

Webinar

Cuidado interprofesional en salud para el siglo XXI

REIP
Red Regional de Educación Interprofesional de las Américas

21 Jueves, 21 de mayo de 2020

3 PM (hora de Brasil)

Organización Panamericana de la Salud
OPS

CAMPUS VIRTUAL DE SALUD PÚBLICA

Respuestas a las preguntas del chat

Presentador: Dr. Ricardo A. Ayala

Coordinación: José Rodrigues Freire Filho, Marcelo Viana da Costa e Iván Chavez

1. ¿Como usted ve la relación de las metodologías de educación popular en las prácticas de las profesiones actuantes en las políticas de salud? *Felipe Garcia*

La educación en general, pero también la educación popular, es un muy buen ejemplo de colaboración interprofesional, ya que, al no estar monopolizada por una profesión única, constituye más un campo de aplicación que una disciplina como tal. Si bien la pedagogía es central, la educación popular no podría desarrollarse de la forma en que lo ha hecho si no hubiese tenido aportes importantes de la filosofía, la sociología crítica y el trabajo social. Uno de los objetivos principales de la educación, en un sentido amplio, es el modificar el 'mundo interno' del individuo, lo cual, sin duda, no puede lograrse entendiendo únicamente sus mecanismos cognitivos (i.e., psicologización de la educación).

2. ¿En cuanto a Conocimiento, Desempeño y Actitud que tanto en trabajo interprofesional se puede lograr el MODELO MENTAL COMPARTIDO? *Jose Alvarado*

Éste es un aspecto interesante de discutir, porque si bien yo no estudio los fenómenos que ocurren en la mente, el modelo mental compartido comparte muchos principios con la teoría de sistemas sociales ([Luhmann](#)), sobre todo en cuanto al proceso de decodificación de mensajes de parte de un receptor, que al estar interferido por sus preconcepciones, es difícil que ocurra una comprensión mutua genuina. Eso mismo puede extrapolarse a las profesiones como sistemas que tienen ciertos esquemas de razonamiento, estilos de pensamiento y preferencias argumentativas, lo que crea un efecto de 'ininteligibilidad' o incompresibilidad entre sí. (Esto se aborda en detalle en el capítulo titulado [El Cuidado Interprofesional Como Sistema y Sistema](#)). No obstante, es importante que cuando hay una intención comunicativa verdadera entre miembros de profesiones diferentes, los interactuantes deben necesariamente 'reducir la complejidad' de sus parámetros de observación de la realidad. En este ejercicio mutuo de dejar fuera lo accesorio y escoger

lo medular para incluir en el mensaje, se puede crear un *common ground* en el que las profesiones puedan escucharse, comprenderse e incluso crear algo nuevo.

3. ¿Qué ejemplos prácticos de interprofesionalidad nos sugiere el profesor Ricardo para trabajar en el noreste de Brasil? *Renato Mendes*

Teniendo en mente el concepto de *one health* del que hablé en el webinar, y aprovechando la crisis actual, sería tal vez una buena idea comenzar a trabajar en un enfoque multiprofesional para el problema de la deforestación. Junto al tráfico de fauna silvestre, la deforestación y el extractivismo de materias primas cuentan entre las causas de las zoonosis que afectan (y seguirán afectando) la salud humana, ya que, al intervenir los ecosistemas de tal manera, entran en contacto con el ser humano especies animales (y microorganismos) con las que no estamos habitualmente en contacto. Este escenario se asemeja muy cercanamente al escenario en que se han generado otras enfermedades zoonóticas, como África y Asia. Sin duda, un trabajo de tal envergadura no será posible sino desarrollando también lazos de colaboración en [‘triple hélice’](#), es decir, una alianza entre la academia, el sector público y la industria.

4. En este momento de pandemia, ¿cuál es el papel del trabajo interprofesional en salud? *Carolinne Pinheiro*

Ninguna pandemia se puede entender desde una única profesión, ya que mientras el contagio es un evento *microbiológico*, la pandemia es un evento *sociopolítico* – involucra la respuesta de los gobiernos y de las entidades supranacionales para hacer frente al contagio, y como tal, refleja los valores de la sociedad en que ocurre, o al menos la forma en que está organizada (i.e., [cómo el contagio afecta a distintos grupos sociales de manera heterogénea](#)). Una epidemia, como todas las crisis, es un momento para cuestionarnos las formas y las estructuras a través de las que nos relacionamos, y en ese contexto yo no diría que *hay* un papel para el trabajo interprofesional, sino que *es* un trabajo interprofesional. Y este trabajo es, de hecho, *interprofesional*, pero también *interniveles*, *intersectorial*, *internacional*. Más que nunca, lo *inter* superara en efectividad a lo *mono*.

5. ¿Quisiera saber desde tu experiencia como fue ese tránsito de cambio entre el modelo de trabajo en equipo y el modelo de colaboración interprofesional? *Edgardo Ortega*

Ésta es una pregunta de naturaleza bastante sociológica. Son procesos de larga duración, con cambios muy graduales; tanto, que son imperceptibles en el día a día. En esencia, diría que obedece a dos procesos principales. El primero es una actitud crítica hacia la figura de la autoridad: cada generación es menos susceptible a la influencia de las instituciones tradicionales, como la familia, los maestros, los jefes (i.e., una persona no tiene la razón en virtud de su autoridad en la estructura social, sino porque tiene un fundamento; entonces fundamento y autoridad se disocian), y esto se refleja en una cierta horizontalidad en las relaciones entre personas de distintos grupos sociales, que deriva de un fuerte [énfasis en el individuo](#), y por tanto en la sociedad moderna el individuo es el centro de la sociedad, más que las instituciones. El segundo es un proceso, de larga data, de evolución del sistema educativo, que pasa de un modelo de formación para la élite (siglo XIX y parte del XX), a un modelo de educación de masas (siglo XX), a un modelo de [educación universal](#) (desde fines del siglo XX). Esta transformación de la educación reconfigura las jerarquías en la cultura organizacional, que algunos llaman ‘democratización’ de las organizaciones.

6. Excelente presentación, amplía nuestra visión. Trabajo como médico y noto algunas dificultades de otros profesionales para impugnar cualquier proposición médica (en el modelo jerárquico), incluso si la proposición es bastante irrazonable, especialmente cuando está muy en línea con el modelo biomédico). ¿Alguna sugerencia para apoyar la horizontalidad en los grupos de trabajo? *Andrea Araujo*

Gracias, Andrea. He constatado esta observación también durante mis visitas en terreno, y de hecho escribí sobre esto en un artículo titulado [Reconfiguring Patterns of Power](#), en 2015. Así como otros profesionales tienen dificultades para contradecir al médico, los trabajadores técnicos tienen también dificultades para contradecir a profesionales no médicos. Y mientras mayor sea la asimetría de autoridad, mayor esa dificultad. Desde hace un tiempo hemos estado tensionando el problema de dar tanta importancia al concepto de ‘rol’. Al considerar que *hay* un rol, se asume que hay

también una expectativa de comportamiento, una cierta ‘normalidad’ en la forma en que un profesional típico de una categoría dada debiese comportarse, así como se habla a veces del ‘rol de paciente’, que espera, en silencio, sin cuestionar mucho, que se entrega a las terapias y cuidados, etc.; y cuando todo eso se cumple se habla incluso de ‘un buen paciente’ (satisface la expectativa). Lo mismo ocurre (¿ocurría?) cuando se hablaba del ‘rol de la mujer’, del rol de un padre, como si hubiese tareas, comportamientos e incluso actitudes que son intrínsecas, que no las creamos nosotros mismos a través de un ‘contrato’ tácito en la vida social. Este modelo por roles, que en teoría sociológica denominamos ‘[modelo funcionalista](#)’, si se lo interroga críticamente, requiere diálogos permanentes poniendo el énfasis en las estructuras de opresión (i.e., el patriarcado, que hasta cierto punto imprime en profesión médica una figura de autoridad ‘incuestionable’). La noción de rol es peligrosa, a mi parecer, sobre todo si se la considera como algo estático. En eso puede contribuir el enfoque de colaboración interprofesional, al abrir espacios de trabajo en común, pero también de reflexión en conjunto.

7. ¿Podría mencionar la definición de cuidado interprofesional? ¿Posibilidades y desafíos para la práctica del cuidado interprofesional? *Andressa Ambrosino Pinto*

Como se trata de un campo aún en desarrollo, las definiciones varían y se van perfeccionando con el tiempo. Tampoco me gustaría ceñirme a una única definición, pues distintas definiciones pueden servir a propósitos distintos y funcionar más en unos contextos que en otros. En mi libro [Gestión del Cuidado Interprofesional](#) (p210) menciono que la colaboración interprofesional involucra una transformación cultural de las organizaciones que permita movilizar racionalmente los recursos que demanda la provisión de cuidados. Esta transformación produce un desarrollo desde campos divididos a campos interrelacionados, superpuestos e intercambiables. Desde luego, uno de los principales desafíos radica en las identidades profesionales fuertes, que tienden a centrarse en sí mismas, minimizando el valor de todo lo que está afuera o al menos siendo indiferentes a lo que queda afuera. Por el contrario, las posibilidades más accesibles son precisamente los campos que por naturaleza *son* interprofesionales, como la gestión de salud, los cuidados paliativos, la salud pública, el control de infecciones nosocomiales, etc. Estos campos son verdaderos íconos de

la interprofesionalidad, los que podrían ser tomados como moldes para la reconfiguración de otros servicios en un formato interprofesional

8. Ricardo ... En un momento dado dices: la disciplina debe controlar la profesión. ¿Garantizaría esto calidad dentro de la profesión? *Erika Luci Pires de Vasconcelos*

Gracias, Erika. En una de las diapositivas mostré que desde fines de los años '70 se impulsó la idea normativa de que una disciplina 'debe' controlar la profesión respectiva – esto, en caso que una disciplina tenga una disciplina asociada, ya que no todas las disciplinas se corresponden con 'profesiones', y que también algunas ocupaciones son trabajos *de facto*, como ocurre en general en las artes o en las ciencias de laboratorio. La idea de control disciplinario sobre las profesiones fue promovida desde el interior de las disciplinas mismas, más específicamente, desde los departamentos, que por ese entonces se estaban aún institucionalizando.

Hoy, en una evaluación retrospectiva, puede verse que los marcos teóricos unidisciplinarios tuvieron una influencia muy limitada en la práctica, ya que en la mayoría de los casos las profesiones son también campos *eclécticos* de aplicación de saberes. Desde mi perspectiva, considerar a una disciplina como el 'cerebro' y la profesión como 'las manos' resulta no sólo irrealista, sino también peyorativa. Cuando durante mi etnografía en distintos países he estado en la práctica con enfermeras en servicios de medicina interna, por ejemplo, ellas me explican que los conceptos que más les ayudan a organizar su trabajo son los que provienen de las ciencias básicas (i.e., fisiopatología, farmacología, etc.); y en el caso de las enfermeras de gestión, los marcos de las ciencias sociales y del comportamiento (i.e., psicología organizacional, economía, etc.). Diría que el control disciplinario, que es más bien discursivo, no se correlaciona necesariamente con calidad, aunque perfectamente podría hacerlo. Yo mismo he hecho [algunos trabajos](#) sobre ciertos marcos conceptuales de la psicología humanista y la fenomenología que se aplican en enfermería y otras disciplinas de salud. Pienso que todas las disciplinas ofrecen herramientas para apoyar la práctica, que es distinto a 'controlarlas', ya que la práctica está en constante transformación producto de una serie de otras influencias, no sólo

académicas. Lo más que pueden hacer para potenciar la calidad es ‘ofrecer’ enfoques o métodos.

9. La pandemia ha generado que la salud sea considerada en todos los contextos, ¿este tema tiene potencial para las transformaciones a futuro y resolver juntos los fenómenos ocupacionales? *Alcira Tejada*

La pandemia, como también otras crisis, ha dejado al descubierto la insuficiencia de las disciplinas en explicar los fenómenos. Cito un pasaje de un [artículo reciente](#): “*el modelo de disciplinas ha demostrado ser muy limitado en cuanto a su capacidad de anticipar y explicar los fenómenos cada vez más complejos e intrincados de este siglo. En algunos casos, no hemos sido capaces de prever las grandes crisis. En tantos otros, no hemos tenido la capacidad de responder efectivamente con los dispositivos disponibles. Y ahí paramos, perplejos.*” No podemos darnos el lujo de desperdiciar estar coyuntura; lo contrario sería no sólo absurdo, sino también peligroso e inmoral.

10. La necesidad de trabajo sincronizado entre las universidades y el servicio de salud al final necesita hacer un trabajo sincrónico, es decir: ¿entiendes que esto es posible a corto plazo? *Rodinei Veloso*

Efectivamente, entre la academia y el mundo del trabajo ocurren dinámicas relacionales que son similares a las dinámicas interdisciplinarias, de una diferenciación muy marcada. A menudo tienen énfasis distintos en la comprensión de un mismo fenómeno, pero hay que considerar que la jerarquía teoría/práctica, aunque a menudo no se le cuestione, es artificial. Podríamos decir, por ejemplo, que la práctica genera un conocimiento aplicado que la reflexión por sí sola nunca podrá entregar. Del mismo modo, también se podría afirmar que no hay nada más práctico que una buena teoría.

En mi manera de verlo, ese trabajo sincrónico entre universidad y sistema de salud no es cuestión de tiempo, sino de acciones intencionadas que promuevan una interrogación constante a las categorías binarias con que producimos y reproducimos

la división del trabajo (i.e., conceptual vs aplicado, teoría vs práctica, intelectual vs manual, ‘limpio’ vs ‘sucio’).

11. Me gustaría saber si sugiere una herramienta para evaluar el desempeño en el cuidado y trabajo interprofesional, que está destinada a estudiantes de pregrado, maestros y profesionales de servicios. *Denise Brandão Britto*

Yo, personalmente, no he trabajado esa área, aunque me gustaría mucho hacerlo. Hay algunas herramientas ya disponibles en un [artículo de revisión](#) del 2010 en el JIC. Al mirarlas en detalle, lo que me parece interesante de estas herramientas es que muy a menudo se enfocan en las actitudes y percepciones hacia miembros de otras profesiones y hacia los equipos y grupos de trabajo. A nivel internacional, esto refleja una cierta carencia de aptitud interprofesional que se ha consolidado a través de distintos mecanismos. Es por eso por lo que la perspectiva de la educación interprofesional tiene también un potencial transformador, y es la razón por la cual es importante potenciar esta área, tanto en proyectos de desarrollo, como de investigación y conversión curricular.

12. En nuestra universidad, tenemos 6 cursos de pregrado en salud, y todos se encuentran en diferentes momentos de implantación, reconocimiento, redimensionamiento curricular, y esto ha sido una barrera / dificultad para avanzar en los cambios curriculares en la perspectiva de la educación interprofesional en los cursos de pregrado. ¿Hay algo que sugiera que pueda guiarse a nosotros, en base a alguna experiencia que haya tenido, para ayudarnos en esta condición? *Fernanda Camelier*

Claro que sí. Ese desfase ocurre a nivel global, ya que mientras hay disciplinas y facultades ‘fundacionales’ en las universidades, hay otras que se van creando y desarrollando más tarde. Aquí en Europa, por ejemplo, tenemos el caso de las enfermeras y parteras en Francia, que ingresaron a la universidad a través de un programa piloto sólo en 2001; en y Bélgica lo hacen sólo a nivel de master (en un proceso conocido como *universitización* de las profesiones ‘paramédicas’). En cambio en Québec, región francófona de Canadá, ya se había formado la facultad de enfermería en Montréal en 1962. A pesar de que Québec, Bélgica y Francia conforman un área lingüística y geopolítica cohesionada, tienen también distintos niveles de desarrollo de las profesiones

sanitarias. Québec, sin duda, se ha usado como modelo de las otras dos partes, donde la regulación de la colaboración (en formato de práctica ‘avanzada’ de profesiones como farmacéutico, enfermera, etc.) se ha dado a nivel de la legislación. Durante la discusión de la ley debieron reunirse representantes de las distintas profesiones con una comisión especial, con el ministerio de salud, pero también con el ministerio de educación y el de economía para poder analizar la factibilidad de que la reforma interprofesional tuviese también un alcance en el curriculum y que se contaría con los recursos para desarrollar este proyecto en la práctica. Fue una reforma interprofesional, pero también intersectorial.

13. Me gustó cuando hablaste de las disciplinas y la institucionalización de ellas. Miro como uno de los desafíos en la Universidad, puesto que los Departamentos son muy específicos y poco abiertos a las construcciones amplias hacia la interprofesionalidad.

Jaqueline Rocha

Muchas gracias. Como mencioné en el webinar y en una respuesta a otra pregunta, los departamentos representan una visión compartimentalizada del saber, como en compartimentos estancos (silos), que posiblemente funcionó bien en un momento histórico. Ahora bien, yo no optaría tan decididamente por eliminar los departamentos y sustituirlos por alguna otra forma de organización académica: no creo que sea una cosa o la otra, sino una cosa y la otra. Es interesante que muchas personas que trabajan en departamentos (o se formaron en ellos), forman parte también de ‘estudios’, de laboratorios, de centros de colaboración, etc. Quizás, efectivamente, habrá en el futuro una proliferación de esta segunda forma de producción de conocimiento, en combinación con las disciplinas más tradicionales.

Pero tanto los esquemas de financiamiento nacionales o internacionales están condicionando también la colaboración en los proyectos de investigación, lo cual me parece positivo, tanto como las reformas universitarias de racionalización de gastos operacionales, de modo que cada vez hay más movimientos de departamentos y facultades, de fusión de disciplinas, cambios de nombre de facultades, etc. De momento, pienso que la creación de programas de ‘estudios interdisciplinarios en salud’ o de ‘centros

interprofesionales en salud’, que a su vez contribuyan al curriculum de las profesiones, sería muy prolífico.

14. ¿Cómo lograr un cambio en la estructura para un trabajo colaborativo interprofesional efectivo, considerando que los cambios en las actitudes, aunque difíciles, son más posibles de lograr a través de la educación interprofesional? *Carolinne Pinheiro*

Favor ver respuesta a pregunta 13. Podría agregar a eso que, incluso aquí en Ghent, cuando se han tomado decisiones sobre reformas importantes, muchas veces se requiere neutralizar los centros de poder, dándoles menos autoridad en la toma de decisiones. Por ejemplo, si una comisión está a cargo de la reforma, y esa comisión tendrá la última palabra, es fácil neutralizar a los personajes o grupos más poderosos a través de un enfoque basado en evidencias (no hablo de evidencias en un sentido biomédico solamente, sino de conocimiento científico en general). Nuestro entorno universitario a veces es más conservador y rígido que lo que nos gustaría, donde se iguala tradición con beneficio (aunque en realidad una tradición no necesariamente es algo positivo), por tanto, es necesario aprovechar los momentos coyunturales para crear estructuras decisionales que vayan más allá de los enfoques tradicionales. Para mí, como sociólogo, no puede haber una reforma, de salud o de educación, si no se persigue una redistribución genuina del poder.

15. ¿Cómo enfrentar la hegemonía de la medicina en relación con otras profesiones de la salud? *Oswaldo Negrão*

Esta pregunta ha sido en parte respondida justo antes. Ahora bien, la noción de hegemonía (que nos llega a través de [Gramsci](#)) fue también muy importante para explicar las dinámicas en el lugar de trabajo a partir de los años ’70. Pero quizás un énfasis demasiado fuerte en la hegemonía termine resultando contraproducente y, al final, reafirme la posición hegemónica que alguien podría tener (i.e. pienso que x es hegemónico, por lo tanto x es hegemónico, por lo tanto mi comportamiento se adecúa al hecho de que x sea hegemónico = legitimación *de facto* de la hegemonía). Como ocurre con la palabra ‘dominación’, a veces he llegado a pensar que es posible que estos términos se consoliden y promuevan precisamente desde el interior de los grupos hegemónicos. Tal vez no con esas palabras, pero hay muchas formas de comunicar la misma idea.

Sería conveniente, quizás, girar la atención hacia nociones como la emancipación (ver [Boltanski](#)). En lugar de *identificar* que el mundo del trabajo es injusto e inequitativo, la emancipación viene a *contestar* que sea injusto e inequitativo. En esto cobran importancia tanto las micro-dinámicas de poder (en las relaciones interpersonales del día a día), como en las representaciones sobre esas relaciones (las ideas y significados que añadimos a las interacciones). Esto me parece importante porque las relaciones y los significados se co-construyen, lo cual también pone en tensión el concepto de poder en categorías dicotómicas (i.e. *powerful vs powerless*). Puede que el poder institucionalizado (autoridad) funcione en base a categorías binarias, pero el poder en las relaciones interpersonales es dinámico: a veces está en manos de la ‘persona a’, algunas veces en manos de la ‘persona b’ y algunas veces en ambas a la vez. Cuando esto se transparenta, es más fácil interrogar y reconfigurar el poder institucionalizado. Así también, leer las relaciones en *clave hegemónica* tiene efectos distintos a leerlas en *clave emancipatoria*.

16. Me gustaría escuchar un poco sobre la evaluación: cómo evaluar la educación interprofesional. Creo que este es un gran problema hoy, en la educación universitaria. En particular, en universidades que están desarrollando proyectos en Brasil – PET-Salud/Interprofesionalidad. *Simone Viana*

Favor ver respuesta a pregunta nro 11. Sé también de otras personas que hablan de ese tópico en particular, como Eva María Icarán y Heloise Agreli. También puede revisar documentos oficiales de WHO/PAHO [aquí](#), disponibles en varios idiomas.

17. Ricardo, ¿cuál es tu visión en relación con cómo están funcionando las unidades de gestión del cuidado liderado por Enfermería en Chile, crees que han podido integrar esta mirada colaborativa con los otros profesionales de salud? *Miriam Córdova*

Conozco bien esta situación porque sirvió de estudio de caso para [mi investigación doctoral](#) (2010-2015) y vi desde cerca el proceso de creación de tales unidades a principio de la década del 2000. No podría hacer una evaluación técnica de esas unidades porque eso involucraría un análisis de resultados en salud y para eso se requieren datos que no existen o que no están sistematizados. Pero si se ha integrado una mirada colaborativa o no, diría que lo interprofesional es demasiado nuevo como para que formara parte de ese proyecto. Al

contrario, las unidades de gestión del cuidado, como la noción jurídica de gestión del cuidado, resulta de la reforma de salud que comenzó a gestarse en los años '90 (se quiso iniciar en los años '80 pero vino una gran crisis económica) a partir, entre otros, del Proyecto Franco-Chileno de Apoyo a la Gestión Hospitalaria. Esta reforma, en la cual aparece también el sistema de garantías en salud, buscaba introducir una *racionalidad económica* a un sistema de salud que se consideraba debía dinamizarse y modernizarse. Con eso se transforma el vocabulario hospitalario, incorporando palabras como proceso, recurso, proyecto, gestión, producto, etc., pero también la forma en que los profesionales van a relacionarse unos con otros. Un efecto de las políticas neoliberales es precisamente poner a los actores en una escala de medida, de modo que estén en constante comparación con grupos paralelos, que deban competir por recursos, campo y prestigio y, muy particularmente, que formen monopolios (i.e. campos exclusivos). Este ideario no es del todo afín con la noción de colaboración – colaborar significa compartir ideas, conocimientos, proyectos, etc.– pero, si lo piensa, aún en el mundo de la industria privada la colaboración es hoy en día considerada un valor importante, sobre todo en forma de alianzas. Si bien las estructuras de gestión del cuidado no contemplaban inicialmente el cuidado interprofesional como principio organizativo, bien podría ser la hora de repensar [un cambio en esa dirección](#).

18. Como panelista en esa sesión, usted acredita que será la educación interprofesional después de la covid 19 donde varias profesiones tienen que interactuar entre sí y contribuir conjuntamente a la pandemia: ¿Crees que las relaciones saldrán más fuertes? *Carolina*

Es interesante que la pandemia haya servido, y esté sirviendo, como un tiempo de reflexión compartida entre todos los actores. Para muchos ha sido también una lección de humildad sobre el alcance de nuestras respectivas áreas de experticia. Estaría muy sorprendido de ver que, pese a todo, no aprendimos de esto.

19. ¿Cómo se desarrolla esta discusión en la enseñanza médica en las universidades públicas de Chile? *Maria das Graças*

De alguna forma, veo una relación ambivalente con la interprofesionalidad. Aunque las identidades monoprofesionales en muchos casos son fuertes, hay también no pocas áreas

que son por naturaleza interprofesional. Entre ellas encontramos, como he mencionado, la gestión de salud, la atención pre-hospitalaria, los servicios de esterilización, entre otros. En algunos casos, en el sub-sistema público (y también en el privado) las universidades emplean como molde formativo los programas y guías clínicas del ministerio de salud, lo cual de cierta manera refuerza la formación basada en evidencias y congrega a distintas profesiones en función de grandes problemas de salud: programa de salud ambiental (donde trabajan veterinarios, agrónomos, ingenieros, ecólogos, etc.), programa cardiovascular (profesiones de salud humana) y así sucesivamente. El problema se genera al distribuir las tareas dentro de los programas, que típicamente emplean divisiones interprofesionales clásicas, con esquemas organizativos jerárquicos que reflejan la lógica de 'roles' predefinidos.

En Chile existe además una confianza muy marcada hacia la figura del 'experto' (lo que sea que eso signifique), y estos programas aún son diseñados desde arriba hacia abajo (*top down*), con pocas oportunidades para recoger la experticia de los profesionales de primera línea, quienes conocen mejor los matices que los problemas de salud encuentran en la vida real. Lo mismo aplica para las asociaciones de pacientes (que bien pueden ser 'expertos por experiencia'), a quienes se les da un espacio muy minoritario en el diseño de políticas.

20. Gracias por la hermosa clase! ¿Se puede facilitar la educación interprofesional si abordamos problemas complejos en los que se comparte mucho y hay problemas que normalmente no se atribuyen a ningún grupo profesional? *Ligia Gomes*

Muchas gracias, Ligia. Precisamente las áreas que no se atribuyen a ningún grupo profesional en particular pueden servir como áreas de prueba. Idealmente, recomendaría que no sean áreas demasiado complejas, como para lograr objetivos de corto plazo sin tanta dificultad y, a partir de eso, ir escalando y expandiendo la idea. Pueden variar de país en país, pero algunas que se me ocurren ahora mismo son salud rural, *e-health*, ética de la salud, etc. Todas éstas son áreas que ninguna profesión ha monopolizado como campo de acción.

21. Algunos retos que visualizo para el trabajo interprofesional: 1) la comunicación entre diferentes disciplinas 2) la hegemonía de algunas profesiones sobre otras 3) el reconocimiento e identidad de la propia disciplina. *Angela Fernanda Espinosa*

Gracias, Angela. Los dos primeros han sido tocados en las preguntas 2 y 15, respectivamente. En cuando al tercero, [uno de los capítulos](#) de mi libro Gestión del Cuidado Interprofesional (p.215) trata el problema de las identidades. Si bien la identidad es importante en todo trabajo, cualquiera sea, no veo la identidad como algo unidimensional. Cada persona entra en múltiples formas de relaciones y en cada una de ellas encarna una identidad diferente (no radicalmente diferente, pero diferente). Sabemos, gracias a Goffman, que cada una de nuestras interacciones es una *performance*. De esto se desprende que la identidad profesional y la identidad interprofesional no sean ni incompatibles ni mutuamente excluyentes.

22. Hola, me gustaría que el profesor explore más a fondo el tema de la formación de profesorado para la EIP. *Ana Abrahão*

Éste es, precisamente, uno de los temas que no se han desarrollado por completo en la investigación sobre educación interprofesional. Como mencioné en el webinar, es un área virgen en cuando a investigación, y que el cuidado interprofesional en sí mismo es un área bastante nueva. Pero si consideramos que el cuidado interprofesional es un área que ha nacido desde la práctica o ‘desde abajo’ (y no desde las disciplinas), me pregunto si el cuerpo docente más idóneo no sería también uno que venga ‘desde abajo’, que conozca la forma en que las relaciones se construyen en la práctica del trabajo interprofesional, o al menos de un mosaico de miradas (disciplinares e interdisciplinares, profesionales e interprofesionales). Pero ésta es una pregunta empírica; habría que testearla a través de un estudio.

En principio, me inclinaría por docentes que tengan un curriculum bien variado, que hayan experimentado cruces disciplinares diversos con los cuales hayan aprendido distintas formas de pensamiento, distintas racionalidades y distintos enfoques. Pero, nuevamente, esto requiere un trabajo empírico, por lo que no puedo dar respuestas tan conclusivas.

23. A través del PET-Salud / Interprofesionalidad, un programa del gobierno brasileño, tratamos de implementar la EIP en la formación y servicios. Sin embargo, en general,

los esfuerzos aún son escasos en la universidad y se encuentran muchos obstáculos en los servicios, comenzando con la fortaleza de la lógica de las tribus profesionales. ¿Existe algún secreto (risas) para que podamos "ganarnos" a los estudiantes, maestros y profesionales para crear un espacio de mayor disposición y favorecer el debate interprofesional en la capacitación y el trabajo interprofesional en los servicios?

Mariane Valesca de Menezes Lacerda

Leí hace poco un [artículo](#) sobre una de estas experiencias en Belo Horizonte (2009-2011). Las barreras que ha encontrado este proyecto son las mismas que vi en Québec durante la implementación de la práctica 'avanzada'. Si bien solucionarlo toma varios años, es importante que al diseñar una política de interprofesionalidad se diseñe también algo que se conoce como 'infraestructura de la política'. Esta infraestructura incluye las regulaciones de menor rango que se desprenden de la política, los mecanismos específicos con que se implementará la política (incentivos, apoyo financiero directo e indirecto, acompañamiento y estimulación), la forma de obligar el cumplimiento (quién supervisará que la política se aplique correctamente y cuáles serán las penalidades en caso de requerirlas), la evaluación de la política (cómo se medirá su impacto, cosa que pocas veces se hace) y, en general, cómo se va a monitorear el funcionamiento de la política. Como se ve, esto genera todo un andamiaje en el cual se apoya la política, de modo que no sea sólo una declaración de deseos de cambio, sino que se institucionalice en todos los niveles involucrados.

Pienso lo que los estudiantes pueden ser aliados en el proceso, ya que la socialización en una cultura monoprofesional puede complementarse con una socialización interprofesional.

24. ¿Qué herramientas podemos utilizar para fortalecer la interprofesionalidad en la atención primaria de salud? *Vanessa*

Esas herramientas derivan de la infraestructura de la política (ver respuesta a pregunta nro 23). Específicamente, la atención primaria tiene la gran ventaja de estar fuera del 'hospitalocentrismo' y, en muchos casos, del 'médicocentrismo', dada su relación de contigüidad con campos intersectoriales y, por ende, con un arco aún más amplio de relaciones cruzadas con otras ocupaciones sociales y socio-sanitarias.

25. Estimado Ricardo, la definición de trabajo en equipo que presenta parece algo negativa, quizás para resaltar la colaboración interprofesional. Me gustaría que hablaras un poco más sobre el trabajo en equipo. *Fabiane Ferreira*

Es una pregunta interesante porque subraya un formato de trabajo que sigue siendo indiscutido, sobre todo cuando el término ‘equipo’ está tan arraigado en el lenguaje cotidiano. El trabajo en equipo no es negativo en sí mismo, pero es lo que es: una estructura lineal, fija y jerárquica. Puede servir en ciertas situaciones, claro, pero es menos compatible con el trabajo colaborativo en un sentido más profundo. Es interesante también que, en tanto equipo, los miembros estén permanentemente diferenciados por sus uniformes y otros distintivos, lo que refuerza ‘roles’ y una definición estricta de la división del trabajo, comparado con otros campos laborales en que las fronteras internas son más difusas y permeables y, de hecho, hay ropa de trabajo pero no uniformes. A objeto de evaluar si el modelo que necesita es realmente el de equipo, habría que examinar aspectos como la delegabilidad de tareas y responsabilidades (unidireccional o bidireccional), la intercambiabilidad de roles (exclusivos o compartidos) y, en definitiva, la lógica que define el estilo de trabajo y los objetivos (monoprofesional o interprofesional). Como metáfora, la idea de equipo (deportivo o de otro tipo) suena bien porque evoca una cierta armonía, sentido de dirección y coordinación. Pero habría que examinar sus dinámicas internas más en detalle antes de decidir, sobre todo las lógicas institucionalizadas de dominación, especialmente de explotación, que se reproducen en la interacción. Una pregunta clave en ese análisis sería: ¿quién se beneficia en este equipo? O, dicho de otro modo, ¿en que proporción se reparten los beneficios del trabajo en equipo? En lo que he observado, los beneficios, tanto simbólicos como materiales, tienden a concentrarse en muy pocos miembros, a expensas de la masa. Ver más en el capítulo [Más Allá del Trabajo en Equipo](#).

26. ¿Cuál experiencia en Gestión del Cuidado Interprofesional en Salud, considera más significativa en Europa? *Reimundo Llanes*

De los casos que he estudiado –no conozco todos los sistemas de salud en Europa en detalle– me parecía un avance en Francia el programa PACES (*Première Année Commune aux Etudes de Santé*) que comenzó en forma piloto en 2001 y siguió expandiéndose y perfeccionándose. El concepto era simple: los estudiantes que aspiraban a una de las cuatro profesiones de salud

universitarias (farmacia, medicina, partería/obstetricia y odontología) entraban a un primer año juntos, en que todos los cursos se hacían juntos pues no estaban divididos aún por profesión. No se sabía sino hasta el final del año cuál ruta iría a tomar cada uno.

Este programa me pareció interesante pues, al incluir una base de conocimientos compartida, podía llevar a una visión de ‘propiedad’ del conocimiento menos marcada y, por tanto, a una distribución más equitativa de la autoridad científica, aplanando las jerarquías iniciales en la formación. A nivel técnico, no obstante, este programa conllevaba otros problemas en su ejecución, por lo que terminó suspendiéndose para el [próximo año académico](#).

27. Es bien sabido que la Interprofesionalidad actual se aplica a partir de la capacitación. ¿Cómo ponerlo en práctica en el mercado, con profesionales capacitados sin esta práctica? *Uziel Vila Nova Jorge*

La educación puede acortar la curva de aprendizaje. O, dicho de otro modo, puede acelerar la adquisición de conocimientos y moldearlos de una determinada manera, que sin ese proceso tomaría mucho más tiempo y sería internalizado de manera menos sistemática. Eso no quiere decir, en mi manera de verlo, que la educación institucionalizada sea la única forma de aprender. De hecho, la educación es de sumo importante, pero la interprofesionalidad existe desde mucho antes que la educación interprofesional y muchas personas en la actualidad la practican sin siquiera haber oído el término ‘interprofesional’.

Pienso que sería fructífero identificar los campos en que la interprofesionalidad se da espontáneamente e indagar allí en las formas cruzadas de dar sentido al trabajo que hacen, los significados que le atribuyen y los aspectos del trabajo que favorecen una identidad interprofesional. Conozco ejemplos cercanos de colaboración público-privada e intersectorial (todo a la vez, en un mismo proyecto) en que he identificado aspectos de colaboración interprofesional genuina sin que ellos lo conceptualicen de esa forma. Ahora bien, en salud es muy común estudiar maestrías, cursos de especialización y hasta doctorados en un área específica para estar al día con los últimos avances (o incluso para documentar una experticia). En el mercado, en cambio, muchas veces las personas tienen un conocimiento práctico muy abundante, el cual refuerzan a través de conversaciones espontáneas con múltiples personas que sí han estudiado, o a través de alguna revista en

particular y, ocasionalmente, asistiendo a un curso breve o un tutorial en internet. Todas éstas son también experiencias formativas, que no por menos sistemáticas o 'académicas' son menos relevantes. Y, si lo miramos de esa forma, en esas conversaciones hay también una dimensión honesta de colaboración entre lo teórico y lo práctico. Me parece importante subrayar que el conocimiento no sólo discurre en programas académicos formales; también lo hace en los diálogos durante el café, en las revistas de la sala de espera del dentista, en el diario, en los chats, en los posts en redes sociales y en los memes. Por eso es importante que quienes hayan estudiado de manera más formal o más tiempo usen esos canales para así producir un efecto expansivo.