear las estrategias o iniciativas para la formación de docentes en la EIP y el trabajo colaborativo, junto con una formación de posgrado que contemple la educación interprofesional en el ámbito de la salud.
- Necesidad de alinear las políticas nacionales dirigidas a los profesionales de la salud. Las políticas que están ya implantadas deben ser reorientadas para centrarse en la educación y colaboración interprofesionales, y debe haber diálogo entre el ministerio de salud y el de educación.
- Necesidad de destacar en el programa de trabajo la importancia de la EIP en la salud, aprovechando las estructuras y los nexos existentes.
- Realizar un mapeo de las experiencias interprofesionales que existen en los países, en educación de pregrado y de posgrado y en capacitación durante la residencia vinculada con actividades o grados universitarios. Una vez que se han identificado estas experiencias, es necesario promoverlas en zonas donde todavía no se aplica la EIP mediante iniciativas piloto organizadas por dependencias gubernamentales que promueven la EIP, incluido su financiamiento.
- Convencer a los administradores locales de personal de alto nivel y obtener financiamiento para evaluar los problemas de salud locales (por ejemplo, alcoholismo, atención rural), para los cuales podrían ser beneficiosas las actividades de EIP.
- En los hospitales, los cambios pueden comenzar en una sala, modificando la cultura para que los médicos, los fisioterapeutas y todo el equipo puedan colaborar trasladando los cambios al resto del hospital.
- En los países donde aún no se ha formulado una estrategia nacional relacionada con la EIP, se requiere una visión concreta del proceso de incorporación a nivel de capacitación gerencial, investigación y otras áreas, y una visión más estratégica e integral de su impacto a nivel macro, medio y micro.

- Necesidad de planificación, reflexión y análisis en forma conjunta por los docentes, los proveedores de servicios de salud, las comunidades y los actores sociales que identifican las necesidades y el potencial del país a nivel de la capacitación, además de una definición de competencias transversales para la atención de salud centrada en las personas.
- Algunos países tienen comisiones interinstitucionales para capacitar recursos humanos para la salud, que podrían ser organizaciones a nivel federal que facilitan la coordinación de dos sectores del gobierno, como la educación y la salud. Estas comisiones se reúnen de manera sistemática y emiten los acuerdos y las recomendaciones que podrían apoyar a la EIP en esos países.
- Las instituciones educativas podrían beneficiarse de una reorganización de todos sus sistemas de estudios de posgrado, con el objetivo de promover el trabajo conjunto entre varias áreas y campos de conocimiento. Esa reorganización es una oportunidad de desarrollar aún más la educación y práctica interprofesional (un ejemplo es la reorganización que realizó la Universidad Autónoma Nacional de México, en la cual se redujeron alrededor de 300 programas de posgrado a solo 41).
- Algunos países tienen experiencias iniciales con la EIP que están restringidas a ciertos lugares. Sin embargo, los cambios pueden influir positivamente en la aplicación de la EIP. Los ejemplos incluyen la incorporación de simulaciones; estudios relacionados con emergencias y desastres; ofrecimientos de trabajo voluntario, que son generalmente independientes de las universidades pero que ahora están incorporándose en los planes curriculares (por ejemplo, el Programa Nacional de Formación en Salud Familiar y Comunitaria de Perú, en el cual el Ministerio de Salud del país, en alianza con algunas universidades, promueve espacios de trabajo colaborativo que generan sistemas de aprendizaje y trabajo interprofesional mucho más sólidos); redes sanitaras integradas que facilitan alianzas estratégicas con universidades; programas que ya integran aspectos de los equipos interprofesionales (como el Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud de Perú, un programa de servicio comunitario dirigido a organizar actividades preventivas y promocionales, principalmente en zonas rurales subdesarrolladas y en zonas urbanas marginales), y organismos que reglamentan los campos clínicos (por ejemplo el Comité Nacional de Pregrado de Salud de Perú).
- En este contexto, el problema de los espacios saturados para la práctica en los hospitales se convierte en una oportunidad valiosa porque obliga a las universidades a que replanteen los espacios de práctica y, posiblemente, se den cuenta de que estos espacios no pueden ser el mejor entorno para la capacitación.
- Además de los profesionales, las instituciones están educando a los ciudadanos y, por consiguiente, están creando espacios de integración y aprendizaje en el arte, la música y el teatro, ofreciéndole a la gente una riqueza cultural en todas sus dimensiones y facilitando la comprensión de que la atención de salud no debería restringirse a una sola perspectiva.
- También es importante integrar y promover visiones y experiencias interculturales (por ejemplo, en Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco, Perú, varios estudiantes y profesores de pregrado y posgrado viven en la comunidad durante algunas semanas para prestar atención de salud integral).

- Además de los perfiles profesionales individuales, también es necesario elaborar perfiles de equipos de salud para reflejar las necesidades de atención de salud integral de la población.

Presentaciones de los grupos de trabajo y debates

Objetivo 1: Cómo crear y poner en práctica programas de EIP en la Región
Objetivo 2: Definir las alianzas potenciales entre los países y dentro de ellos para elaborar y desarrollar programas de EIP
Objetivo 3: Debatir la viabilidad de la EIP y su repercusión en la formación y las oportunidades de fortalecer la fuerza laboral que en el futuro estará a cargo de la atención de la salud

La última exposición fue presentada por Daniel Purcallas y moderada por Francisco Ariza Montoya. Ambos crearon un contexto para que cada país expusiera sus metas futuras de EIP analizando la viabilidad y las repercusiones de la EIP para crear la fuerza laboral de atención de salud del futuro. El doctor Montoya representó al Grupo Formación del Talento Humano en Salud, que forma parte del Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia.

Cada país describió sus metas a 30, 60 y 90 días para poner en práctica la EIP, así como los recursos necesarios para alcanzar sus metas. Además, se identificaron estrategias para establecer alianzas con otros líderes de la EIP en toda América Latina. Se le pidió a cada país que nombrara a una persona que sería el enlace de comunicación entre el país y la OPS. Por último, se les pidió a todos los líderes de los países que presentaran un informe de cinco minutos y proporcionaran información adicional sobre su plan a representantes de la OPS.

Próximos pasos y recomendaciones

Objetivo 1: Resumir los objetivos de la reunión y los procesos usados para alcanzar los objetivos de aprendizaje
Objetivo 2: Señalar las oportunidades de colaboración entre los diversos países para promover la educación interprofesional y la práctica colaborativa
Objetivo 3: Debatir el establecimiento de un grupo técnico para apoyar las actividades de la OPS/OMS con respecto a la EIP

La sesión final culminó con un resumen del taller de tres días y fue conducida por la doctora Silvia Cassiani, siguiendo los comentarios de tres moderadores a quienes se les pidió que describieran el contenido y el formato del taller desde su perspectiva: Marcela Groppo (Argentina), Claudia Brandao Gonçalves (Brasil) y Rigoberto Centeno (Panamá).

La doctora Cassiani comentó que todos (cada una de las mesas de países) habían hecho un gran trabajo identificando las metas, pero les advirtió que deberían fijarse actividades razonables y que puedan completarse en los plazos establecidos. Dijo que fue maravilloso que todos estuvieran “pensando en grande”, pero que era importante descomponer las actividades en pasos manejables, para no abrumarse demasiado en tratar de alcanzar sus metas. La doctora Cassiani proporcionó una cronología dentro de la cual se esperaba que los participantes concluyeran su trabajo. Cada país tendría que presentar un plan de acción a la OPS a más tardar el 20 de febrero del 2017. En el cuadro siguiente se describen los elementos, las fechas límite, las responsabilidades y los materiales para el trabajo en curso.

Item	Deadline	Responsibility	Materials
Plan de acción de EIP	20 FA 20 de febrero del 2017 ebruary 2017	Países	Hoja de cálculo (20 de diciembre del 2016)
Informe de Progreso del Plan de Acción de EIP	15 de abril del 2017	Países	Hoja de cálculo (20 de feAbrero del 2017)
Preparación para el seminario por internet: Resumen de informes de progreso	16-22 de abril del 2017	OPS/OMS/Escuela de Enfermería de la Universidad Washington	N/A
Seminario por internet con los países	Última semana de abril del 2017	OPS/OMS/Escuela de Enfermería de la Universidad Washington	N/A
Próximo evento	Primera semana de septiembre del 2017	País que propone: Brasil	N/A
Red regional de educación interprofesional	Formalizada a través de la Representación de la OPS	Coordinación: Argentina, Brasil y Chile	N/A

Comentarios finales al término de la reunión

La doctora Zierler y la doctora Willgerodt actuaron como facilitadoras en una sesión de comentarios finales sobre el contenido y el formato de la reunión con el objeto de seguir mejorando el proceso.

Las preguntas que se formularon fueron las siguientes: (1) ¿Qué cosas funcionaron bien?, (2) ¿Qué podría haberse hecho mejor? y (3) ¿Qué se lleva de esta reunión?

- ¿Qué cosas funcionaron bien?
- La reunión estuvo bien organizada.
- Hubo oportunidades de aprender unos de otros.
- Los oradores y los facilitadores fueron excelentes.
- Hubo una excelente diversidad de oradores y países representados.
- La OPS hizo un gran trabajo de invitar a los interesados directos clave de cada país, incluidos educadores, representantes de ministerios de salud y educación, funcionarios de entidades de regulación y organizaciones profesionales.
- Todos trabajaron con ahínco para elaborar sus planes de acción de EIP.
- Las presentaciones y las experiencias compartidas fueron muy valiosas.

¿Qué podría haberse hecho mejor?

- Se necesitó más tiempo para las preguntas (a los oradores y moderadores).
- Algunas presentaciones fueron demasiado largas y no hubo tiempo para preguntas.
- Se debió haber invitado a todos los países latinoamericanos (no todos estuvieron representados).

¿Qué se lleva de esta reunión?

- Todos somos de diferentes países, pero nos enfrentamos a retos similares y podemos aprender unos de otros.
- No tenemos que reinventar la rueda, porque las cosas ya se han creado, pero tenemos que colaborar y aprovechar mutuamente el trabajo de los demás.
- La reunión me levantó mucho el ánimo, porque he observado un crecimiento lento en la EIP durante 50 años.
- Estoy sumamente impresionado con los planes de acción preliminares que está elaborando cada país, ¡un trabajo excelente!

DÍA 3: TENDENCIAS Y RETOS DE LA FORMACIÓN EN CIENCIAS DE LA SALUD



Día 3: Tendencias y retos de la formación en ciencias de la salud

Tendencias y retos de la formación en ciencias de la salud: La función del PALTEX

Dr. Silvia Cassiani, Coordinadora Regional del PALTEX y Eduardo Castro, Administrador del PALTEX

El PALTEX, el programa de cooperación técnica de la OPS, ha estado brindando apoyo a la educación en ciencias de la salud durante más de cinco decenios. Actualmente atiende a 20 Estados Miembros de la OPS a través de una red de 530 puntos de distribución ubicados en universidades, centros de servicios de salud y ministerios de salud, y ha proporcionado más de 8 millones de libros e instrumentos a precios accesibles. El PALTEX se dedica a la producción, selección y distribución de recursos de aprendizaje que son técnicamente pertinentes y facilitan a estudiantes y personal de salud el acceso al conocimiento y la educación.

Preguntas a los actores

Decanos, directores, coordinadores académicos y profesores

- ¿Cuáles son las novedades en cuanto a cambios o rediseños curriculares (pedagógico, estrategias didácticas, relación profesor-alumno, tecnología)?
- En el actual Plan de Desarrollo de las unidades académicas se comtempla la modernización tecnológica como apoyo a la docencia, ¿en qué aspectos podría contribuir el PALTEX?
- ¿Cómo ve la capacidad de la Universidad y de los profesores para el uso de teconologías?
- ¿Qué carreras usan simuladores?
- ¿Existen facilidades de conectividad para profesores y estudiantes y dónde se ubican los puntos de Wi-Fi?
- ¿Cómo se utilizan las tecnologías en desarrollo del proceso enseñanza - aprendizaje (ventajas y desventajas).
- ¿Qué herramientas emplean los estudiantes y ustedes para facilitar el apredizaje: fotocopias, libros, revistas, consulta en la biblioteca, laboratorios?

Pan American Health Organization

World Health Organization Americas

Pese al éxito del programa, ahora se ha vuelto necesario que el PALTEX incluya materiales y tecnologías digitales para responder más eficazmente a las nuevas necesidades educativas de los profesionales de la salud y los técnicos en la región, en consonancia con las orientaciones estratégicas y los mandatos de la OPS de lograr la salud universal.

Para evaluar este cambio educativo, la OPS llevó a cabo un estudio con universidades de ciencias de la salud en seis países (Argentina, Brasil, Bolivia, Colombia, México y Jamaica) en el 2016. El estudio se enfocó en analizar las tendencias educativas y los recursos didácticos que existen en las universidades a efectos de reorganizar y modernizar el PALTEX. El análisis descriptivo se basó en la situación actual de los programas académicos en cuanto a las percepciones de los usuarios y las contribuciones de las tecnologías de la información y la comunicación. Se entrevistaron decanos, profesores, coordinadores académicos, bibliotecarios y estudiantes de ciencias de la salud, además de gerentes de conocidas casas editoriales.

Los resultados del estudio dentro del contexto académico fueron los siguientes:

- exposición temprana a prácticas de salud,
- estrategia pedagógica de aprendizaje basado en la solución de problemas,
- proceso didáctico centrado en los estudiantes que administran su capacitación con el asesoramiento de profesores (autocapacitación),
- incorporación de tecnologías de la información y la comunicación (TIC) como herramienta de búsqueda de información y programas de enseñanza a través de medios electrónicos y de computadoras,
- integración entre las ciencias básicas y las clínicas,
- diseño de planes de estudios flexible y basado en competencias,
- selección de pacientes estandarizados, tanto en instrucción como en evaluaciones,
- introducción de laboratorios de simulación para capacitación antes de la rotación en hospitales.

Tecnología en el campo de la formación y respuestas innovadoras de recursos humanos para satisfacer necesidades de salud (primera presentación)

Dr. John Gilbert, Profesor Emérito de la Universidad de Columbia Británica, Profesor adjunto de la Universidad Dalhousie; Presidente fundador de Canadian Interprofessional Health Collaborative (CIHC)

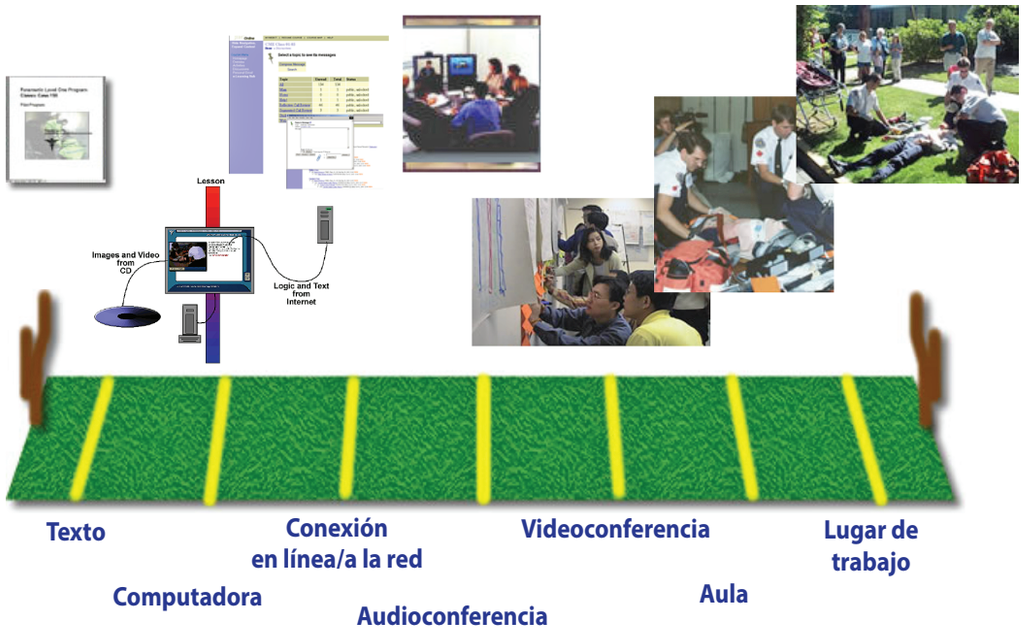
El doctor Gilbert comenzó su presentación sosteniendo en la mano un teléfono inteligente y diciendo que era la mejor herramienta que ha conocido para enseñar. La tecnología ha cambiado en forma importante, y el futuro de la educación médica depende de ella.

La manera en la cual los estudiantes aprenden y la manera en que los profesores enseñan no han cambiado realmente en 5.000 años. Se espera que los estudiantes recuerden lo que los profesores les hayan dicho o lo que hayan leído para poder compilar algunos datos que luego se convierten en nueva información.

La posición del doctor Gilbert durante más de 50 años de enseñar ha cambiado notablemente. Sin embargo, su función sigue guiando el intelecto de los jóvenes que están ansiosos por aprender que hay lugares en la senda del aprendizaje que vale la pena visitar.

Es importante reconocer que, estos días, los libros no son realmente la fuente principal de información para nuestros estudiantes. Libros que alguna vez reposaron en anaqueles de un edificio muy grande ahora pueden recuperarse electrónicamente para el aprendizaje común.

El campo del aprendizaje distribuido



La educación tradicional mantenía la forma de texto-aula-lugar de trabajo. La finalidad de ir a clases era obtener una educación y luego continuar al lugar de trabajo para aprender cómo hacer la labor. Ahora la tecnología brinda a la educación la capacidad de distribuir el aprendizaje a través de esa línea continua, llevándonos a un lugar muy diferente. El aprendizaje distribuido es ahora texto-computadora-conexión en línea/a la red-audioconferencia-videoconferencia-aula-lugar de trabajo. La capacidad de enseñar por teleconferencia o videoconferencia nos trajo de regreso al aula, pero el aula ya no está aquí, el aula está allá en alguna parte. Algunas taxonomías del aprendizaje incluyen el uso de tecnología y apoyo didáctico. Los teléfonos inteligentes son ahora un instrumento de aprendizaje para los estudiantes y una herramienta para que los médicos puedan llegar a comunidades rurales.

La educación no es llenar un recipiente, es encender un fuego. El aprendizaje distribuido nos permite encender el fuego de muchas maneras diferentes además de leer un libro.

Tecnología en el campo de la formación y respuestas innovadoras de recursos humanos para satisfacer necesidades de salud (segunda presentación)

Laura Morán, Presidente de la Asociación Latinoamericana de Escuelas y Universidades de Enfermería (ALADEFE)

La doctora Morán afirmó que varios autores han señalado la necesidad de introducir nuevas tecnologías en el proceso de enseñanza clínica y de explorar las posibilidades del trabajo colaborativo entre profesionales.

Para avanzar en esta área, las universidades y las instituciones de educación superior deben incorporar procesos de innovación y reinvención basados en varios factores, a saber:

Las hipótesis actuales de atención de salud exigen nuevos paradigmas en cuanto a la atención sanitaria y formación de profesionales en el sector de la salud.

La educación de los profesionales de salud requiere incorporar conocimientos, capacidades, actitudes y valores, así como nuevas tecnologías en el proceso de enseñanza clínica. Además, es necesario analizar la posibilidad de realizar trabajo colaborativo interprofesional. A nivel macro, son necesarias la innovación y la reinvención de los procesos en las instituciones de educación superior, junto con el trabajo intersectorial, proyectos educativos que modifiquen las relaciones entre las necesidades sociales y los mercados de trabajo y, flexibilidad en la enseñanza. A micro nivel, es necesario capacitar a profesionales que sean capaces de adaptarse a situaciones complejas e inciertas. El establecimiento de nuevos modelos y las metodologías de enseñanza en los programas de pregrado y postrado conducen a soluciones emprendedoras.

Se ha demostrado que la simulación clínica en enfermería ha permitido que los alumnos desarrollen **capacidades de análisis, síntesis y toma de decisiones**, siendo ésta el eje de creación de una herramienta pedagógica que trabaja el **razonamiento clínico.**

DISEÑO Y EVALUACIÓN DE LA EXPERIENCIA CLÍNICA SIMULADA Y EL ROL PLAYING



La tecnología en la educación se ha acelerado a un ritmo vertiginoso y ha impregnado todos los aspectos de la sociedad, y se ha tornado cada vez más necesaria para educar a los docentes ..

Las tecnologías educativas empleadas en las ciencias de la salud pueden agruparse en la simulación clínica y el aprendizaje virtual con multimedios o material de Internet (ciberaprendizaje).Uno de los beneficios principales de estas tecnologías es que promueven formas nuevas de producción y gestión del conocimiento.

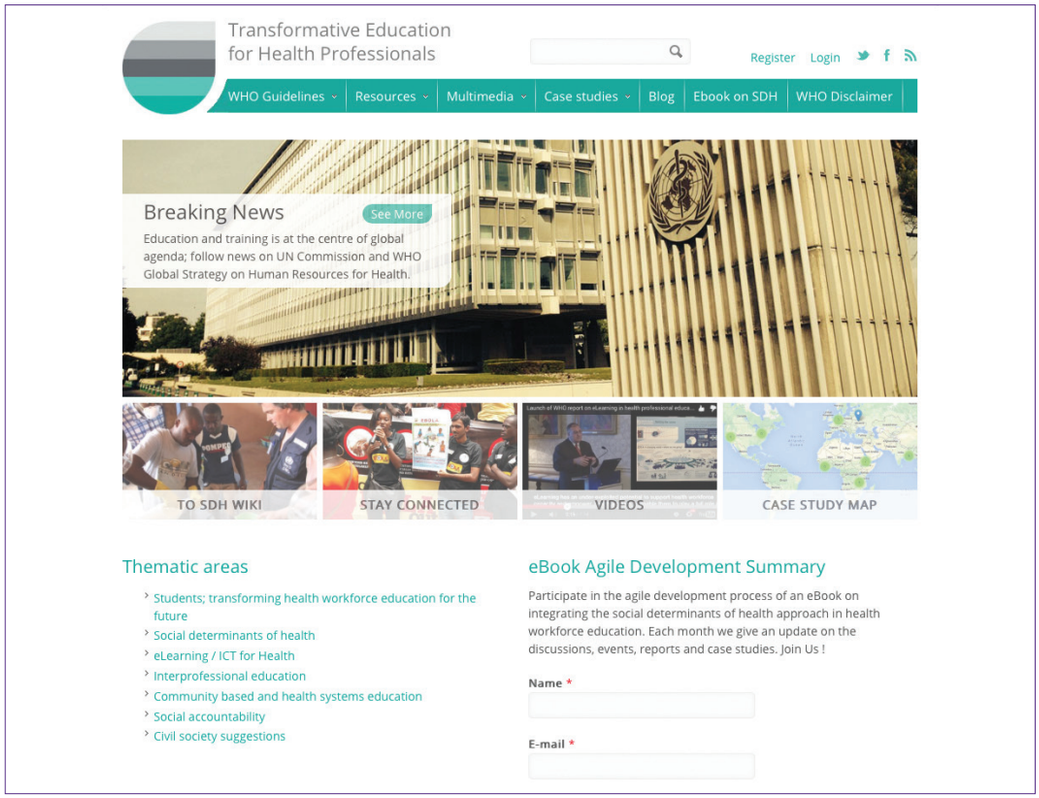
La simulación clínica no solo tiene que ver con clínicas, hospitales y otros aspectos relacionados con el conocimiento sanitario empírico, también incluye el desarrollo de actitudes y destrezas de comunicación. Las destrezas de comunicación pueden abordarse mediante simulación clínica y aspectos de actitudes favorables o desfavorables en relación con el ejercicio de la profesión de salud.

Innovación es salud, e innovar significa romper estructuras. La aplicación de conocimientos prácticos puede ser un catalizador, pero el uso eficaz de la tecnología en las universidades requiere un cambio de paradigmas hacia uno de enseñar y aprender.

Educación transformativa: tecnología en los procesos de autoaprendizaje y desarrollo docente (primera presentación)

Erica Wheeler, Asesora de Recursos Humanos para la Salud, OPS/OMS, Coordinación Subregional de Programas de la OPS, Barbados

La doctora Wheeler mostró el sitio web de la *ePlatform* interactiva para las directrices de la OMS sobre la transformación y expansión de la educación y la capacitación de los profesionales de la salud.



Explicó cómo se hizo uso de la tecnología para desarrollar la *ePlatform* y poder brindar educación a los profesionales sanitarios, reunir a estudiantes e investigadores y lograr una mayor audiencia. La *ePlatform* interactiva tiene un enlace al sitio web de la OMS para recibir comentarios y observaciones. Proporciona una orientación sólida sobre políticas y aspectos técnicos en materia de educación previa al servicio, en particular en países que padecen escasez de médicos, enfermeras, parteras y otros profesionales de la salud. También orienta a los países en la manera de integrar el desarrollo profesional continuo como parte de la expansión de la educación de médicos, enfermeros, parteros y otros profesionales de la salud para asegurar excelencia en la atención, prestación receptiva de servicios de salud y sistemas de salud sostenibles.

La *ePlatform* contiene una biblioteca de videos e imágenes, un *blog* y una sección dedicada a los determinantes sociales. También tiene secciones que se centran en el ciberaprendizaje, la educación interprofesional, los sistemas de educación de salud comunitarios, y la rendición de cuentas social, entre otros temas.

Educación transformativa: tecnología en los procesos de autoaprendizaje y desarrollo docente (segunda presentación)

Gabriel Listovsky, Coordinador del Campus Virtual de Salud Pública, OPS/OMS

El Campus Virtual de Salud Pública (CVSP/OPS) es una iniciativa e instrumento para la cooperación técnica de la OPS y los países de la región, que procura impulsar programas de educación permanente, capacitación en el servicio y educación a distancia en salud. Está diseñado como una red de nódulos, con un nódulo



regional de integración administrado por la OPS/OMS y nódulos del país o institucionales para compartir, colaborar y crear procesos educativos en salud pública. La red abarca más de 160 instituciones de salud pública. El CVSP/OPS cuenta con más de 260.000 participantes que han completado algunos de los cursos virtuales por Internet y utilizando otras aplicaciones diseñadas para dispositivos móviles.

Las ofertas educativas de la red permiten apoyar diferentes modalidades de ejecución, basadas en el potencial del ambiente virtual y ajustadas a las diferentes propuestas educativas y necesidades de los países y las instituciones. Incluyen:

- cursos de capacitación presenciales o programas que incorporan el aprendizaje sistemático y las actividades de seguimiento por medio del ambiente virtual y sus diferentes conocimientos interconectados y recursos de comunicación;
- cursos realizados totalmente en un ambiente virtual, con orientación y tutoría, y grupos definidos de participantes;
- cursos autoguiados con acceso gratuito e individual, utilizando los diferentes materiales disponibles y búsquedas personales en fuentes de información; y
- cursos virtuales que incluyen diferentes fases o segmentos de trabajo presencial.

Sería interesante definir cómo están aprendiendo los estudiantes actuales, qué recursos están empleando y en qué dirección centraremos nuestros esfuerzos. Debemos considerar y ofrecer productos que brinden materiales para instituciones académicas, equipos de instructores y estudiantes, y asegurar que están disponibles en diferentes dispositivos. Debemos capacitar a los profesores abriéndoles las puertas a diversas opciones de trabajo y pensando en la democratización del acceso.

Debates en grupos de trabajo

¿Cuáles son las tendencias y los retos en la educación en salud?

Tendencias: Las tendencias en la educación en salud apuntan hacia la virtualización, espacios maestros dinámicos, enseñanza según competencias, EIP, simulaciones y reducciones de los plazos de enseñanza. Algunos profesores de más edad son renuentes a cambiar o adaptarse a los cambios en la tecnología.

Desde la perspectiva académica y la del ministerio de salud, cabe señalar tres tendencias específicas: educación basada en competencias, adaptación de cambios curriculares del ámbito académico a las necesidades de los servicios de salud en el marco de las prioridades de los países, y la incorporación de tecnologías.

Retos: En cuanto a los retos, es necesario elaborar materiales actualizados, herramientas dinámicas para la enseñanza, foros, presentaciones en PowerPoint y trabajo sobre el terreno, así como adaptarse a nuevas tecnologías y modificar el plan de estudios académico a fin de integrar la educación interprofesional y el uso de nuevas tecnologías. Además, es necesario desarrollar aptitudes y conocimientos en los estudiantes, profesionales y administradores que no utilizan las tecnologías de la información. La capacitación y la educación continua de los profesores universitarios y funcionarios de ministerios de salud deben incorporar

tecnología y educación interprofesional. Hay retos culturales también. Algunos estudiantes pueden estar encantados con la nueva tecnología; otros, sin embargo, incluidos los profesores, tienen temor de usar nueva tecnología.

¿Qué medidas y recomendaciones deben seguirse?

Acciones y recomendaciones: La capacitación de los docentes es importante y debe ser obligatoria. Deben incorporarse nuevas estrategias y tecnologías pedagógicas. Los profesores deben recibir capacitación en tecnologías de la información. Deben desarrollarse estrategias metodológicas para lograr una convergencia eficaz en los participantes; es menester reestructurar los servicios de salud. También es necesario proporcionar espacios para el diálogo entre los funcionarios de entes reguladores y los políticos, así como entre los destinatarios de políticas, para que las decisiones puedan tomarse de una manera más participativa.

Tenemos que crear grupos colaborativos entre las instituciones y entre los países con una perspectiva de cooperación internacional. Tenemos que crear autoespacios para las personas que pueden aprender nuevas tecnologías. Por último, tenemos que usar principios basados en equipos interprofesionales para trabajar con aquellos profesores que no cambiarán.

Anexo

PROGRAMA

Antecedentes

La Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) brinda apoyo constante a los países de la Región de las Américas a fin de mejorar los resultados en materia de salud mediante el fortalecimiento de los sistemas de salud. La Unidad de Recursos Humanos para la Salud (HSS/HR) promueve los esfuerzos que se realizan en toda la Organización para fortalecer la capacidad del personal de salud y contribuye con tales esfuerzos, con el propósito de lograr el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud (la salud universal) en los países de la Región.

Se necesitan enfoques innovadores para elaborar políticas y programas que permitan impulsar el personal de salud en todo el mundo. Se ha reconocido que la colaboración interprofesional es una estrategia innovadora y una de las soluciones más prometedoras para mitigar la crisis mundial de personal de salud. La práctica colaborativa interprofesional en la atención de salud permite que los profesionales procedentes de diferentes áreas aúnen sus esfuerzos para proporcionar servicios integrales al trabajar con los pacientes, sus familiares y las comunidades con el objetivo de ofrecer una atención de máxima calidad en todos los entornos.

Los equipos interprofesionales de atención de salud saben cómo optimizar las aptitudes de sus miembros para prestar servicios de salud holísticos, centrados en el paciente y de alta calidad. En este sentido, la educación interprofesional (EIP) es un paso necesario en el desarrollo de personal de salud que esté debidamente capacitado para responder a las necesidades de salud locales en un entorno dinámico. De allí la importancia de la educación interprofesional como estrategia para fortalecer la capacidad de los recursos humanos para la salud, mejorar los resultados en materia de salud y, en última instancia, fortalecer los sistemas de salud.

La OPS/OMS ha estado debatiendo una nueva agenda regional de recursos humanos para la salud en el marco de la *Estrategia mundial de recursos humanos para la salud* y la salud universal. De acuerdo con la OMS, la adopción generalizada de un modelo de educación interprofesional es una necesidad urgente. Por consiguiente, la iniciativa de comenzar el debate acerca de la educación interprofesional en la Región de las Américas guarda consonancia con las nuevas estrategias regionales y mundiales de recursos humanos para la salud.

Objetivos

El propósito de esta reunión es solicitar a los participantes que proporcionen contribuciones y estimular el debate entre ellos para comprender el contexto de la EIP en los diferentes países de la Región. Uno de los ejes centrales de la reunión será conocer las experiencias de los países en cuanto a la educación interprofesional y la práctica colaborativa interprofesional, y determinar no solo los retos y los obstáculos

que enfrentan sino también los factores que las facilitan, tanto en la práctica como en el nivel educativo y político. El último día se realizará un debate sobre tecnología y formación en el área de ciencias de la salud y la función de PALTEX en cuanto al acceso a estas tecnologías.

Resultados

Elaborar un documento de la OPS/OMS con recomendaciones para la ejecución de programas y políticas sobre la educación interprofesional en América Latina y el Caribe. La OPS/OMS establecerá además un grupo técnico que propondrá iniciativas para desarrollar y mejorar la educación interprofesional en la Región, con el objetivo de promover el acceso a los equipos interprofesionales de salud y, por consiguiente, fortalecer la atención y los sistemas de salud.

Público Objetivo

Representantes de ministerios de salud, ministerios de educación, asociaciones profesionales e instituciones académicas de los países de América Latina y el Caribe.

Metodología

- Reunión técnica regional
- Presentaciones individuales y paneles
- Debates en grupos y en sesiones plenarias

Organización

La Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud está promoviendo esta reunión por medio de la Unidad de los Recursos Humanos para la Salud y el Departamento de Sistemas y Servicios de Salud, en colaboración con la Escuela de Enfermería de la Universidad de Washington (UWSON).

Lugar

Hotel Cosmo 100
Ac. 100 #19A 83, Bogotá, Colombia
Teléfono: +57 1 6444000

AGENDA

Día 1 - Miércoles, 7 de diciembre del 2016

08:00-08:30 *Registro de participantes*

08:30-08:45 **Bienvenida**
Gina Watson, Representante de la OPS/OMS en Colombia
James Fitzgerald, Director, Departamento de Sistemas y Servicios de Salud, OPS/OMS
Silvia Cassiani, Asesora Regional de Enfermería y Técnicos en Salud, OPS/OMS

08:45-09:20 **Agenda, logística y presentación de los participantes**
Azita Emami, Directora, University of Washington School of Nursing
Brenda Zierler, Directora de Investigación y Capacitación, Center for Health Sciences Interprofessional Education, Research, and Practice (CHSIERP), University of Washington
Sabrina Mikael, Consultora Internacional, Unidad de Recursos Humanos para la Salud, OPS/OMS

09:20-09:40 **Fundamento de la educación interprofesional**
Malcolm Cox, Co-presidente, Global Forum on Innovation in Health Professions Education, National Academy of Medicine (NAM), Estados Unidos de America
Moderador: Arlindo Phillip, Profesor, Escuela de Salud Pública, Universidade de São Paulo
Objetivo 1: *Definir y describir la EIP y su relación con la atención de salud colaborativa basada en el trabajo en equipo*
Objetivo 2: *Examinar los datos científicos sobre la eficacia de la EIP en la mejora de los resultados de salud de los pacientes y de la población en general*

09:40-10:00 **Marco para la educación y la colaboración interprofesionales a nivel nacional, regional y mundial**
John Gilbert, Profesor Emérito, University of British Columbia, y Presidente Fundador, Canadian Interprofessional Health Collaborative
Moderador: CHILE - Eduardo Tobar Almonacid, Director Académico, Facultad de Medicina de la, Universidad de Chile
Objetivo 1: *Debatir la manera en que se puede diseñar la EIP para preparar al personal de salud de todo el mundo para la colaboración interprofesional*

Objetivo 2: *Describir el marco de acción de la OMS en el ámbito de la educación y la colaboración interprofesionales, dar ejemplos de lugares donde se ha puesto en práctica y debatir la manera en que las políticas pueden generar obstáculos que afecten la EIP*

10:00-10:20 **Bases de la educación interprofesional: características, recursos y compromiso individuales e institucionales que brindan apoyo al trabajo en equipo**
Mayumi Willgerodt, Directora de Estudios de Posgrado, Profesora de la Escuela de Enfermería de la University of Washington
Moderador: MEXICO - Ricardo Octavio Morales Carmona, Director General Adjunto, Dirección General de Calidad y Educación en Salud, Secretaría de Salud México
Objetivo 1: *Debatir los recursos y las estrategias institucionales que se necesitan para brindar apoyo a la ejecución, el desarrollo y la evaluación de la EIP*
Objetivo 2: *Determinar las barreras individuales, institucionales y de política que deben superarse para mantener las iniciativas de EIP*

10:20-10:35 *Café*

10:35-12:30 *EIP - Grupos de trabajo y discusiones*
Objetivo 1: *Debatir el estado actual de la formación en el ámbito de la salud y la función de la EIP en cuanto a la transformación y la expansión de la formación y la capacitación de los profesionales de la salud*
Objetivo 2: *Analizar el significado de la EIP dentro del contexto institucional*

12:30-13:30 *Almuerzo*

13:30-13:50 **Capacitación docente para la educación interprofesional**
Brenda Zierler, Directora de Investigación y Capacitación, CHSIERP, University of Washington
Moderador: COSTA RICA - Lizbeth Salazar, Directora, Escuela de Medicina, Universidad de Costa Rica
Objetivo 1: *Determinar y analizar cuáles son las aptitudes necesarias para la enseñanza en un entorno de EIP, así como las barreras individuales e institucionales que afectan la EIP*
Objetivo 2: *Debatir los enfoques adoptados para preparar a docentes de las diferentes áreas de la salud y a profesionales clínicos que han adoptado la colaboración interprofesional a fin de que lideren los esfuerzos relacionados con la EIP y promuevan la atención interprofesional basada en el trabajo en equipo*

13:50 -14:20 **PANEL: Diseño e implementación del currículo para la educación interprofesional**
Malcolm Cox, Co-Presidente, Global Forum on Innovation in Health Professions Education, NAM
Brenda Zierler, Directora de Investigación y Capacitación, CHSIERP, University of Washington

Moderador: BRASIL - Erika Rodrigues de Almeida, Coordinadora de Expansión General y Gestión de la Educación en Salud, Departamento de Educación Superior, Ministerio de Educación de Brasil
Objetivo 1: *Examinar un modelo conceptual de EIP que abarque el proceso continuo comprendido desde la formación hasta el ejercicio profesional*
Objetivo 2: *Debatir un marco conceptual para la EIP en el que se describa la intersección entre la EIP y la educación básica, la educación de grado y de posgrado, y los programas de desarrollo profesional continuo*

14:20 -14:40 **Transformación y expansión de la formación y la capacitación de los profesionales de la salud**
Erica Wheeler, Asesora de Recursos Humanos para la Salud, Coordinación Subregional de Programas de la OPS/OMS, Barbados
Moderador: URUGUAY - Mercedes Pérez, Decana, Facultad de Enfermería, Universidad de la República
Objetivo 1: *Debatir brevemente el estado actual de la formación en el ámbito de la salud a nivel mundial y presentar detalles específicos de la Región de las Américas*
Objetivo 2: *Debatir la visión de la educación transformativa y las recomendaciones para transformar y expandir la formación y la capacitación de los profesionales de la salud*

14:40 -15:45 *EIP - Grupos de trabajo y discusiones*
Objetivo 1: *Describir las oportunidades, los retos, las barreras y los factores que facilitan la elaboración y puesta en práctica de programas de estudios relacionados con la EIP*
Objetivo 2: *Debatir las oportunidades y los retos en la capacitación de profesores para la EIP dentro del contexto institucional*

15:45 -16:00 *Café*

16:00-17:30 *EIP - Grupos de trabajo y discusiones (continuación)*

AGENDA

Día 2 - Jueves, 8 de diciembre del 2016

08:00-09:45

PANEL: Experiencias en los países y la educación interprofesional
Moderador: PERÚ - María Paola Lucía Llosa Isenrich, Decana, Facultad de Medicina Alberto Hurtado, Universidad Peruana Cayetano Heredia
Argentina: Educación interprofesional y práctica colaborativa
Larisa Carrera, Directora, Escuela de Ciencias Médicas, Universidad Nacional del Litoral
Objetivo 1: *Analizar el estado y las políticas actuales que apoyan u obstaculizan la EIP en Argentina*
Objetivo 2: *Describir las enseñanzas positivas y negativas que se han extraído del establecimiento de la educación interprofesional y práctica colaborativa en Argentina*
España: Salud pública y educación interprofesional
Juan Jose Buenza, Director, Programa Interprofesional y de Práctica Colaborativa de la Facultad de Ciencias Biomédicas y de la Salud, Universidad Europea
Objetivo 1: *Debatir la visión y las metas que deben establecerse al integrar la EIP en el sector de salud pública con el objetivo de abordar los resultados de salud*
Objetivo 2: *Describir los beneficios y los retos que se generan en el ámbito de la salud pública al adoptar la EIP*
Chile: Educación interprofesional en la enseñanza de las ciencias de la salud
Eduardo Tobar Almonacid, Director Académico, Facultad de Medicina de la Universidad de Chile
Objetivo 1: *Analizar la puesta en práctica de la EIP en Chile y su estado actual*
Objetivo 2: *Describir los beneficios y los retos que se generan al adoptar la EIP*
Brasil: Iniciativas de educación interprofesional
Marcelo Viana da Costa, Profesor de Maestría en Docencia en Salud, Universidade Federal de Rio Grande do Norte
Objetivo 1: *Analizar el estado y las políticas actuales que apoyan u obstaculizan la EIP en Brasil*
Objetivo 2: *Determinar las oportunidades de colaborar en la práctica y la evaluación de la EIP*
Canadá: *Canadian Interprofessional Health Collaborative*
John Gilbert, Profesor Emérito, University of British Columbia y Presidente Fundador, Canadian Interprofessional Health Collaborative (CIHC)

Objetivo 1: *Describir las estrategias usadas y los obstáculos enfrentados al armonizar la EIP con la práctica colaborativa para transformar la atención de salud en Canadá*
Objetivo 2: *Analizar la visión y las metas del CIHC para promover el liderazgo en el ámbito de la EIP en Canadá*
Reino Unido: *Center for Advancement of Interprofessional Education*
Elizabeth Anderson, Profesora de Educación Interprofesional, College of Medicine, Biological Sciences and Psychology, University of Leicester
Objetivo 1: *Analizar la visión y las metas del Center for Advancement of Interprofessional Education (CAIPE) para promover la educación interprofesional y la práctica colaborativa en Europa*
Objetivo 2: *Describir las enseñanzas positivas y negativas extraídas del establecimiento de un centro nacional de EIP*

09:45-10:45 *EIP - Grupos de trabajo y discusiones*
Objetivo 1: *Comparar y contrastar distintos enfoques desde los cuales se abordan la educación interprofesional y la práctica colaborativa desde diferentes perspectivas internacionales*
Objetivo 2: *Debatir los distintos enfoques y estrategias de la EIP dentro del contexto institucional*

10:45-11:00 *Café*

11:00-12:00 *EIP - Grupos de trabajo y discusiones (continuación)*

12:00-13:00 *Almuerzo*

13:00-13:20 **Regulación de la práctica de los profesionales de la salud y sus implicaciones para la práctica colaborativa**
Hernán Sepúlveda, Asesor Regional de Recursos Humanos para la Salud, OPS/OMS
Moderador: PERÚ - Manuel León Nuñez Vergara, Director de Relaciones Internacionales, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Objetivo 1: *Determinar el marco de acción de la regulación profesional en diferentes países de la Región*
Objetivo 2: *Debatir las implicaciones de la regulación profesional de la práctica colaborativa interprofesional I*

13:20-13:40 **Gestión de equipos de salud interprofesionales**
Brenda Zierler, Directora de Investigación y Capacitación, CHSIERP, University of Washington
Moderador: COSTA RICA - Sinaí Valverde Ceciliano, Dirección de Garantía de Acceso a Servicios de Salud (DGASS), Ministerio de Salud Costa Rica
Objetivo 1: *Describir los modelos de gestión de equipos de salud interprofesionales y las implicaciones de su adopción y desarrollo*
Objetivo 2: *Describir las enseñanzas positivas y negativas extraídas del establecimiento de modelos de gestión de equipos de salud interprofesionales*

13:40-14:40	*EIP - Grupos de trabajo y discusiones* **Objetivo 1:** *Debatir los modelos de gestión de equipos de salud interprofesionales y las enseñanzas extraídas al llevarlos a la práctica* **Objetivo 2:** *Debatir la repercusión de la regulación de las profesiones del sector de la salud en el contexto de la práctica colaborativa*
14:40-15:00	*Café*
15:00-17:00	*EIP - Presentaciones de los grupos de trabajo* *Moderadores: COLOMBIA - Francisco Ariza Montoya, Coordinador del Grupo de Formación de Talento Humano en Salud, Ministerio de Salud y Protección Social; PANAMÁ - Daniel Purcallas, Coordinador, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Latina de Panamá* **Objetivo 1:** *Cómo crear y poner en práctica programas de EIP en la Región* **Objetivo 2:** *Definir las alianzas potenciales entre los países y dentro de ellos para elaborar y desarrollar programas de EIP* **Objetivo 3:** *Debatir la viabilidad de la EIP y su repercusión en la formación, y las oportunidades de fortalecer la fuerza laboral que en el futuro estará a cargo de la atención de la salud*
17:00-18:00	**Próximos pasos y recomendaciones** *Silvia Cassiani, Asesora Regional de Enfermería y Técnicos en Salud, OPS/OMS* *Sabrina Mikael, Consultora Internacional, Unidad de Recursos Humanos para la Salud, OPS/OMS* *Brenda Zierler, Directora de Investigación y Capacitación, CHSIERP, University of Washington* *Moderadores:* *ARGENTINA - Marcela Groppo, Directora de Acreditación, Comisión Nacional de Evaluación y Acreditación Universitaria, Ministerio de Educación y Deportes* *BRASIL - Cláudia Brandão Gonçalves, Directora del Departamento de Gestión de la Educación en Salud – Sustituto, Secretaria de Gestión de Trabajo y Educación para la Salud (SGTES), Ministerio de Salud de Brasil* *PANAMÁ - Rigoberto Centeno, Columbus University y la Universidad Latina, Sociedad Panameña de Salud Pública* **Objetivo 1:** *Resumir los objetivos de la reunión y los procesos usados para alcanzar los objetivos de aprendizaje* **Objetivo 2:** *Señalar las oportunidades de colaboración entre los diversos países para promover la educación interprofesional y la práctica colaborativa* **Objetivo 3:** *Debatir el establecimiento de un grupo técnico para apoyar las actividades de la OPS/OMS con respecto a la EIP*

AGENDA

Día 3 - Viernes, 9 de diciembre del 2016

08:30-08:45	**Formación en las ciencias de la salud para lograr la salud universal** *Gina Watson, Representante de la OPS/OMS en Colombia*
08:45- 09:00	**Tendencias y retos de la formación en las ciencias de la salud: la función de PALTEX** *Silvia Cassiani, Coordinadora Regional, PALTEX, OPS/OMS*
09:00-09:30	**Tecnología en el campo de la formación y respuestas innovadoras para satisfacer las necesidades de salud de los recursos humanos** *John Gilbert, Profesor Emérito, University of British Columbia y Presidente Fundador, Canadian Interprofessional Health Collaborative* *Laura Morán, Presidenta, Asociación Latinoamericana de Escuelas y Facultades de Enfermería (ALADEFE)*
09:30-10:30	*PALTEX - Grupos de trabajo y discusiones*
10:30-10:45	*Café*
10:45-12:00	*PALTEX - Grupos de trabajo y discusiones*
12:00-13:00	*Almuerzo*
13:00-14:00	**Educación transformativa: tecnología en los procesos de autoaprendizaje y desarrollo docente** *Erica Wheeler, Asesora de Recursos Humanos para la Salud, OPS/OMS* *Gabriel Listovsky, Coordinador Campus Virtual de Salud Pública, OPS/OMS*
14:00-16:00	*PALTEX - Grupos de trabajo, presentaciones y discusiones*
16:00-16:15	*Café*
16:15-17:00	**Conclusiones** *Silvia Cassiani, Coordinadora Regional, PALTEX, OPS/OMS*
17:00-17:30	**Comentarios finales** *James Fitzgerald, Director, Departamento de Sistemas y Servicios de Salud, OPS/OMS* *Fernando Menezes, Jefe de Unidad, Unidad de Recursos Humanos para la Salud, OPS/OMReferencias*

Lista de Participantes



ARGENTINA

Kumiko Eiguchi
Subsecretaría de Políticas, Regulación y Fiscalización
Ministerio de Salud de la Nación
Buenos Aires, Argentina

Larisa Carrera
Decana, Facultad de Ciencias Médicas
Universidad Nacional del Litoral
Santa Fe, Argentina

Marcela Groppo
Directora de Acreditación de la
Comisión Nacional de Evaluación y Acreditación Universitaria
Ministerio de Educación de la Nación
Buenos Aires, Argentina

BRASIL

Arlindo Philippi Junior
Profesor
Escuela de Salud Pública
Universidade de São Paulo
São Paulo, Brasil

Cláudia Brandão Gonçalves
Directora del Departamento de Gestión de Educación en Salud
Substituta de la Secretaría de Gestión el Trabajo y de Educación en Salud – SGTES
Ministerio de Salud
Brasilia, Brasil

Erika Rodrigues de Almeida
Coordinadora General de Expansión y Gestión de la Educación en Salud
Dirección de Desarrollo de la Educación en Salud
Secretaría de Educación Superior
Ministerio de Educación
Brasilia, Brasil

José Rodrigues Freire Filho
Asesor del Departamento de Gestión de Educación de Salud
Ministerio de Salud
Brasilia, Brasil

Marcelo Viana da Costa
Profesor
Universidade do Estado do Rio Grande do Norte
Natal, Brasil

Marcia Valeria Ribeiro de Queiroz Santan
Superintendente de Gestão Profissional e Educação na Saúde
Governo do Estado do Tocantins
Palmas, Brasil

CANADÁ

John Gilbert
Profesor Emérito
University of British Columbia, Canadá
Presidente Fundador
Canadian Interprofessional Health Collaborative
Vancouver, Canadá

CHILE

Antonio Orellana
Presidente
Asociación de Facultades de Medicina de Chile
Valparaíso, Chile

Consuelo Cerón
Miembro del Consejo Asesor
Asociación Chilena de Educación en Enfermería
Santiago, Chile

Eduardo Tobar Almonacid
Director Académico, Facultad de Medicina
Universidad de Chile
Santiago, Chile

Michelle Guillou Maudet
Departamento de Planificación y Control de Gestión de Recursos Humanos en Salud Ministerio de Salud
Santiago, Chile

Paz Soto
Presidenta
Asociación Chilena de Educación en Enfermería
Santiago, Chile

COLOMBIA

Eliana Hurtado
Consultora de la Dirección de Desarrollo de Talento Humano en Salud
Ministerio de Salud y Protección Social Colombia
Bogotá, Colombia

Fabiola Castellanos
Vicepresidenta
Asociación Colombiana de Facultades de Enfermería (ACOFAEN)
Bogotá, Colombia

Francisco Ariza Montoya
Coordinador del Grupo de Formación de Talento Humano en Salud
Ministerio de Salud y Protección Social Colombia
Bogotá, Colombia

Johan Másmela Murcia
Presidente
Junta Directiva Nacional
Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia
Bogotá, Colombia

Myriam Duran Parra
Vicepresidenta de la Región Andina
Asociación Colombiana de Facultades de Enfermería (ACOFAEN)
Bogotá, Colombia

Renata Virginia González Consuegra
Presidenta
Asociación Colombiana de Facultades de Enfermería (ACOFAEN)
Bogotá, Colombia

Yenny Barajas
Profesional Especializada de la Dirección de Desarrollo de
Talento Humano en Salud
Ministerio de Salud y Protección Social Colombia
Bogotá, Colombia

COSTA RICA

Lizbeth Salazar Sanchez
Directora, Escuela de Medicina
Universidad de Costa Rica
San José, Costa Rica

Sinaí Valverde Ceciliano
Dirección de Garantía de Acceso a Servicios de Salud (DGASS)
Ministerio de Salud Costa Rica
San José, Costa Rica

GUATEMALA

Alfredo Moreno Quiñonez
Facultad de Medicina, Universidad de San Carlos de Guatemala
Ciudad de Guatemala, Guatemala

Alicia Ruano De La Cruz
Departamento de Formación de Recursos Humanos en Salud
Ministerio de Salud Guatemala
Ciudad de Guatemala, Guatemala

Marina Méndez Guerra
Coordinación Interinstitucional
Ministerio de Salud Guatemala
Ciudad de Guatemala, Guatemala

JAMAICA

Steve Weaver
Decano, Escuela de Enfermería de la University of the West Indies (UWISON)
Kingston, Jamaica

MÉXICO

Laura Morán
Presidenta
Asociación Latinoamericana de Escuelas y Facultades de Enfermería
ALADAFE
Ciudad de México, México

Ricardo Octavio Morales Carmona
Director General Adjunto
Dirección General de Calidad y Educación en Salud
Ministerio de Salud México
Ciudad de México, México

Salvador Malo Álvarez
Director General de Educación Superior Universitaria
Secretaría de Educación Pública
Ministerio de Educación México
Ciudad de México, México

PANAMÁ

Daniel Purcallas
Coordinador, Facultad de Ciencias Médicas
Universidad Latina de Panamá
Panamá, Panamá

Rigoberto Centeno
Profesor Salud Pública
Universidad Latina
Sociedad Panameña de Salud Pública
Panamá, Panamá

PERÚ

Manuel León Nuñez Vergara
Director de Relaciones Internacionales
Facultad de Medicina, Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Lima, Perú

María Paola Lucía Llosa Isenrich
Decana, Facultad de Medicina Alberto Hurtado
Universidad Peruana Cayetano Heredia
Lima, Perú

ESPAÑA

Juan José Beunza
Profesor Asociado de Salud Pública y Educación Interprofesional
Director del Programa de Práctica y Colaboración Interprofesional
Facultad de Ciencias Biomédicas y de la Salud, Universidad Europea de Madrid
(Universidad Internacional Laureate)
Madrid, España

ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA

Brenda Zierler
Directora de Investigación y Capacitación
Center for Health Sciences Interprofessional Education,
Research, and Practice (CHSIERP)
University of Washington
Seattle, Estados Unidos de América

Malcolm Cox
Co-Presidente
Global Forum on Innovation in Health Professions Education
U.S. National Academy of Medicine Chair
National Academic Affiliations Council
Philadelphia, Estados Unidos de América

Mayumi Willgerodt
Profesora
Departamento de Enfermería Bioconductual y Sistemas de Salud
Escuela de Enfermería
University of Washington
Seattle, Estados Unidos de América

URUGUAY

Mercedes Pérez
Decana, Facultad de Enfermería
Universidad de la República
Montevideo, Uruguay

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD

Silvia Cassiani
Asesora Regional en Enfermería y Técnicos de Salud
Recursos Humanos para la Salud
Organización Panamericana de la Salud
Washington, D.C., Estados Unidos de América

Hernán Sepúlveda
Asesor en Recursos Humanos para la Salud
Recursos Humanos para la Salud
Organización Panamericana de la Salud
Washington, D.C., Estados Unidos de América

Erica Wheeler
Asesora en Recursos Humanos para la Salud
Programa Subregional de Coordinación
Organización Panamericana de la Salud
Bridgetown, Barbados

Eduardo Castro
Especialista en administración del PALTEX
Recursos Humanos para la Salud
Organización Panamericana de la Salud
Washington, D.C., Estados Unidos de América

Rossana Frías de Yaksic
Técnica editorial del PALTEX
Recursos Humanos para la Salud
Organización Panamericana de la Salud
Washington, D.C., Estados Unidos de América

Gabriel Listovsky
Coordinador del Campus Virtual de Salud Pública
Recursos Humanos para la Salud
Organización Panamericana de la Salud
Panamá, Panamá

Debora Yanco
Consultora Nacional
Recursos Humanos para la Salud
Organización Panamericana de la Salud
Buenos Aires, Argentina

Angela María Zambrano Ospina
Consultora en Medicamentos y Tecnologías Sanitarias
Organización Panamericana de la Salud
Bogotá, Colombia

Monica Diniz Durães
Consultora Nacional
Recursos Humanos para la Salud
Organización Panamericana de la Salud
Brasilia, Brasil

Sabrina Mikael
Consultora Internacional
Recursos Humanos para la Salud
Organización Panamericana de la Salud
Washington, D.C., Estados Unidos de América

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. Estrategia mundial de recursos humanos para la salud: personal sanitario 2030. OMS; 2014. Disponible en: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_38-sp.pdf

2. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud, 53.º Consejo Directivo de la OPS, 66.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas, del 29 de septiembre al 3 de octubre de 2014; Washington, D.C. OPS; 2014. Disponible: http://www.paho.org/uhexchange/index.php/en/uhexchange-documents/informacion-tecnica/27-estrategia-para-el-acceso-universal-a-la-salud-y-la-cobertura-universal-de-salud/file

3. Institute of Medicine. Measuring the impact of la EIP on collaborative practice and patient outcomes. Washington, D.C.: National Academies Press; 2015.

4. Organización Mundial de la Salud. Transformar la formación de la fuerza de trabajo sanitaria para apoyar la cobertura sanitaria universal. 66.ª Asamblea Mundial de la Salud, del 20 al 28 de mayo del 2013. Ginebra, Suiza. Ginebra: OMS; 2013 (resolución WHA66.23) [consultado el 6 de noviembre del 2017]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/151137/1/A66_R23-sp.pdf

5. Barr H, Beunza J. La educación interprofesional: Una visión económica. La triple meta para el futuro de la sanidad. *Papeles de economía española*. 2014;142.

6. Reeves S, Fletcher S, Barr H, Birch I, Boet E. et al A BEME systematic review of the effects of interprofessional education: BEME Guide No. 39. *Medical Teacher.* 2016;38(7):656-668.

7. Murphy GT, Alder R, MacKenzie A, Rigby J. Model of Care Initiative in Nova Scotia (MOCINS): Final Evaluation Report. Halifax: Nova Scotia Department of Health; 2010.

8. Advisory Committee on Health Delivery and Human Resources. How many are enough? Redefining self-sufficiency for the health workforce. Available from: https://www.canada.ca/content/dam/hc-sc/migration/hc-sc/hcs-sss/alt_formats/pdf/pubs/hhrhs/2009-self-sufficiency-autosuffisance/2009-hme-eng.pdf

9. Organización Panamericana de la Salud. Recursos humanos para la salud: aumentar el acceso al personal sanitario capacitado en sistemas de salud basados en la atención primaria de salud. 52.º Consejo Directivo de la OPS, 65.a sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 30 de septiembre al 4 de octubre del 2013. Washington, DC: OPS; 2013 (documento CD52/6) [consultado el 6 de noviembre del 2017]. Disponible en: http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/4441/CD52-R13-esp.pdf?sequence=2&isAllowed=y

10. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud, Resolución CD53.R14, 53.º Consejo Directivo de la OPS. Washington, D.C: OPS; 2014.