

Resumen

La educación interprofesional (EIP) ahorra recursos cuando se orienta a reforzar la atención primaria, prevenir o retrasar los ingresos hospitalarios, mejorar el tratamiento clínico, agilizar la planificación de las altas, coordinar los cuidados ambulatorios, reducir los errores y/o distribuir el personal de forma óptima al tiempo que mejora la experiencia del paciente y los resultados de salud. La inversión en sistemas de educación y formación constituye un requisito previo esencial para la consecución de estos beneficios, si bien la EIP es susceptible de adoptar múltiples formas —antes o después de la licenciatura universitaria, o en el lugar de trabajo— y presentar una gran disparidad de costes.

Palabras clave: costes, beneficios, educación interprofesional, práctica colaborativa.

Abstract

Interprofessional education (IPE) saves resources when it is designed to strengthen primary care, obviate or delay hospital admission, improve treatment, expedite discharge planning, coordinate after care, reduce error and/or deploy the workforce optimally while enhancing patient experience and outcomes. Investment in education and training systems is essential before these benefits will follow, but IPE takes many forms, before and after qualifying in the university and the workplace, varying markedly in cost.

Key words: costs, benefits, interprofessional education, collaborative practice.

JEL classification: I15, I25, O15.

LA EDUCACIÓN INTERPROFESIONAL: UNA VISIÓN ECONÓMICA

Hugh BARR

*Profesor emérito de Educación Interprofesional, University of Westminster (Reino Unido);
Presidente del UK Centre for the Advancement of Interprofessional Education*

Juan José BEUNZA

Profesor Titular de Salud Pública y Educación Interprofesional y Director de Programa de Educación Interprofesional y Práctica Colaborativa, Facultad de Ciencias Biomédicas de la Universidad Europea de Madrid (España)

Educación interprofesional: «Cualquier tipo de sesión en la que dos o más profesiones aprenden interactivamente, como medio para cultivar una práctica colaborativa y mejorar la atención clínica de los pacientes».

CAIPE, 2002

I. INTRODUCCIÓN

La educación interprofesional (EIP) se orienta a mejorar la salud del paciente y la asistencia social con el fin de aumentar los niveles de bienestar de individuos, familias y colectividades. Además, los resultados pueden ayudar a reducir los costes de prestación de los servicios sanitarios. Algunas evaluaciones sobre EIP, entre ellas algunas de las aquí citadas, pueden dejar entrever ahorros. Sin embargo, demostrar que se han ahorrado recursos resulta una tarea ardua, en la medida en que los dividendos tienen carácter a largo plazo e intervienen otras variables.

La inversión que requiere la EIP puede ir desde lo infinitesimal hasta lo sustancial dependiendo de su horizonte temporal, localización y nivel. También han de tenerse en cuenta los costes añadidos que surgen cuando se pretende remodelar el programa curricular de cursos profesionales para integrar en él la EIP. Por ejemplo, el potencial ahorro al in-

troducir la formación con un grupo grande podría verse anulado más tarde, pero carecemos de datos para llevar a cabo un análisis coste/beneficio. Solo conocemos la existencia de un estudio sobre EIP, en el cual Hansen *et al.* (2009) compararon dos plantas de pediatría en Dinamarca, sin encontrar diferencias significativas en costes y beneficios entre la que incorporaba un aula de formación interprofesional y la que no.

En los difíciles tiempos que corren, los formadores interprofesionales podrían ser reacios a hablar de dinero por miedo a atraer el foco sobre el coste de unas intervenciones en EIP que son relativamente costosas. Cuanto más tiempo persistan las restricciones económicas del gasto público, menos sostenible se volverá esa postura. Los costes —y los beneficios— han de ser transparentes. La lógica interprofesional formulada en épocas más boyantes podría tener que revisarse para tener en cuenta las actuales limitaciones económicas en unos países desarrollados ya no tan ricos, así como en los países menos favorecidos, antes de que el impacto de la EIP pueda integrarse en estrategias para la salud global (Frenk *et al.*, 2010; IOM, 2013).

Tras someter la EIP a observación con un prisma económico,

en el presente capítulo distinguimos entre el coste de las diferentes clases y sugerimos de qué modo la clase de EIP más costosa puede ser contenida o reducida. Nos replanteamos los argumentos a favor de la EIP propuestos en sucesivos informes, citando ejemplos que prometen no solo mejorar la experiencia del paciente sino, además, reducir los costes asociados al uso y prestación de los servicios.

II. CLASES DE EIP Y SU IMPACTO

La EIP puede ser previa o posterior a la licenciatura. Las diferencias dentro de cada categoría son tan grandes como las que existen entre una categoría y otra. La EIP previa a la cualificación puede realizarse en el aula o durante una práctica en empresa, afectar a unas pocas o a una multitud de profesiones que empleen uno o varios métodos de aprendizaje interactivo en todas o alguna de las fases de sus títulos profesionales. Elementos interprofesionales discretos pueden introducirse con un coste relativamente bajo en los cursos profesionales previos a la cualificación (en el aula o en la práctica en empresa). Los costes aumentan cuando dichos elementos se albergan dentro de estos cursos, dados los requisitos en términos de tiempo de negociación, planificación, seguimiento y gestión que ello conlleva.

La evidencia empírica confirma que la EIP previa a la cualificación, bien planificada y ejecutada, consigue alcanzar los objetivos iniciales pretendidos, es decir, establecer unas bases comunes de conocimientos y modificar las actitudes y percepciones recíprocas. Las mismas fuentes confirman que la EIP posterior a

la cualificación puede, asimismo —y, de nuevo, sujeto a una buena planificación y ejecución—, alterar las prácticas y producir un impacto en la experiencia del paciente (Barr *et al.*, 2005; Hammick *et al.*, 2007) (1). La primera coloca los cimientos para la segunda.

¿Puede ser suficiente una única inyección de EIP de «alta potencia», con o sin nuevos refuerzos? ¿Puede la EIP ser igual de efectiva cuando es breve y discreta que cuando recorre de principio a fin el aprendizaje profesional? No disponemos de suficiente evidencia empírica para confirmar que una inversión adicional en EIP aporte dividendos adicionales. Hasta la fecha, el número de evaluaciones sobre EIP que cumplen los criterios de inclusión en revisiones sistemáticas es demasiado escaso para discernir algo en este sentido.

Recientes estudios realizados en Reino Unido revelaron que la EIP previa a la cualificación dependía del contexto. Su forma y su contenido se veían influidos por las oportunidades y limitaciones presentes en cada caso, incluida la disposición de las universidades anfitrionas a asignar tiempo y recursos, reorientar los cursos profesionales para dar cabida en ellos a la enseñanza y el aprendizaje interprofesional, y ceder parte del programa curricular profesional para hacerlo interprofesional (Barr *et al.*, 2014).

La EIP posterior a la cualificación es aún más variada. Puede ser implícita o explícita, desarrollarse durante el trabajo diario, en reuniones de equipo, módulos de formación, actividades fuera de la empresa, etcétera, o bien durante programas universitarios de posgrado, máster o doctorado.

III. CONTENCIÓN DE COSTES EN EIP

Todas las nuevas estrategias educativas requieren una inversión en planificación y pilotaje. Ese es también, y en mayor medida si cabe, el caso de la EIP, dados sus múltiples grupos de interés (*stakeholders*), cuyas distintas percepciones y expectativas costará tiempo reconciliar antes de que pueda asegurarse la colaboración. Aunque la frecuencia de las reuniones tiende a disminuir una vez que la EIP entra en funcionamiento, sigue siendo necesaria una permanente maquinaria colaborativa.

Las limitaciones en los presupuestos de las universidades respaldan la ventaja de juntar a estudiantes pertenecientes a distintas profesiones en grandes aulas para compartir programas curriculares y sesiones didácticas comunes. No obstante, las profesiones pueden mostrar rechazo a la imposición precipitada e indiscriminada de clases conjuntas, por temor a ver sus identidades distintivas menoscabadas y sus conocimientos especializados diluidos. Los formadores interprofesionales, en tal caso, podrían temer que las profesiones no prestasen su apoyo, con lo que los principios de la EIP de refuerzo y respeto mutuo (Barr y Low, 2012) quedarían amenazados.

Es muy posible que, con el debido tiempo para que florezca la confianza, el claustro de los diferentes programas profesionales otorgue su aprobación a combinar clases cuando la superposición de las necesidades de aprendizaje resulte evidente. Ahora bien, las evidencias confirman la necesidad de realizar una EIP interactiva (tal como reza su definición) en pequeños grupos antes de que pueda surgir una

comprensión mejorada entre las distintas profesiones. Existe la posibilidad de encontrar una solución de compromiso, en la que se combinen algunas sesiones con grupos grandes, relativamente asequibles, con otras en grupos reducidos, relativamente caras. El coste del aprendizaje en grupos reducidos puede acotarse seleccionando a estudiantes para que actúen como facilitadores con el apoyo de sus profesores. Los estudiantes del último año, bien versados para entonces en el aprendizaje interprofesional, pueden ser invitados a dirigir grupos formados por estudiantes de los primeros cursos.

Al ponerse las bases de la EIP, imperó la idea de que la educación interprofesional debía quedar restringida en su ámbito a la formación profesional, evitando inmiscuirse en los currículums profesionales prefijados. Por ejemplo, la EIP se programó para las mañanas de los sábados, o bien durante prácticas en empresas donde, se suponía, las oportunidades para observar y conocer a miembros de otras profesiones brotarían de forma natural. Tal vez así sea, pero los estudiantes se las tuvieron que apañar como pudieron para conciliar, de un lado, lo aprendido dentro de la enseñanza profesional en la universidad y, de otro, las enseñanzas recibidas durante el aprendizaje interprofesional en las prácticas. Tampoco resultaba fácil encontrar suficientes empresas con culturas colaborativas, por lo que los profesores se vieron obligados a simular en el aula todo o parte del aprendizaje interprofesional de la práctica (Barr *et al.*, 2014).

El *e-learning* o enseñanza *online* ha sido ampliamente alabado en el ámbito de la EIP por sus ventajas para mejorar la formación y

ahorrar recursos. Con él, los estudiantes pueden cursar el aprendizaje cuando más les conviene con el apoyo a distancia de sus profesores y sin «interferir» en los estudios específicos de su profesión. El argumento es seductor; la evidencia, sin embargo, aconseja prudencia. El *e-learning* puede resultar más eficaz si se integra en una «formación mixta» que incluya, además, tutorías presenciales con los profesores y los compañeros (Barr *et al.*, 2014).

Los costes asociados a la EIP pueden acotarse y, en ocasiones, reducirse. La inversión —ya sea grande o pequeña— se recupera, junto con intereses, cuando el resultado es un cuidado de los pacientes no solo mejor, también más asequible.

IV. PROMOCIÓN DE LA EIP EN EL ÁMBITO LOCAL, NACIONAL E INTERNACIONAL

Los proyectos en EIP lanzados de forma pionera a nivel local atraen la atención a escala nacional e internacional. La OMS actuó con diligencia recopilando ejemplos, primero en Europa (D'Ivernois y Vodratski, 1988) y luego en todo el mundo (OMS, 1988). Algunos gobiernos nacionales, sobre todo de países pequeños y pobres, siguieron los ejemplos propuestos por la OMS. Otros, como Noruega y Reino Unido, invocaron el aprendizaje común sin hacer referencia a experiencias previas con la EIP. En Canadá, el Gobierno federal tomó nota de dicha experiencia en otros países. Más recientemente, ese fue también el caso de Estados Unidos, en colaboración con las profesiones y el apoyo decidido de importantes fundaciones sin ánimo de lucro. Cuanto más tiempo tarde

un gobierno en abordar este tema, más probable es que sus políticas de EIP hundan sus raíces en la experiencia y la evidencia empírica. No obstante, siguen existiendo muchos países cuyos gobiernos u otras instituciones nacionales aún tienen pendiente abordar la asignatura de la educación interprofesional.

Sucesivos informes de la OMS han ponderado la utilidad de la EIP como herramienta para mejorar la satisfacción en el trabajo, mejorar la consideración pública de los equipos sanitarios y alentar una respuesta holística de las necesidades de los pacientes (OMS, 1973) en pos del objetivo de «salud para todos» (OMS, 1978). El primero de los dos grupos de trabajo expertos de la OMS se basó en la experiencia de sus miembros. La EIP —sostenían— no era un fin en sí mismo, sino un medio para garantizar que diferentes tipos de personal sanitario pudieran trabajar juntos para satisfacer las necesidades clínicas de los pacientes (OMS, 1988). El segundo grupo, urgido por los funcionarios de la OMS para dar respuesta a las prioridades de la organización, declaró que la EIP promovía una práctica colaborativa eficaz que, a su vez, optimizaba los servicios sanitarios, reforzaba los sistemas de salud y mejoraba los resultados de salud de los pacientes. Para ello citaba como argumento evidencias, si bien selectivas, de que la práctica colaborativa reducía los ingresos en hospitales, la estancia media del paciente, la rotación del personal y los errores clínicos, entre otros (OMS, 2010).

La Independent Lancet Commission afirmó que la educación profesional se había quedado obsoleta para alcanzar sus objetivos. Declaró que debía dar respuesta a las cambiantes nece-

sidades de la fuerza de trabajo, y que la complacencia solo perpetuaría los ineficaces enfoques del siglo xx, que resultaban anticuados para abordar los retos del siglo xxi. El aprendizaje había de ser transformador. La educación interdependiente entre profesiones debía basarse en competencias y orientarse a los resultados (Frenk et al., 2010). El Institute of Medicine argumentó que la EIP debía servir para alcanzar mejores resultados en los pacientes, mejoras de salud y unos sistemas educativos y sanitarios más eficientes y asequibles (IOM, 2013).

Aludiendo al grupo de trabajo de la OMS en 2010 y a la revisión de Lancet en 2011, la OMS, en su primera revisión de la formación de las profesiones sanitarias (OMS, 2013), buscó «suscitar el diálogo [...] para abordar los retos que afrontan los profesionales sanitarios y contribuir a una nueva era en cuanto a la regulación y ordenación de las profesiones sanitarias».

V. SEIS RETOS

En el resto de este capítulo nos centraremos en varias formas en que la EIP puede ayudar a alcanzar una o varias de las expectativas y promover ahorros en educación, prácticas sanitarias o ambos.

1. Promoviendo el trabajo en equipo

El trabajo interprofesional apoya el despliegue costoefectivo del personal. Las barreras entre las diversas profesiones se vuelven flexibles a medida que los miembros del equipo desarrollan confianza entre sí. Pueden asumir tareas en nombre del otro, incluyendo el desvío de pacientes

desde los trabajadores con mayor salario a los de menos. Los miembros pueden modificar, modular, posponer o suprimir intervenciones para complementar a las de otros miembros, todo ello de forma congruente con los planes de tratamiento convenidos por el equipo (Reeves et al., 2010).

Pero el trabajo en equipo también comporta costes: las reuniones pueden prolongarse en el tiempo; las discusiones de casos pueden revelar nuevas necesidades desde perspectivas adicionales que hagan necesarias más intervenciones, o intervenciones más intensivas, a cargo de otras profesiones; los requerimientos de tiempo adicionales pueden amortizarse más tarde, pero también puede suceder lo contrario, especialmente durante el cuidado a largo plazo de la frágil población de personas mayores, cada vez más numerosa.

El primero de los siguientes dos ejemplos ilustra de qué forma un equipo de atención primaria abordó su propio desarrollo desde sus puestos de trabajo:

Las reuniones semanales del Primary Care Team (PCT) en Kinsale, en la República de Irlanda, se venían celebrando desde 2008 para debatir la gestión multidisciplinar de los pacientes. En 2011 el equipo decidió que, si bien compartir sus conocimientos mejoraba su capacidad en tanto que miembros del equipo para resolver problemas sociales y médicos complejos, el aprendizaje informal de los demás tenía carácter oportunista y era poco sistemático. Por ello exploraron la posibilidad de formalizar su aprendizaje a través de una EIP dedicada. Siguiendo una revisión de la literatura y reuniones de grupos de discusión, el equipo decidió seguir adelante, siendo no obstante conscientes de las dificultades potenciales. La planificación de la EIP implicó a todos los miembros del equipo en cada fase del proceso de diseño y

en la implementación, apoyándose en asesoramiento externo.

La meta era organizar y articular una EIP continua para el equipo, con la pretensión de alcanzar los siguientes objetivos:

— *diseñar reuniones interprofesionales periódicas que fueran relevantes y productivas para el equipo;*

— *mejorar la comprensión del papel que desempeñaba cada uno de sus miembros;*

— *mejorar el conocimiento y las habilidades sobre temas relacionados con la atención primaria por los miembros del equipo;*

— *colaborar con otros proveedores de servicios sanitarios en la comunidad.*

El contenido debía centrarse en el paciente, resultar apropiado para todos y tener relevancia inmediata. Incluyó la gestión de la atención primaria para enfermos con demencia, enfermedad motora neuronal y problemas mentales en adolescentes, así como la protección de datos.

Las reuniones educativas mensuales comenzaron en 2011 y se desarrollaron en el hospital público local. De media asistieron veinte personas: ocho médicos, cuatro enfermeras/os de salud pública (comunidad/distrito), dos fisioterapeutas, un logopeda, un psicólogo, un nutricionista, un terapeuta ocupacional y dos enfermeras/os especializadas/os. Ocasionalmente, también asistieron miembros del hospital público.

El Proyecto se evaluó después de tres meses, utilizando un grupo de discusión y un cuestionario anónimo. Las respuestas recibidas fueron abrumadoramente positivas. Los principales temas que aparecieron incluían el valor del trabajo en un equipo integrado, la sensación de mayor autoestima, el mayor respeto hacia los otros profesionales y las ventajas para pacientes concretos. El PCT fue distinguido con el galardón Irish Medical Times Irish Healthcare Award por este proyecto.

(Foley, 2012)

El segundo ejemplo ilustra de qué manera se está implantando la habilidad para trabajar en equipo en un curso médico de grado:

El innovador programa de educación «Formación Interprofesional» se lanzó en la Facultad de Ciencias Biomédicas en la Universidad Europea (Laureate Universities) de Madrid. Su enfoque no recae tanto en desarrollar situaciones de trabajo en equipo ideales (que son escasas), sino en desarrollar competencias individuales respecto al trabajo en equipo y la comunicación, que permitan a los alumnos desenvolverse en situaciones tanto ideales como difíciles en términos de trabajo interprofesional. Mediante juegos de rol, películas y docenas de casos reales, se aplican técnicas propias de las escuelas de negocios para resolución de conflictos, gestión de las emociones, modelos de autoridad, toma de decisiones conjunta, roles, estatus y autonomía, utilizando las bases del Program on Negotiation (PON) de la Universidad de Harvard (Fisher 2005). El objetivo final consiste en promover la práctica colaborativa en entornos complejos y rápidamente cambiantes.

(Beunza, 2013)

2. Reforzando el cuidado de los pacientes en la comunidad

La EIP se ha impulsado en muchos países para ayudar a poner en marcha las políticas de atención primaria y comunitaria urgidas por la OMS (1978). La colaboración interprofesional, según se desprende de la evidencia empírica (OMS, 2012), puede propiciar un cuidado más efectivo que retrase o, mejor aún, evite el ingreso hospitalario, y acelere la planificación de las altas ayudando a reducir el tiempo de estancia media del paciente en el hospital.

Pero estos no son los únicos ahorros potenciales. Se han

cerrado unas instituciones sanitarias desgastadas por el uso y obsoletas a medida que los pacientes de larga duración con enfermedades mentales o dificultades de aprendizaje iban siendo dados de alta y remitidos a los equipos de cuidado interprofesional basados en la comunidad. Las instalaciones y dependencias liberadas se pusieron en el mercado inmobiliario, generando capital susceptible de reinvertirse en servicios para la comunidad.

El College of Health Science en la Universidad de Moi en Kenia tiene por objetivo formar profesionales sanitarios competentes y prácticos con vistas a prestar asistencia de calidad, costeefectiva y universal a la población desatendida, principalmente en zonas rurales. El aprendizaje interprofesional permitió a los estudiantes aprender técnicas de integración en la comunidad, diagnósticos comunitarios y evaluaciones nutricionales basadas en la comunidad, así como participar en actividades en el centro de salud y de extensión. El aprendizaje era interactivo, centrado en problemas y poliédrico, cubriendo los siguientes temas: organización de la comunidad y sus recursos; métodos de investigación; principios de epidemiología; demografía y bioestadística; sistemas sanitarios en Kenia; atención primaria; y factores que afectan a la evaluación del estatus nutricional en una comunidad. El curso interprofesional fue incluido en el segundo año de los programas para los estudiantes universitarios de medicina, odontología, enfermería, terapia física y psicología médica. La evaluación concluyó que el aprendizaje promovía el concepto de ciudadanía responsable y la salud de familias y comunidades.

(Mining, 2014)

3. Integrandos el cuidado

La implementación de estrategias de cuidado de los pacientes en la comunidad puede verse

obstaculizada por la división entre servicios sanitarios administrados a escala nacional y servicios de atención social administrados a escala local, como sucede en Reino Unido, lo que provoca duplicidades y solapamientos. A lo largo de los años, Reino Unido ha realizado sucesivos intentos para resolver este problema mediante la planificación y la financiación conjunta, aunque dichos esfuerzos no han abordado las diferencias subyacentes en cuanto a cultura y gobierno. Las estrategias piloto de cuidado integrado que están introduciéndose en determinadas localizaciones están impulsadas por el mismo objetivo dual que las implantadas para el cuidado de los pacientes en la comunidad: conseguir una atención mejor y más asequible, al reducir los ingresos en los hospitales y la duración de la estancia de los pacientes, acelerando así la planificación de su alta hospitalaria.

En teoría, la EIP, sobre todo la basada en el puesto de trabajo, desempeña un papel indispensable en involucrar a los trabajadores y ayudarles a entender los cambios a los que se enfrentan y sopesar las implicaciones que ello tiene para su profesión en relación con las otras. En la práctica, los responsables de las decisiones recurren demasiado a menudo a soluciones estructurales, prestando insuficiente atención al estrés generado entre las profesiones de cuya colaboración depende el éxito en la implementación. El estrés suscita reacciones defensivas asociadas a la percepción de una reformulación de fronteras, redefinición de papeles, puesta en entredicho de los puestos de trabajo y redistribución del poder entre las profesiones. La ansiedad subyacente puede aliviarse si se comparte, al tiempo que las profesiones logran definir un punto de encuentro desde el que esta-

blecer nuevas formas para trabajar conjuntamente.

Cada disciplina sanitaria en la Universidad de Filipinas en Manila contaba con su propio colegio, su propio punto para inmersión en la comunidad y sus propias directrices para el aprendizaje de los estudiantes durante su práctica. El trabajo interprofesional se había articulado como un principio guía para todos, pero con frecuencia los pacientes eran gestionados en paralelo por diferentes profesiones al mismo tiempo, con ausencia de coordinación ni comunicación entre sí. Los pacientes y sus familias acababan sintiendo fatiga cuando diferentes grupos de estudiantes les visitaban varias veces en un mismo día o una misma semana. Además, la evaluación puso de manifiesto falta de entendimiento y tensiones entre los estudiantes procedentes de las distintas profesiones.

Tras una revisión de la literatura internacional, el claustro se reunió para planificar un programa interprofesional para estudiantes que compartiesen una práctica en la comunidad con pacientes identificados y sus familias, trabajando con directrices comunes incluidas en la orientación que se impartía a los estudiantes antes de iniciar su práctica. Cada profesión podía recomendar un paciente como candidato para la práctica colaborativa, que se regiría por las directrices. El estudiante que primero atendía a dicho paciente o a su familia comentaba el caso, bajo la tutela de un profesor, con el resto de estudiantes de otras profesiones. A continuación, como equipo, analizaban los problemas del paciente y la familia, formulaban objetivos para ellos y posibles intervenciones antes de asignar roles. Entonces el equipo seleccionaba a uno de entre una serie de pacientes o familias para su inclusión en el programa como su caso de estudio, obteniendo consentimientos informados, trabajando en aras de los objetivos convenidos, reuniéndose periódicamente y llevando un control del progreso. La evaluación reveló que los estudiantes que participaron en el programa comprendían mejor la forma en que otras profesio-

nes enfocaban la resolución de problemas y se complementaban entre sí en búsqueda del objetivo común.

(Paterno et al., 2014)

El proyecto de extensión «Family Health League» en Ceará (Brasil) trata de integrar una asignatura de atención comunitaria dentro del Sistema Nacional de Salud, partiendo de la perspectiva de gestión comunicativa y participativa. Algunos de los retos que busca responder dicho proyecto son: reducir la brecha cultural entre los trabajadores sanitarios y la población atendida; un cambio de paradigma desde una colaboración individual a otra colectiva; y la superación de estilos de gestión autoritarios. Uno de los programas pedagógicos desarrollados combinará la cultura popular local con contenido técnico sobre salud, aunando teoría y práctica y con la mediación de equipos interprofesionales y multiprofesionales compuestos por estudiantes, profesionales en ejercicio y académicos. Las profesiones involucradas en los grupos serán médicos, enfermeras/os, dentistas, trabajadores sociales, educadores, asistentes de enfermería, agentes de salud y líderes de la comunidad. El objetivo es adaptar la atención sanitaria a la realidad social y a las necesidades locales de la población.

(Cuhna et al., 2012)

4. Redistribuyendo al personal

Los gobiernos han promovido el «aprendizaje común» o los «currículos transversales» en los cursos sobre salud y asistencia social previos a la cualificación con el fin de impulsar los resultados basados en competencias compartidas. Con ello se pretende contribuir a un despliegue flexible del personal en respuesta a la demanda y a las exigencias de desarrollo profesional, aliviando la necesidad de educación profesional adicional. El argumento se

amplió para incluir dicha educación en las nuevas profesiones (por ejemplo, asistentes clínicos), obviando de ese modo la necesidad de diseñar e impartir programas separados, como en Reino Unido (DH, 2000, 2001 y 2004) y Noruega (NOU, 1972 y 1986).

Varios programas en España pretenden ofrecer formación común para todas las profesiones sanitarias. Un ejemplo son las Unidades Docentes Multiprofesionales (UDM). En 2011, había 30 UDM certificadas en Madrid en las áreas de pediatría (13), salud mental (9), atención primaria (7) y gerontología (1). Otras regiones también han creado sus propias unidades, como la Unidad de Formación en Atención Primaria de Cantabria.

(RD 183/2008, BOE de 21 de febrero)
(Estrategia Atención Primaria 2012-2015, Servicio Cántabro de Salud)

Estrictamente, dichos programas pueden describirse como multiprofesionales más que como interprofesionales. Pueden surgir problemas cuando los dos tipos se combinan para dar lugar no solo a una fuerza de trabajo más flexible, también más colaborativa. El aprendizaje interactivo para valorar y comprender al otro se ve entonces puesto en riesgo, y la docencia en grupos pequeños queda menoscabada. Es comprensible que las profesiones sientan temor a que el respeto por sus identidades distintivas y sus conocimientos especializados se vean devaluados, amonados o diluidos. Dicho problema se exagera cuando los argumentos permiten inferir que la especialización es una práctica restrictiva motivada por el autointerés colectivo, en lugar de por las necesidades de los pacientes. La EIP y el aprendizaje común son incómodos compañeros de viaje. Ahora bien, en muchos países persisten

las presiones para que se reestructure la fuerza de trabajo a través de la EIP, cultivando al mismo tiempo la práctica colaborativa entre las profesiones con límites más o menos estables entre ellas.

5. Seguridad del paciente

Por mucho que el argumento de un despliegue más flexible del personal revista atractivo, entra en conflicto con el de garantizar la existencia de las competencias necesarias para garantizar la seguridad de los pacientes, en el marco de la regulación y la ordenación de las profesiones sanitarias. Las presiones, tras importantes informes en Estados Unidos (Kohn *et al.*, 2000), Reino Unido (Kennedy, 2001; Frances, 2013) y España (Aranaz, 2006), para abordar la seguridad de los pacientes durante la EIP ratifica la necesidad de respetar y reforzar los roles y conocimientos de cada profesión. No solo es fundamental la seguridad de los pacientes, sino que reducir los errores también redujo las demandas legales y costosas indemnizaciones.

La OMS ha publicado la *Guía Curricular Multiprofesional sobre Seguridad del Paciente* con el fin de ser utilizada de forma flexible, en parte o en su totalidad, en los programas curriculares existentes de la formación de grado y de posgrado de los futuros profesionales sanitarios. Estructurada en temas, abarca diferentes enfoques educativos. La Parte A ofrece apoyo práctico y orientación para los docentes sobre la manera de impartir los once temas sobre seguridad del paciente que se describen en la Parte B. La Guía puede ayudar a introducir la seguridad del paciente en la educación interprofesional (OMS, 2011).

Noruega fue uno de los primeros países en introducir la enseñanza con casos simulados en la EIP para mejorar la seguridad del paciente. Cuatro equipos, cada uno de ellos compuesto por un médico, un/a enfermero/a y un estudiante intensivo de enfermería, fueron confrontados con escenarios de simulación basados en relatos recopilados a partir de las experiencias de los estudiantes con eventos adversos en transfusión de sangre, reanimación en caso de parada cardiopulmonar, gestión de catéteres venosos centrales y administración de fármacos. Se presentaron breves vídeos para cada uno de estos temas (después de ser ensayados con otros estudiantes de medicina y enfermería). A continuación se expuso a los equipos de estudiantes a una formación por simulación basada en los vídeos, seguida por una discusión sobre su propia comunicación, cooperación y liderazgo, lo que fue objeto de posterior visionado para contribuir a la reflexión. Las respuestas recabadas de los grupos de discusión complacieron a los estudiantes y les dejaron con ganas de seguir recibiendo más formación.

(Kyrkjebø *et al.*, 2006)

6. Promoviendo la salud pública

Se ha invocado la EIP como medio para preparar a los médicos, enfermeros/as y otros profesionales para que lideren campañas sobre educación en salud, por ejemplo contra el tabaquismo, la obesidad y el sedentarismo, en colegios y escuelas, centros de atención primaria y otras instancias. Implementadas correctamente, dichas campañas mejoran la salud de los individuos y la de la comunidad, reduciendo la frecuencia con que se recurre a los servicios de salud.

La Health Education Authority celebró 18 seminarios de dos días de duración para los equipos dedicados a prestar servicios de atención primaria

en toda Inglaterra. Como mínimo, tres profesionales de cada equipo eran médicos de familia e internos, enfermeros/as, visitadores médicos, gestores, administradores, secretarías y otros. Cada grupo preparó por adelantado su propio proyecto de prevención o promoción de la salud, el cual sería más tarde desarrollado en sus equipos de atención primaria. Los tutores ayudaron a los equipos a establecer sus presupuestos base, localizar el público objetivo, identificar factores inhibidores y coadyuvantes y diseñar medios de evaluación. El aprendizaje tuvo carácter participativo, colaborativo, reflexivo y exploratorio. Se utilizó la técnica de solución de problemas para fomentar el trabajo en equipo. Las reuniones de seguimiento reforzaron la implementación y generaron oportunidades para obtener feedback. El evaluador del programa concluyó que los seminarios habían aportado un marco robusto y flexible, y los participantes agradecieron las oportunidades para revisar la práctica y elaborar planes. La comunicación, el trabajo en equipo y la organización mejoraron, mientras que la asignación de roles y responsabilidades se clarificó.

(Spratley, 1990)

Si bien en los países más ricos el término «salud pública» se tiende a identificar con educación sobre salud y comportamiento individual, en los países más pobres se suele identificar con obras públicas, como, por ejemplo, trabajos para suministrar agua limpia o combatir la contaminación del medio ambiente. La EIP adopta una configuración diferente según cuál sea el perfil de profesionales y no profesionales, incluidos líderes de comunidad, ingenieros y planificadores.

VI. CONCLUSIÓN

Mejorar el cuidado de los pacientes, mejorar la salud y reducir los costes. Mientras que las dos primeras metas formaron parte

de los objetivos para la EIP desde el principio, la tercera se está agregando ahora como respuesta al crecimiento exponencial del coste de la salud, ligado a los avances en medicina, las expectativas de los consumidores y las necesidades de unas poblaciones cada vez más longevas en los países más avanzados, por un lado, y al intento de hacer la salud más asequible en los países desfavorecidos, por otro. Si los países ricos necesitan contener o reducir los costes sanitarios, los países pobres deben invertir más dinero más eficazmente. Ojalá estos últimos no malinterpreten los argumentos procedentes de los países ricos y reduzcan su determinación de invertir más recursos para corregir su déficit en salud.

En el presente trabajo hacemos énfasis en las clases de EIP relativamente económicas, a la vez que sugerimos posibles vías para contener los costes en las modalidades más ambiciosas. Argumentamos que los ahorros más significativos se consiguen reduciendo la demanda de atención sanitaria. Es necesario invertir primero para recoger luego los frutos.

NOTA

(1) Una revisión propuesta bajo los auspicios de Best Evidence Medical Education (BEME) seguirá un procedimiento similar y proporcionará hallazgos más actualizados.

BIBLIOGRAFÍA

- ARANAZ, J.M.; AIBAR, C.; VITALLER, J., y RUIZ, P. (2006), *Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización. ENEAS 2005*. Disponible en: http://www.errorenmedicina.anm.edu.ar/pdf/recursos/documentos/43_estudio_ENEAS.pdf.
- BARR, H.; HELME, M., y D'AVRAY, L. (2014), *A Review of Interprofessional Education in the United Kingdom: 1997-2013*, CAIPE, Londres (www.caipe.org.uk).
- BARR, H.; KOPPEL, I.; REEVES, S.; HAMMICK, M., y FREETH, D. (2005), *Effective Interprofessional education: argument, assumption & evidence*, Blackwell Publishing, Oxford.

- BARR, H., y LOW, H. (2012), *Interprofessional education in pre-registration courses: A CAIPE guide for commissioners and regulators of education. Appendix*, CAIPE, Londres (www.caipe.org.uk).
- BEUNZA, J.J. (2013), «Conflict resolution techniques applied to interprofessional collaborative practice», *Journal of Interprofessional Care*, 27(2): 110-112.
- CAIPE (2002), *Interprofessional education – a definition* (www.caipe.org.uk).
- CUHNA, I.C.; MONTEIRO DE ANDRADE, L.O.; MELO, A.E.; TAVARES, M.M.; FERREIRA, M.R.; CONDE, L.; BRÍGIDO, W.V.; DE LIMA, C.W.; CORREIA, C.G.; MARQUES, M.M.; MACIEL, M.F.; SALES, L.M., y BARBOSA, M.G. (2012), *Gestão Participativa no SUS e a Integração Ensino, Serviço e Comunidade: a experiência da Liga de Saúde da Família*, Fortaleza, CE1 Saúde Soc. São Paulo, v. 21, supl. 1, pp. 80-93.
- DH (2000), *A Health Service for all the Talents: Developing the NHS workforce*, Department of Health, Londres.
- (2001), *Working together: Learning together*, Department of Health, Londres.
- (2004), *The NHS improvement plan: Putting people at the heart of public services*, The Stationery Office, Londres.
- D'IVERNOIS, J.-F., y VODORATSKI, V. (1988), *Multiprofessional education for health personnel in the European region*, World Health Organization, Copenhagen.
- ESTRATEGIA ATENCIÓN PRIMARIA 2012-2015 (2012), Servicio Cántabro de Salud. Disponible en: <http://sanidad.ugtcantabria.org/wp-content/uploads/Estrategia-AP-2012-2015.pdf> y <http://www.abc.es/agencias/noticia.asp?noticia=1496571>.
- FISHER, R., y SHAPIRO, D. (2005), *Beyond reason: using emotions as you negotiate*, Viking Penguin, Nueva York.
- FOLEY, T. (2012), «Putting 'Sharing is Caring' into Practice *Journal of the ICGP May 2012*», en H. BARR y H. LOW (2013), *Introducing Interprofessional Education*, CAIPE, Londres.
- FRANCIS, R. (2013), *Independent inquiry into care provide by Mid-Staffordshire NHS Foundation Trust. June 2005-March 2009*, vols. 1 y 2, The Stationery Office, Londres.
- FRENK, J.; CHEN, L.; BHUTTA, Z.A.; COHEN, J.; CRISP, N.; EVANS, E.; FINEBERG, H.; GARCIA, P.; KE, Y.; KELLEY, P.; KISTNASAMY, B.; MELEIS, A.; NAYLOR, D.; PABLOS-MEDEZ, A.; REDDY, S.; SCRIMSHAW, S.; SEPULVEDA, J.; SERWADDA, D., y ZURAYK, H. (2010), «Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. A Global Independent Commission», *The Lancet*, 4 de diciembre (www.thelancet.com).
- HAMMICK, M.; FREETH, D.; REEVES, S.; KOPPEL, I., y BARR, H. (2007), «A Best Evidence Systematic Review of Interprofessional Education. Dundee: Best Evidence Medical Education Guide n.º 9», *Medical Teacher*, 29: 735-751.
- HANSEN, T.B.; JACOBSEN, F., y LARSEN, K. (2009), «Cost effective interprofessional training:

an evaluation of a training unit in Denmark», *Journal of Interprofessional Care*, 23: 234-241.

- KOHN, L.T.; CORRIGAN, J.M., y DONALDSON, M.S. (2000), *To err is human: Building a safer health system*, Institute of Medicine, National Academy Press, Washington DC.
- IOM (2013), *Interprofessional education for collaboration: Learning how to improve education in the Philippines e health from interprofessional models across the continuum of education and practice*, Institute of Medicine, Washington DC.
- KENNEDY, I. (2001), *The Report of the Public Enquiry into children's heart surgery at the Bristol Royal Infirmary 1984-1995*, The Stationery Office, ISBN: 0-10-152073-5.
- MINING, S. (2014), «Community development of interprofessional practice in Kenya», en D. FORMAN, M. JONES y J. THISTLETHWAITE (Eds.), *Leadership development for interprofessional education and collaborative practice*, Palgrave Macmillan, Basingstoke.
- NOU (1972), *Utdanning av sosial-og helsepersonell*, Norwegian Government, Oslo.
- (1986), *Samordning i helse-og sosial*, Norwegian Government, Oslo.
- PATERNIO, E.R., y OPINA-TAN, L.A. (2014), «Developing community-engaged interprofessional education in the Philippines», en D. FORMAN, M. JONES y J. THISTLETHWAITE (Eds.), *Leadership development for interprofessional education and collaborative practice*, Palgrave Macmillan, Basingstoke.
- REAL DECRETO 183/2008, BOE de 21 de febrero de 2008. Disponible en: <http://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2008-3176>.
- REEVES, S.; LEWIN, S.; ESPIN, S., y ZWARENSTEIN, M. (2010), *Interprofessional teamwork for health and social care*, Wiley-Blackwell y CAIPE, Oxford.
- SPRATLEY, J. (1990), *Disease prevention and health promotion in primary health*, Health Education Authority, Londres.
- WHO (1973), *Continuing education for physicians*. Technical Report Series n.º 534. World Health Organization, Ginebra.
- (1978), *The Alma Ata Declaration*. Technical Report Series n.º 534. World Health Organization, Ginebra.
- (1988), *Learning together to work together for health*, World Health Organization, Ginebra.
- (2006), *Working together for health: The world health report*, World Health Organization, Ginebra.
- (2010), *Framework for action on interprofessional education & collaborative practice*, World Health Organization, Ginebra.
- (2011), *Multi-professional Patient Safety Curriculum Guide*, World Health Organization, Ginebra.
- (2013), *Transforming and scaling up health professionals' education and training*. WHO Education and Training Guidelines. World Health Organization, Ginebra.