

# Atención integrada y educación interprofesional en salud

## Integrated care and interprofessional health education

Oswaldo Artaza<sup>1</sup>  
Begoña Yarza<sup>2</sup>  
Javier Santacruz<sup>3</sup>  
María Elena Varela<sup>4</sup>

### RESUMEN

---

La falta de integralidad de los servicios de atención parte desde una formación compartimentada de los profesionales y técnicos en salud. Como una manera de contribuir a superar la fragmentación surge desde ya hace muchos años la educación interprofesional en salud, la que se ha instalado de forma aún muy incipiente en la Región de las Américas. El artículo revisa el contexto general y los desafíos de los sistemas de salud para ofrecer servicios integrados y centrados en las personas y sus comunidades y describe los fundamentos de la educación interprofesional, sus requerimientos y principales desafíos.

*Palabras clave: Recursos Humanos en Salud, Educación en Salud, Sistemas de Salud.*

### ABSTRACT

---

The lack of service integration in healthcare stems from the compartmentalized training of healthcare professionals and technicians. To address this fragmentation, interprofessional education in health emerged many years ago, though it has only been implemented in a very preliminary manner in the Americas. This article reviews the general context and challenges faced by health systems in providing integrated, person-centered services for individuals and their communities. It also describes the principles of interprofessional education, its requirements, and the main challenges it faces.

*Keywords: Human Resources in Health, Health Education, Health Systems.*

### INTRODUCCIÓN

---

América Latina cuenta con sistemas sanitarios que se han desarrollado a través de procesos políticos, económicos, socioculturales, así como de diversas concepciones acerca de la atención, aseguramiento, estructura y fuentes de financiamiento. Los sistemas de salud en la Región son reflejos de como la sociedad está estructurada y experimentan transformaciones continuas con un panorama en el que persiste la exclusión social y la falta de garantías del derecho a la salud particularmente en poblaciones pobres y grupos vulnerables como las comunidades indígenas y las mujeres. Los resultados en salud están ligadas a determinismos sociales por lo que persisten grandes desigualdades evitables, las barreras de accesos a servicios de calidad están relacionadas con asimetrías en las relaciones de poder, la participación social

---

1 Universidad de Las Américas. Correspondencia a: [oartaza@udla.cl](mailto:oartaza@udla.cl)

2 Sociedad Chilena de Calidad Asistencial.

3 Universidad Nacional Autónoma de México.

4 Organización Comunal "La Reina Salud"

es limitada, utilitarista y clientelar y las presiones desde diversos intereses comerciales e ideológicos que valoran más la estructura y funciones, que las necesidades de las personas (Pérez-Hernández y cols. 2022) continúan obstaculizando transformaciones profundas. Desde esa realidad y comprendiendo que la salud esta inserta en procesos sociales y políticos, urgen iniciativas y propuestas que apunten a cambios paradigmáticos que coloquen como eje a la salud y no a la enfermedad y como centro a la personas y sus comunidades, sus derechos y necesidades y su participación protagónica, como elementos esenciales para repensar la comprensión de fenómenos complejos y para fundamentar el rediseño de la formación de los técnicos y profesionales de la salud que faciliten la transformación de los servicios en salud a fin de que la atención y los cuidados integren la multiplicidad de factores que se requieren para dar una respuesta integral y percibida como de calidad para las personas y sus comunidades (OPS/OMS 2022). Entendiendo que los servicios de salud son parte de sistemas sociales altamente complejos, es determinante el integrar múltiples estrategias en simultaneo desde los ámbitos de las políticas, del financiamiento y de la educación, entre otros. Es por ello, que en este artículo se revisan fundamentos y claves en los procesos de la educación en salud que puedan venir a contribuir a la transformación de los sistemas.

### **En busca de superar la fragmentación**

La Organización Panamericana de la Salud propuso hace ya casi una década, avanzar hacia el acceso y la cobertura universal a la salud (OPS/OMS 2014), definiendo algunas líneas estratégicas para materializar dicho propósito. Una de ellas guarda relación con la transformación de los servicios de atención, de manera que logren ser accesibles, oportunos, resilientes y de calidad. Para ello renueva lo planteado ya el año 2010 sobre Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) (OPS/OMS, 2010) basadas en la estrategia de la Atención Primaria a la Salud (APS), de modo que sus acciones sean integrales y estén centradas en las personas y sus comunidades, no existiendo barreras culturales, étnicas ni financieras para acceder a ellas. Más recientemente, hace un llamado urgente en poner en práctica cambios al modelo de atención y gestión que posibiliten servicios integrados centrados en las personas y sus comunidades (OPS/OMS 2022). A su vez, desde la Organización Mundial de la Salud (OMS), se ha ido proponiendo los servicios integrados

y centrados en las personas y las comunidades (SICPyC) como aquellos que son gestionados y dispensados de tal manera que las personas reciben servicios sin quiebre de la continuidad, con acciones intersectoriales, así como actividades comunitarias de organización y transformación social (OMS, 2016). Incluyen la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento y la gestión de las enfermedades, la rehabilitación y la atención paliativa, todo ello de forma coordinada entre los diferentes eslabones y centros de atención en salud y social de las redes del sector de la salud y más allá de él (intersectorial). Además, se consideran sus necesidades a lo largo de todo el curso de vida, con perspectiva de género, de interculturalidad, de respeto a la diversidad y a la autonomía, y participación de las personas y los colectivos. El concepto de SICPyC es la forma de comprender y practicar las acciones en salud de manera holística, que involucra, además del personal de salud, a las personas, los cuidadores, las familias y las comunidades como partícipes protagónicos de sistemas de salud que generan confianza y que están organizados no tanto en función de enfermedades, sino de las necesidades integrales de las personas, respetando las preferencias sociales y culturales. Exige también que personas, familias y comunidades reciban la información y la asesoría que necesitan para tomar decisiones, actuar de manera efectiva en las causas de los problemas, participar en su propia atención y que los cuidadores y trabajadores de la salud estén en condiciones de aportar en todo su potencial dentro de un entorno de trabajo favorable. Se trata de un concepto más sistémico que la mera definición de un modelo de atención para el primer nivel y más amplio que “centrado en el paciente o la persona”, en la medida que trasciende la consulta clínica episódica y el paradigma biomédico hegemónico para englobar también la salud de las personas en su propia familia y comunidad, y la crucial función que desempeña la población en la configuración de la política de salud y de los servicios de salud (Pérez-Hernández y cols. 2022). Avanzar hacia la integralidad, requiere de transformaciones en las políticas, en la orientación de los incentivos económicos, en las regulaciones del mercado laboral y sin duda en cómo se forman a los recursos humanos en salud (Rhus) (Artaza y Méndez, 2022).

Los desafíos de la integralidad no solo dependen de los contextos derivados de los modelos de desarrollo, de las políticas públicas y del financiamiento, sino que en gran medida de las culturas y

prácticas de los profesionales y técnicos de la salud. Para aplicar el enfoque de la atención integral los desafíos en materia de recursos humanos para la salud (Rhus) son inmensos tanto para los sectores de salud, trabajo y educación, ya que no sólo guardan relación con su número, distribución, incentivos y posibilidades de desarrollo, sino también con sus capacidades y maneras de comprender e interpretar la realidad. La OPS, ha impulsado una agenda con respecto a Rhus que comprende dichos aspectos, señalando la necesidad de contar con equipos interdisciplinarios con enfoque en la APS (OPS/OMS 2017) (OPS/OMS 2023). La posibilidad de contar con dichos equipos implica una serie de condiciones: Un modelo de atención orientado hacia la atención integral centrada en personas y comunidades, debidamente financiado y con el suficiente apoyo político; una articulación entre los sectores de salud y educación que propicie una formación de Rhus con dicha orientación; una transformación de los perfiles de egreso y de las mallas curriculares; y, también cambios en el mercado laboral.

Un modelo de atención no puede estar descontextualizado del conjunto de las políticas sociales y del marco que se establecen las relaciones de poder entre estado, mercado y ciudadanía. La democracia no es ir a votar de tiempo en tiempo, sino el ejercicio cotidiano de observarse como pares y construir sociedad conjuntamente, sin excluir a nadie. En América Latina, la región de mayor inequidad, tenemos un gran déficit en incluir y resolver los grandes nudos que ponen día con día en jaque la sostenibilidad de nuestras débiles instituciones, pobreza, falta de presencia del estado, narcoterrorismo, migración interna y externa, que son entre otros, parte de un espiral continuo de pruebas constantes para generar transformaciones. Quienes tienen el poder necesitan del miedo como herramienta para mantener el estatus quo, personas replegadas para vaciar los espacios públicos, pérdidas de la asociatividad y del sentido del bien común. Continuamente repliegan a la sociedad a lo privado y a lo individual, “cada uno se salva como puede”. En ese campo de lo individual florecen los grupos antivacunas, la invisibilidad a las desigualdades injustas según género, etnia y condición social y las resistencias a las medidas de salud pública. En ese contexto se refuerzan los obstáculos a regular alcohol, a alimentos azucarados y ultra procesados y a que se puedan viabilizar transformaciones con respecto a los determinismos sociales de la salud y al modelaje de los servicios de atención. En ese contexto surge la

mirada del “autocuidado”, es decir, se responsabiliza al ciudadano de cuidarse a sí mismo, como si las personas fueran en verdad libres de escoger que comer y de que estilos de vida asumir. Por lo anterior, la universidad no puede ser neutra en relación a la realidad política, social y económica de nuestras sociedades. Desde la crítica plural y respetuosa, la universidad debe ser, de una manera sensata y basada en la evidencia, transmisora de ideas para nuevos mundos posibles. Es evidente que la aspiración de equipos de salud interdisciplinarios para una atención integrada y centrada en las personas y sus comunidades será difícil pero no imposible de conseguir y sostener, si es que desde la formación las universidades contribuyen a generar condiciones políticas y económicas para la transformación de los sistemas, en conjunto a modificaciones en las relación salud educación para posibilitar experiencias docente asistenciales para aprendizajes situados interdisciplinarios que no se limiten a los espacios clínicos convencionales, sino que se desplacen hacia los territorios y problematicen a la mirada reduccionista del paradigma biomédico imperante.

### **Educando para la integración**

El concepto educación interprofesional e interdisciplinar en salud, se refiere a la adquisición sistemática de capacidades en el Rhus, para integrar diferentes saberes en ciencias de la salud y sociales, de manera que se favorezca el trabajo colaborativo entre los múltiples perfiles profesionales involucrados no solo en la atención y los cuidados de los usuarios de los servicios, sino también en las actividades de promoción y prevención en los espacios comunitarios, con el fin de no solo lograr la resolución exitosa de enfermedades sino que por sobre todo, contribuir a contextos sociales para el buen vivir. Por tanto, aparece como reacción en contra del reduccionismo científico y de la compartimentación estanco de las disciplinas y como respuesta a los problemas complejos identificados en la práctica sanitaria, así como una estrategia de enseñanza para regular los cambios estructurales de los servicios y procesos que implica el cuidado asistencial (Sandoval-Barrientos y cols. 2019). La idea de la formación interdisciplinar para la salud no es nueva, surge del modelo de campo de salud de Lalonde (Lalonde, 2002), que evidencia la importancia de aspectos determinantes de la salud como los estilos de vida y el ambiente y fue impulsada desde los años 80, en la Carta de Ottawa. En ella se instaba este tipo de formación como una estrategia fundamental para

promover la salud de las personas. De esta forma, se establecía que la colaboración interprofesional conducía a compartir ideales y propósitos comunes que en conjunto proporcionan una responsabilidad compartida y una mejor calidad asistencial (OMS, 1986). Dos décadas después, la Unesco en la Conferencia Mundial sobre Educación Superior refuerza lo propuesto en Ottawa, señalando la responsabilidad social de las instituciones formadoras para promover el desarrollo de pensamiento crítico y ciudadanía activa. En esta conferencia se llamó a las universidades a propiciar trabajos interdisciplinarios, superando la segmentación y la desarticulación entre las diferentes carreras, entre las propias instituciones y los contextos en que se sitúan. Se planteó que las instituciones de Educación Superior deben avanzar en el trabajo e instalación de relaciones más activas con su entorno, impulsando un modelo académico caracterizado por la indagación de los problemas considerando sus contextos, la producción y la transferencia del valor social de los conocimientos, el trabajo conjunto con las comunidades, la investigación científica, tecnológica, humanista y artística (UNESCO, 2009).

La educación interprofesional (EIP), comprendida como un abordaje para proveer experiencias educacionales significativas para el aprendizaje, posibilita el desarrollo de competencias esenciales, el trabajo eficiente en equipo, la práctica colaborativa, y se centra en un cambio del paradigma de la atención fragmentada hacia una atención integrada centrada en la persona (Fortuna y cols. 2022). La EIP, contribuye a formar profesionales para mejorar la calidad de la atención y los cuidados, contribuye a la generación de una cultura de colaboración entre profesionales de diversas disciplinas para realizar procesos asistenciales más integrales y coordinados. La interacción con otros profesionales durante la formación promueve el desarrollo de habilidades de comunicación, liderazgo y resolución de conflictos, fundamentales para el trabajo en equipo tanto en entornos clínicos convencionales como en la acción territorial. Al trabajar juntos en casos clínicos o en situaciones problema, sean reales o simulados, los estudiantes aprenden a considerar las necesidades y preferencias de las personas en la toma de decisiones, lo que favorece una atención más humanizada. Así mismo, La educación interprofesional fomenta el respeto y la comprensión mutua entre

diferentes profesionales de la salud, lo que contribuye a una cultura de diálogo y colaboración.

La OPS, reconociendo la importancia de la EIP, en 2016 realizó en Bogotá, Colombia la reunión “Educación interprofesional en la atención de salud: mejorar la capacidad de los recursos humanos para lograr salud universal” (OPS/OMS, 2017) y en 2017 fue aprobada por los Estados Miembros de la OPS, la “Estrategia de Recursos Humanos para el Acceso Universal a la Salud y la Cobertura Universal de Salud”, la cual recomienda que los países “promuevan el desarrollo de equipos interprofesionales en las redes de servicios a través de la educación interprofesional y la diversificación de los contextos de aprendizaje”, y que los programas de enseñanza se basen en competencias, con currículos flexibles y docentes calificados para la diversidad de contextos de aprendizaje (OPS/OMS, 2017). La EIP, se basa en la colaboración entre estudiantes de diversas disciplinas para resolver problemas y produce aprendizajes significativos que se traducirán más tarde en un trabajo colaborativo, en equipo, efectivo, económico y de mayor calidad. Además, propicia sinergias cognitivas y técnicas, facilita la integración de diversas cosmovisiones y el desarrollo de competencias y valores para abogar por el derecho a la salud y propiciar el empoderamiento en salud de las personas, familias y comunidades (OMS, 2010). En América Latina se cuenta con una Red Regional de Educación Interprofesional que ha impulsado proyectos en el Cono Sur como parte del observatorio de recursos humanos en salud de OPS/OMS<sup>5</sup> y la acción de instituciones académicas como la Asociación Latinoamericana y del Caribe de Facultades y Escuelas de Medicina ALAFEM<sup>6</sup>, que promueven el intercambio de experiencias en este ámbito. Dado a que el desarrollo de la interdisciplina en la formación universitaria de América Latina aún es incipiente, es necesario que más universidades incorporen dicho enfoque y realicen proyectos asistenciales e investigación educativa para contribuir a su desarrollo.

Superando la discusión académica sobre formación multidisciplinaria -inter y transdisciplinaria (Riveros, Meriño y Crespo, 2022) lo importante es dar el paso de la reflexión a la acción en varios elementos esenciales: en las políticas y marcos regulatorios entre educación y salud; en las condiciones del mercado laboral, en las modificaciones en el modelo de atención y en los cambios en la

5 <https://www.observatoriorh.org/es/portal-de-la-red-regional-de-educacion-interprofesional-de-las-americas-es-lanzado-en-cuba-salud>

6 <https://udualc.org/xxv-conferencia-de-alfem-espacio-de-reflexion-y-analisis-para-profesionales-de-la-medicin/>

Tabla N°1: Integración curricular para EIP.

Objetivos y actividades	Algunos ejemplos
Resultados de aprendizaje en competencias genéricas (derechos humanos, comunicación efectiva, liderazgo, desarrollo comunitario, etc.) Asignaturas sellos o valóricas entre estudiantes de distintas disciplinas	Asignaturas transversales como los Módulos Integrados Interdisciplinarios Multiprofesionales (MIIM I y II) de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile (Espinoza y Oyarzo, 2021), asignaturas transversales "Líneas de Intervención Comunitaria" de UDLA (Artaza y cols., 2021)
Resultados de aprendizaje en experiencias situadas. Prácticas profesionales en escenarios simulados, en establecimientos de salud o en comunidades integrando diversas disciplinas	Prácticas profesionales en escenarios simulados (Chavarría y cols., 2022); Internados rurales Universidad de La frontera (Moreno y cols., 2020), Programa de Rehabilitación Cardíaca Universidad del Desarrollo
Actividades en territorios (A+S). Integración aula a territorios	Experiencias de aprendizaje situado en las comunidades tales como el Programa de Intervención Comunitaria de UDLA (Artaza y cols., 2023) o de A+S de la PUC (Lucero y cols., 2022)
Abogacía por la transformación curricular de la formación en salud de las universidades chilenas	Red de académicos "Universidades por el territorio" <sup>8</sup>

formación. En estos últimos destacan entre otras, la integración de las carreras de la salud a las de las ciencias sociales; de las mallas curriculares entre las distintas disciplinas de la salud; la integración de experiencias de aprendizaje en aula con las de aprendizaje en servicio (A+S) situado en territorios; a la integración de los procesos formativos, de investigación y vinculación con el medio; y a la integración interdisciplinar en las prácticas en escenarios simulados y en espacios clínicos convencionales, en una concatenación lógica que reflejándose en la estructura curricular tributa a un perfil de egreso y a resultados de aprendizaje orientados a un sello integrativo y comunitario (Artaza y cols. 2021) (Espinoza y Oyarzo, 2021) (Tabla 1). La integración curricular debe ser múltiple y no limitarse a los aspectos disciplinares clásicos, sino incorporar diversas capacidades para el trabajo en sistemas sociales complejos tales como comunicación en salud, ética, género, diversidad sexual, interculturalidad, derechos humanos, migración y participación social. El estudiante, desde la reflexión crítica, debe continuamente vivir experiencias de procesos de aprendizaje situado donde pueda preguntarse sobre el ser humano en sociedad y de cómo se construyen las realidades vinculantes de la persona consigo mismo, con los otros y con el ambiente en los contextos históricos, políticos, sociales, económicos y culturales que viven las personas, sus familias y comunidades. Para la EIP, el docente no sólo es el experto interdisciplinar, también debe serlo el usuario de los servicios de atención (Soto-Ruiz y cols. 2022) y los líderes comunitarios. Desde el paradigma

biomédico dominante, el experto es el que sabe y desde el poder del conocimiento científico disciplinar entrega pasivamente conocimiento al estudiante y a los usuarios. La EIP, requiere del coraje y la habilidad de integrar de modo horizontal saberes y experiencias en una suerte de "ecología de saberes" (Vázquez, 2022). El paso no sólo es educar orientándose a la persona que solicita atención, sino más bien formar capacidades como una experiencia colectiva de comunidades de aprendizaje entre diversas disciplinas que se asocian y se enredan con las propias personas, sus familias y sus comunidades, en un ejercicio permanente de empatía y alteridad. Lo anterior implica necesariamente problematizar el ejercicio del poder al interior del equipo de salud y promover espacios formativos donde desde el aprendizaje experiencial el ejercicio del liderazgo esté distribuido y se valore la autonomía, los derechos y el protagonismo de las personas usuarias y de sus comunidades.

### La EIP y una efectiva cultura de calidad

La suerte de epidemia de enfermedades crónicas no transmisibles a consecuencias de un cambio demográfico y epidemiológico acompañado del impacto de determinantes sociales obliga a que las intervenciones del sistema de salud sean integradas e integrales. Las intervenciones integradas se expresan en la coordinación entre los sistemas sanitarios y sociales, la atención integral hace referencia al cuidado de las distintas perspectivas de la persona, como la física, social, emocional, espiritual y ambiental. Multi dimensión imposible de lograr desde miradas disciplinares estancos. La

7 <https://practicaspedagogicaspsicologia.udd.cl/files/2021/04/implementacion-de-un-modelo-de-trabajo-interdisciplinario-1.pdf>

8 <https://medicina.uchile.cl/dam/jcr:1202a494-5746-473d-b24d-064657c51017/hacia%20la%20formación%20profesional.pdf>

**Tabla N°2:** Algunas actividades Interprofesionales asociadas a resultados en cultura de calidad en salud.

<b>Prácticas Formativas EIP</b>	<b>Prácticas Organizacionales Interprofesionales</b>
Análisis de caso	Rondas de seguridad
Aprendizaje basado en Problemas	Listas de verificación Interprofesional
Aprendizaje Basado en Proyectos	Entregas de turno Interprofesional.
Simulación Clínica	Reuniones de equipos Interprofesional.
Prácticas clínicas y comunitarias	Comités de decisiones compartidas: Oncológico, de Medicina Transfusional, de Farmacia, etc.

calidad de la atención en salud en este contexto requiere que todos los esfuerzos en seguridad de la atención, en efectividad, sostenibilidad y equidad en las acciones sanitarias deben ir aparejados de los esfuerzos por incorporar fuertemente a los profesionales de la salud en una cultura de calidad donde la inter-profesionalidad es uno de los ejes más relevantes.

Cuando nos referimos a la cultura de calidad de las instituciones y dispositivos sanitarios se refiere al modo de pensar, actuar y sentir de los trabajadores de la salud que se relaciona con sus creencias y con la historia sanitaria del país. Esta cultura estimula, condiciona o inhibe ciertas conductas que son la base de la calidad de la atención. Para ello es importante que desde la propia formación los estudiantes adquieran habilidades para transformar prácticas y procesos de trabajo de manera interdisciplinar para posteriormente aplicarlas en su desarrollo profesional. La EIP, promueve el trabajo en equipo, la colaboración, entrega herramientas que permiten combinar las experiencias profesionales, la comunicación y la construcción de planes conjuntos que mejoran las acciones y atenciones de salud, la seguridad del paciente y la calidad de la atención.

El trabajo colaborativo, la conformación de equipos interprofesionales con diálogo efectivo, aprendizaje común y decisiones compartidas con las personas y sus familiares en los procesos de atención y de cuidados, es el núcleo de la cultura de calidad. Los esfuerzos y estrategias para lograr este núcleo base de la cultura de calidad se intentan instalar mayoritariamente en el espacio laboral, debiendo haberse incorporado ya desde los primeros años del pregrado. El proceso de selección de la carrera profesional suele acompañarse en los jóvenes de un proceso de diferenciación disciplinar que debe ser revertido precozmente. Se ha demostrado en revisiones sistemáticas que las actividades interprofesionales son relevantes en generar mejores resultados sanitarios, en particular en la calidad de la atención (Reeves y cols., 2017). Existen actividades formativas de EIP que

facilitan las prácticas interprofesionales clásicas (Tabla N°2).

La introducción de la EIP en las propias instituciones de salud contribuye a fortalecer la cultura de calidad en los lugares de trabajo. Las actividades de aprendizaje interprofesionales en el lugar de trabajo a menudo se denominan “aprendizaje compartido” o “entrenamiento conjunto”, durante las cuales los profesionales aplican, refuerzan, actualizan y aumentan su conocimiento y habilidades en respuesta a las demandas cambiantes de la práctica, la organización, la prestación de servicios y su carrera profesional (Barr y Low, 2013). La Educación continua interprofesional en el lugar de trabajo es más sostenible y sistemática cuando ha formado parte del pre y el post grado de manera progresiva y sistemática,

El futuro de la atención y cuidados en salud cada vez más compleja, con mayor desarrollo tecnológico y con personas y comunidades cada vez más empoderadas dependerá de la capacidad de ofrecer una atención sanitaria más segura, confiable y valorada, donde la comunicación efectiva y el trabajo colaborativo entre profesionales y de éstos con los usuarios, para aprender de los errores se imponen como una herramienta clave de mejora haciendo de la EIP una estrategia esencial (Aranaz y Agra, 2010).

### **Condiciones para la EIP en salud**

El avance hacia la EIP requiere por una parte de factores favorecedores a nivel de la estructura y gobernanza del sistema de salud, de las políticas sanitarias, de los incentivos económicos, de los marcos regulatorios y del mercado laboral que apoyen una implementación efectiva de un modelo estructurado en redes basadas en la APS y centradas en las personas y sus comunidades. Estos factores son determinantes y decisivos no solo para la educación, sino sobre todo, para la práctica interprofesional. Por otra, requiere de las políticas del sector educativo, de los sistemas de acreditación de la calidad universitaria y de la decisión de las comunidades académicas de avanzar hacia la EIP cuidando de caer en sólo un voluntarismo de

juntar a estudiantes de varias carreras en un aula. La EIP, implica problematizar y deconstruir el paradigma biomédico, la verticalidad y estratificación del modo en que tradicionalmente se ejerce el poder en los equipos de salud, articular aula y territorio e incorporar a las personas y sus comunidades como parte de los procesos de enseñanza aprendizaje.

Flexner sin duda fue quien sentó las bases de la formación “moderna” en salud (Vicedo, 2002), pero dichos valiosos fundamentos deben ser superados (Frenk y cols. 2010) por un enfoque integral de la salud (enfoque biopsicosocial y ambiental) que rompa con los estancos y protagonismos disciplinares, que cuestionen las identidades profesionales tradicionales y modifique los planes de enseñanza en las universidades para la innovación y el cambio.

Sin duda que la implementación de la EIP enfrentará resistencia por parte de facultades, profesores y estudiantes acostumbrados a enfoques educativos tradicionales, donde las disciplinas y saberes se atrincheran al interior de los claustros en estructuras estancos de poder. No sólo las resistencias estarán en el nivel de los egos académicos o de las fronteras corporativas, sino también en las dificultades reales para coordinar horarios y recursos para facilitar la participación de estudiantes de diferentes disciplinas en actividades interprofesionales teóricas y prácticas en aula y territorio. A su vez, los esfuerzos académicos van a chocar con las jerarquías y las culturas organizacionales en los entornos clínicos, requiriendo de grandes esfuerzos para entregar herramientas a los estudiantes y que estos puedan enfrentar el choque paradigmático del modelo hegemónico y en paralelo se establecen alianzas estratégicas entre universidad y los servicios asistenciales que aporten a la transformación de las culturas y las prácticas habituales en los establecimientos de salud. Es evidente, que se requerirán de inversiones significativas tanto para diseñar e implementar ajustes curriculares y recursos educativos como para desarrollar capacitaciones en los académicos. Un docente que no le haga sentido o comprenda la importancia de EIP y que no se sienta cómodo desde las capacidades metodológicas que ella implica, obviamente será el principal obstáculo.

Desde los desafíos académicos, lo primero es definir de manera consensual y participativa un perfil de egreso alineado con una visión de sistema de salud integrado y centrado en las personas y sus comunidades. Dicho perfil debe traducirse en resultados de aprendizaje, que a su vez se deben materializar a través de una malla

curricular que tributa a un perfil de competencias para la práctica interprofesional. La malla curricular debe contemplar mínimos de asignaturas transversales comunes interdisciplinares, que contribuyen a crear valores y capacidades genéricas. También en asignaturas prácticas en campo clínico convencional, en territorio o en simulación se deben incorporar elementos interdisciplinares. Las actividades de vinculación con el medio, especialmente de acción servicio son propicias para la interdisciplina, cuidando de no quedarse en lo asistencial y episódico. El territorio es locus para experiencias continuas de aprendizaje situado, en el fluir de los diversos niveles del avance curricular. A su vez, la investigación, también interdisciplinar, especialmente la aplicada, debe surgir, desarrollarse y devolverse desde el diálogo de la academia con las comunidades. En suma, el currículo debe ser la plataforma para integrar, generando aprendizaje basado en problemas vivenciados de modo experiencial, sea en aula, en escenarios de simulación o en campos de práctica sean en comunidades o establecimientos de salud; y, también en los métodos de evaluación los cuales deben ser adaptados para medir las competencias interprofesionales, incluyendo la observación de habilidades de trabajo en equipo y colaboración en entornos clínicos o comunitarios reales o simulados. La interdisciplina se aprende experimentándola. De dicha forma se aprehende su sentido y se encarna.

## CONCLUSIONES

La segmentación y falta de integralidad de los servicios de atención es una característica en los países de América Latina, que contribuye a la inequidad y a las pérdidas de calidad y de eficiencia de los sistemas de salud y además, dificulta el inter-profesionalismo para atender a la población con enfoque territorial y en forma integral. Avanzar hacia sistemas de calidad, resilientes, integrados y centrados en las personas y sus comunidades requiere de una serie de elementos conjuntados: políticas públicas que impacten positivamente en los determinismos sociales de la salud, en modelos de atención estructurados en redes basados en la estrategia de APS con acceso a las tecnologías sanitarias y debidamente financiados, junto a contar con trabajadores de la salud formados con capacidades para la atención integrada, en cantidad suficiente y equitativamente distribuidos. Lo anterior, requiere de cambios alineados en los sistemas de salud junto a transformaciones en la formación universitaria y en el mercado laboral.

La educación interprofesional, se constituye en una estrategia educativa esencial para superar la fragmentación de la atención y de los cuidados y promover el trabajo en equipo interprofesional. Los estudiantes de diferentes áreas del conocimiento aprenden con, de y acerca del otro, así como de las personas y de las propias comunidades, mejorando la colaboración y la calidad de la atención y los cuidados en salud. La implementación de la EIP implica importantes cambios curriculares, así como en las metodologías de los procesos de enseñanza aprendizaje. Es necesario que la formación de los profesionales de la salud esté concebida para desarrollar competencias transversales y específicas que les permitan organizar y prestar respuestas integrales, eficaces, eficientes, seguras y de calidad en conjunto con las personas y sus comunidades.

El avance hacia la EIP requiere que las políticas sanitarias y educacionales, los incentivos económicos, los marcos regulatorios y el mercado laboral apoyen una implementación efectiva de un modelo estructurado en redes basadas en la APS y centradas en las personas y sus comunidades. Así mismo, es clave que las políticas del sector educativo, de los sistemas de acreditación de la calidad universitaria estén alineadas con el compromiso de las comunidades académicas de avanzar hacia la EIP. Como fuera señalado, esta no se reduce con solo juntar a estudiantes de varias carreras en un aula. Implica problematizar y deconstruir el paradigma biomédico, la verticalidad y estratificación del modo en que tradicionalmente se ejerce el poder en los equipos de salud, articular aula y territorio e incorporar a las personas y sus comunidades como parte de los procesos de enseñanza aprendizaje. Este desafío aún embrionario en nuestro país requerirá de muchas voluntades, de redes académicas, de colegios profesionales y de liderazgos comprometidos con la EIP tanto en el sector salud y educación. Siendo las capacidades humanas de quienes trabajan en salud elemento esencial que explican las prácticas y sustentan los modelos, es evidente que el logro de una atención y cuidados integrados en salud, pasan necesariamente por cambios profundos en nuestros procesos de aprendizaje.

## REFERENCIAS

- Artaza O, Agra Y. (2010). La cultura de seguridad del paciente: del pasado al futuro en cuatro tiempos. *Med Clin (Barc)*. 135 (Supl 1):1-2. EN: [https://lmentala.net/admin/archivosboletin/JSEMDECultura\\_de\\_la\\_Seguridad\\_Aranaz\\_2010.pdf](https://lmentala.net/admin/archivosboletin/JSEMDECultura_de_la_Seguridad_Aranaz_2010.pdf)
- Artaza O, Santacruz J, Girard J, Álvarez D, Barría S, Tetelboin C, et al. (2020). Formación de recursos humanos para la salud universal: acciones estratégicas desde las instituciones académicas. *Revista Panamericana de Salud Pública*. Jul 28;44:1.
- Artaza-Barrios O, Fagalde-Cuevas M, Santana-Machuca A, Guida Leskevicius C, Reyes-Bahamondes J. (2021). Una experiencia para la formación interdisciplinaria en salud y ciencias sociales. *Salud Publica Mex* [Internet]. [citado 18 de mayo de 2024];63(5):591-2. <https://www.saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/12809>
- Artaza O, Méndez C, Oyarzún R, Illanes J, Vargas-Bustamante A, Muñoz CG, et al. (2022). Sistemas y servicios de salud centrado en las personas y sus comunidades [Internet]. Artaza O, Méndez C, editores. En: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/253079/A69\\_39-sp.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/253079/A69_39-sp.pdf)
- Artaza, O., De Ferrari, I., Güida, C. Fernández, V. (2023). 'Experiencia chilena de desarrollo de capacidades para la atención integrada en salud en la formación de profesionales', *International Journal of Integrated Care*, 23(S1), p. 109. Available at: <https://doi.org/10.5334/ijic.ICIC23042>.
- Barr H., Low H. (2013). Introducción a la Educación Interprofesional CAIPE. En: [https://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/2018/pub\\_caipe\\_intro\\_eip\\_es.pdf](https://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/2018/pub_caipe_intro_eip_es.pdf)
- Chavarría M., Jiménez, MJ., Negredo M., Bardallo L., Esteban S., Garcimartín P., et al. (2021). Simulación clínica interprofesional con estudiantes de medicina, de enfermería y de auxiliares de enfermería. *Investigación en educación médica*, 10(39), 16-24. Epub 31 de enero de 2022. <https://doi.org/10.22201/fm.20075057e.2021.39.20340>
- Espinoza Barrios, M., Oyarzo Torres, S. (2021). Interprofessional Health Education Teacher Training at the University of Chile. *Journal of Educational Evaluation for Health Professions*, 18. <https://doi.org/10.3352/jeehp.2021.18.30>
- Fortuna CM, Dias BM, Laus AM, Mishima SM, Cassiani SHDB. Educación interprofesional en salud en la Región de las Américas desde la perspectiva de la enfermería. *Rev Panam Salud Publica*. 2022;46:e69. <https://>



- doi.org/10.26633/RPSP.2022.69
- Frenk, J., Chen, L., Bhutta, Z. A., Cohen, J., Crisp, N., Evans, T., et al. (2010). Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet (London, England)*, 376(9756), 1923–1958. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)61854-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61854-5)
  - Lalonde, Marc (2002) New perspective on the health of Canadians: 28 years later. *Rev Panam Salud Publica*;12(3) 149-152,sept. En: [http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1020-49892002000900001&lng=en&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892002000900001&lng=en&nrm=iso&tlng=en)
  - Lucero-González N., Avello-Sáez D., Sepúlveda J., Calvo F., Espinosa A., Villagrán I. (2022). Educación interprofesional en salud a través de la metodología de aprendizaje-servicio en estudiantes de primer año. *ARS MEDICA Revista de Ciencias Médicas*. <https://doi.org/10.11565/ars-med.v46i4.1858>
  - Moreno C., Rojo R., Navarro N. (2020). Valoración del Programa Internado Rural Interdisciplinario de los estudiantes internos de la Facultad de Medicina. Assessment of the Interdisciplinary Rural Internship Program of intern students from the Faculty of Medicine. *Rev Educ Cienc Salud*. 17(1): 41-46 En: <https://recs.udec.cl/ediciones/vol17-nro1-2020/artinv17120g.pdf>
  - OMS (1986). Conferencia Internacional sobre Promoción de Salud. Carta de Ottawa para la promoción de la salud. *Rev Sanid Hig Pub*. 61:129-133. En: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/Carta-de-ottawa-para-la-apromocion-de-la-salud-1986-SP.pdf>
  - OMS (2010). World Health Organization. Framework for action on interprofessional education and collaborative practice. Geneva: Health Professions Networks Nursing Midwifery; Department of Human Resources for Health. En: <https://www.who.int/publications/i/item/framework-for-action-on-interprofessional-education-collaborative-practice>
  - OMS (2016). Marco sobre servicios de salud integrados y centrados en la persona. Ginebra. En: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/253079/A69\\_39-sp.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/253079/A69_39-sp.pdf)
  - OPS (2017). 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. En: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/34372>
  - OPS/OMS (2010). Redes integradas de servicios de salud: Conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas. . En: La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas [Internet]. Washington, D.C: OPS. En: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/31323/9789275331163-spa.PDF>
  - OPS/OMS (2014). Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. En: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/28276/CD53-5-s.pdf?sequence=4&isAllowed=y>
  - OPS/ OMS (2022). Política sobre atención integrada para mejorar los resultados de salud [Internet]. Washington, D.C. En: [https://www.paho.org/sites/default/files/esp30-10-s-politica-atencion-integrada\\_0.pdf](https://www.paho.org/sites/default/files/esp30-10-s-politica-atencion-integrada_0.pdf)
  - OPS/OMS (2023). Política sobre el personal de salud 2030: fortalecimiento de los recursos humanos para la salud a fin de lograr sistemas de salud resilientes. <https://www.paho.org/es/documentos/ce17214-politica-sobre-personal-salud-2030-fortalecimiento-recursos-humanos-para-salud>
  - OPS/OMS (2017). Estrategia de recursos humanos para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/34964>
  - Pérez-Hernández G, Ehrenberg N, Gómez-Duarte I, Artaza O, Cruz D, Leyns C, et al. Pillars and lines of action for integrated and people- And community-centered health systems. *Revista Panamericana de Salud Pública/Pan American Journal of Public Health*. 2022;46.
  - Reeves S., Pelone F, Harrison R., Goldman J., Zwarenstein M. (2017). Colaboración interprofesional para mejorar la práctica profesional y los resultados de la atención sanitaria. Base de datos Cochrane de revisiones sistemáticas. Número 6. Art. No.: CD000072. En: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD000072.pub3/full>
  - Riveros P, Meriño J, Crespo F. (2020). Las diferencias entre el trabajo multidisciplinario

- interdisciplinario y transdisciplinario. Unidad de Redes Transdisciplinarias Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo Universidad de Chile. <https://uchile.cl/dam/jcr:48ccdd90-403c-443b-b74e-9a28ef75bd5b/doctransdisciplina3corregido-final-10.07.2020.pdf>
- Sandoval-Barrientos, S., Arntz-Vera, J., Flores-Negrin, C., Trunche-Morales, S., Pérez-Carrasco, A., López-Uribe, J., et al. (2019). Propuesta de formación interprofesional en 4 programas de licenciatura de profesionales sanitarios. *Educación Médica*, 20(Supl. 2), 25-32. doi: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1575181318300780?via%3Dihub>
  - Soto-Ruiz N., Escalada-Hernández P., Ortega-Moneo M., Viscarret-Garro J., San Martín-Rodríguez L. (2022). Educación interprofesional en ciencias de la salud con la colaboración de pacientes. *Educación Médica*, Volume 23, Issue 1, 100718, ISSN 1575-1813. En: <https://doi.org/10.1016/j.edumed.2022.100718>.
  - UNESCO, 2009. Conferencia Mundial sobre la Educación Superior-2009: la nueva dinámica de la educación superior y la investigación para el cambio social y el desarrollo. Sede de la Unesco, París, 5-8 de julio del 2009. Disponible en [https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000183277\\_spa](https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000183277_spa)
  - Vázquez Vega L.(2022). Producción socio-cultural de la salud y ecología de saberes en sistemas sanitarios Mx. XXXIII Congreso latinoamericano de sociología ALAS, CLACSO, UNAM, México. En: <https://www.aacademica.org/laurayvazvega/6.pdf>
  - Vicedo Tomey, Agustín. (2002). Abraham Flexner, pionero de la Educación Médica. *Educación Médica Superior*, 16(2), 156-163. Recuperado en 18 de mayo de 2024, de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21412002000200010&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412002000200010&lng=es&tlng=es)