

---

# COMPETENCIAS INTERPROFESIONALES O COLABORATIVAS EN PROFESIONALES Y EQUIPOS DE SALUD: REVISIÓN DE ALCANCE.

---

Clara Edith Cuervo<sup>1</sup>, Ludy Alexandra Vargas<sup>2</sup>

1. Médica, MSc. docente Escuela de Medicina. Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia. claracuervo2805@yahoo.es <https://orcid.org/0000-0002-7989-4793>
2. Médica y Doctora docente Escuela de Medicina de la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia . ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0794-4093> Email: ludy.vargas@uptc.edu.co

## Resumen

*Introducción:* Los actuales sistemas de salud requieren de una práctica interprofesional, en la cual los conocimientos, habilidades y valores/actitudes de los diferentes profesionales involucrados en la atención del paciente se conjuguen para lograr una atención eficiente, segura y de calidad. Esta revisión de la literatura tiene como objetivo conocer cómo se han identificado, desarrollado o evaluado las competencias interprofesionales o colaborativas en el campo laboral de los profesionales o equipos de salud. *Método:* Se realizó una revisión de alcance, desde las bases de datos BIREME/ Lilacs, Pub/Medline y Web of Science, con la identificación de 124 artículos, de los cuales, 13 artículos cumplieron con los criterios de elegibilidad. Las competencias interprofesionales o colaborativas identificadas en los estudios fueron equiparadas a las competencias propuestas por el comité de expertos de Educación Interprofesional. *Resultados:* El número de artículos seleccionados evidenció que las experiencias en la identificación, desarrollo o evaluación de las competencias interpersonales en la práctica laboral son limitadas o no están

documentadas en artículos científicos. El 85% de los estudios fueron realizados en los últimos 10 años principalmente en países europeos. Los estudios ponen en evidencia la importancia de la práctica interprofesional en la atención en salud y en la relevancia de las competencias relacionadas con roles y responsabilidades, comunicación interprofesional y trabajo en equipo. *Conclusión:* El desarrollo continuo de las competencias interprofesionales o colaborativas se convierten en un punto clave en la práctica laboral y en el entrenamiento y educación del personal de salud, con métodos, planes y estrategias participativas, continuas y con espacios para la interacción interprofesional.

**PALABRAS CLAVES:** Competencias interprofesionales, competencias colaborativas, equipos de salud, profesionales de salud

## INTRODUCCIÓN

Las tensiones actuales para fortalecer la formación y el desempeño del talento humano en el sistema de

salud son cada día más preocupantes y retadoras. A nivel de la práctica, se exige que los profesionales respondan a las necesidades de la población, a la cobertura universal y a la implementación de políticas de calidad en salud. Por otro lado, la atención de la salud en los individuos y comunidades se hace cada día más compleja debido a la dinámica de los cambios demográficos y epidemiológicos, y al enfrentar desafíos persistentes como las restricciones y dificultades estructurales, administrativas y financieras de los sistemas e instituciones. Adicionalmente, el número de profesiones, de especialidades y profesionales ha aumentado, haciendo que la red de relaciones de trabajo dentro y entre las organizaciones también sea compleja (1). A nivel de la política de fortalecimiento del talento humano en salud, se exige que éste sea un eje central para el funcionamiento del sistema de salud establecido en cada país; por cuanto el talento humano es un puente entre el modelo ideal de atención y la operación y puesta en marcha de este modelo en la realidad de los territorios, comunidades e instituciones de salud (2).

Este desafío exige una formación profesional continua no solo en competencias del dominio clínico específico de cada disciplina, sino de competencias para la práctica colaborativa que les permita compartir experiencias, resolver problemas y tener intervenciones efectivas para la atención centrada en la persona en diferentes escenarios y con una visión holística de la profesión.

En respuesta a estos desafíos, en la última década, se ha introducido la educación interprofesional en los

currículos universitarios y en el campo laboral. En este último, se propone el aprendizaje en la práctica colaborativa como esencial para optimizar habilidades complementarias de los profesionales de la salud (3), para el cumplimiento de estándares de acreditación institucional (4), y para brindar atención eficiente, segura y de alta calidad (5). Adicionalmente, es mencionado por varios autores (6-8) que el aprendizaje interprofesional se da con mayor frecuencia en el lugar del trabajo, generando oportunidades de discusión para comparar puntos de vista, compartir conocimientos y experiencias entre los profesionales de la salud; de aprender de los roles y responsabilidades, y oportunidad de explorar diferentes maneras de colaboración entre colegas o supervisores para impactar positivamente en la práctica y en la prestación de los servicios, mejorando los procesos y resultados en la atención en salud. Las iniciativas de la educación interprofesional en el campo laboral han sido evidenciadas en diferentes países, organizaciones y autores. Países como Canadá, Reino Unido, países bajos y Estados Unidos cuentan con un marco legislativo de competencias interprofesionales para caracterizar los resultados de la práctica colaborativa en los sistemas de salud. Adicionalmente, la Organización Mundial de la Salud (3), la Confederación Mundial para la Educación Interprofesional y la Práctica Colaborativa Interprofesional Global (9), el Centro para el Avance de la Educación Interprofesional (CAIPE) (1) y en los últimos años, la Red Regional de Educación Interprofesional de las Américas (REIP) se han posicionado como organizaciones internacionales que promueven y desarrollan la educación interprofesional, la práctica colaborativa y la investigación en esta área. Así mismo, se reconocen autores como Barr (1) quien realizó un acercamiento para caracterizar la práctica

colaborativa, tanto en los equipos como a nivel individual, diferenciando las competencias interpersonales o colaborativas de las competencias comunes y complementarias de cada profesión, en el sentido, que todo profesional requiere de otros profesionales, de los pacientes, cuidadores, voluntarios o grupos comunitarios para desarrollar su rol colaborativo dentro y entre las organizaciones. *Englander* y colaboradores (10), realizaron una revisión sistemática para la clasificación de las competencias por dominios de competencia y mapeamiento de 153 competencias de 9 profesiones. Por último, se reconocen en este tema a los expertos del “Interprofesional education collaborative”, quienes actualizaron a 2016 las competencias interprofesionales en competencias de practica colaborativa con las subcompetencias relacionadas (11).

Con la finalidad de conocer las experiencias y los métodos de identificación y evaluación de las competencias interprofesionales o colaborativas en el campo laboral de los equipos de salud o personal de salud y mapear los dominios de las competencias más evaluados se realiza la siguiente revisión de alcance, con la pregunta de investigación orientadora: ¿Cómo identificar, desarrollar o evaluar las competencias interprofesionales o colaborativas en el campo laboral de los profesionales o equipos de salud para el cuidado integral del paciente?.

Este conocimiento servirá de insumo para reorientar y priorizar acciones en el fortalecimiento de la formación o desempeño del profesional de la salud para la práctica colaborativa o interprofesional, que responda a las necesidades de los sistemas de salud y educación de cada país.

## **METODOLOGÍA**

Teniendo en cuenta las recomendaciones de la declaración Prisma Extension for Scoping reviews-PRISMA-ScR (12) se realizó cada fase del proceso para la elaboración y publicación de esta revisión. Los artículos fueron seleccionados con los criterios de elegibilidad, en respuesta de la pregunta PCC: 1. Población: Profesionales de la salud o equipos de salud; 2. Concepto: Identificación, desarrollo o evaluación de competencias interprofesionales o colaborativas; 3. Contexto: campo laboral de equipos o profesionales de salud. Se incluirán los artículos que respondieron la pregunta orientadora, en los idiomas de español, inglés y portugués, sin límite de fecha, ni área geográfica. Se excluyeron los artículos con población de estudio correspondiente a estudiante de pregrado o postgrado, y los tipos de artículos como revisión, editoriales y opiniones.

Los recursos y las estrategias para la búsqueda y selección de los estudios fueron:

1. Búsqueda en las bases de datos de la Biblioteca Regional de Medicina (BIREME), de U.S. National Library of Medicine (MEDLINE) y Web of Science (ver anexo1)

El proceso de selección de estudios fue el siguiente: primero se identificaron los artículos desde las fuentes mencionadas, aplicando la estrategia de búsqueda y exportados, archivados y gerenciados en el programa ENDNOTE<sup>x9</sup>. Los artículos repetidos se excluyeron. Se realizó la lectura por dos investigadores de forma independiente del título y resumen de los artículos para aplicar criterios de elegibilidad. Por último, se realizó lectura completa de los artículos incluidos.

De cada artículo con lectura completa fueron extraídos las siguientes informaciones a través de una tabla en Excel:

- ✓ Identificación de los estudios (primer actor, año de publicación).
- ✓ Lugar y fecha de realización: Institución, Ciudad, país.
- ✓ Delineamiento del estudio: objetivos, metodología, análisis estadístico.
- ✓ Población: Tamaño de la muestra, profesiones.
- ✓ Resultados: Variables, competencias y posibles categorías de análisis, para responder a las preguntas:

1. ¿Cuáles son los métodos de identificación o de evaluación de las competencias interprofesionales o colaborativas en el campo laboral? ITEM: MÉTODOS: Cómo, recursos, hallazgos.

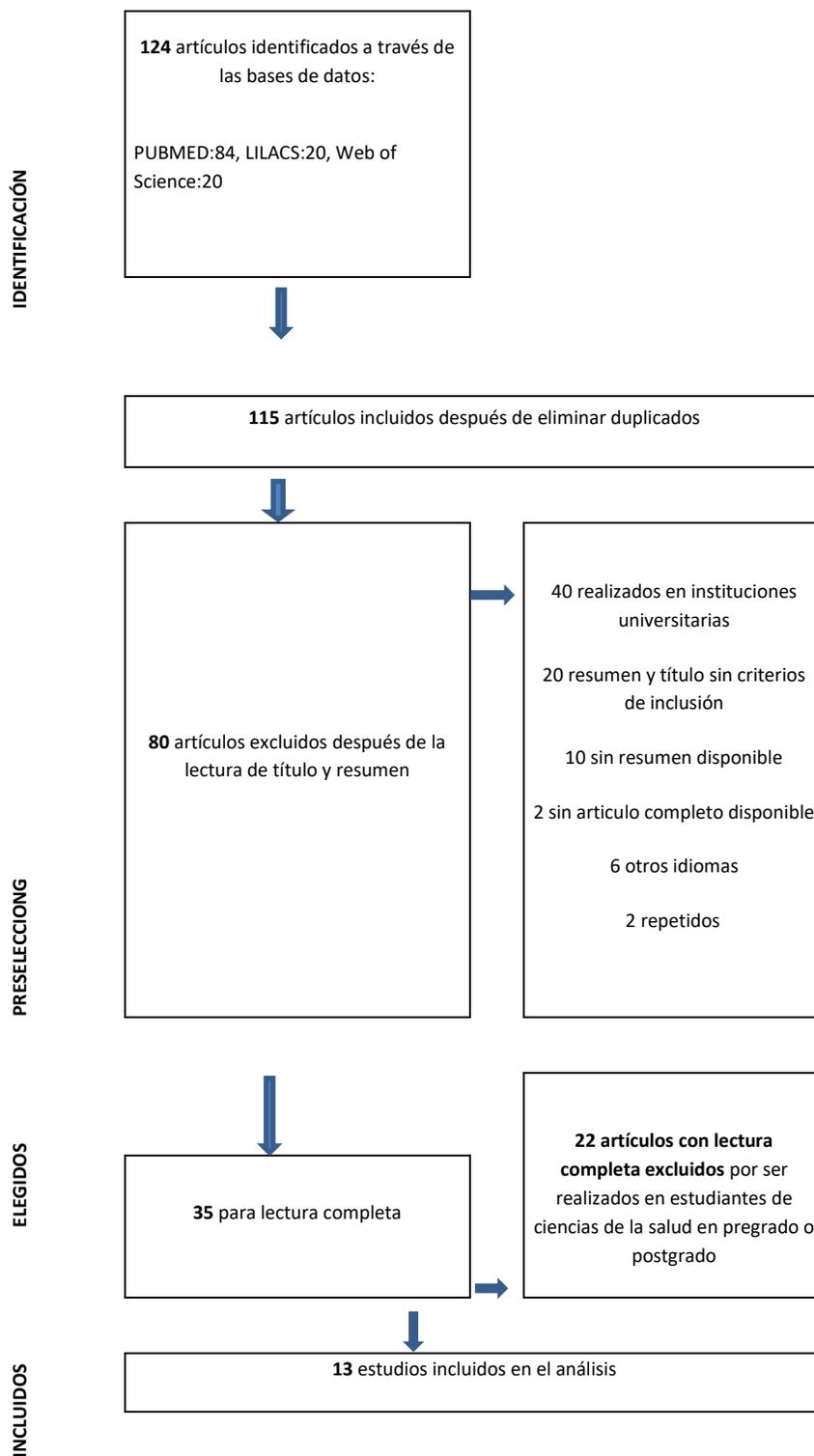
2. ¿Cuáles competencias interprofesionales o colaborativas son identificadas, desarrolladas o evaluadas? Ítem: DOMINIOS DE COMPETENCIAS. Se realizó una reclasificación de estas competencias, para equipararlas a las competencias y subcompetencias sugeridas por el comité de expertos de educación interprofesional (11).

## RESULTADOS

En total fueron identificados 124 artículos desde las bases de datos seleccionadas. A partir de la lectura

del título y resumen se preseleccionaron 35 artículos para la lectura completa de manera independiente por los revisores con la evaluación de los criterios de elegibilidad. Trece (13) artículos cumplieron con los criterios descritos y fueron analizados. (**figura 1**).

### Figura 1. Flujograma de prisma



**CARACTERÍSTICAS DE LOS ESTUDIOS:** Los estudios fueron realizados en países europeos en

mayor porcentaje (60%) y el 85% fueron publicados en los últimos 10 años (2009-2019). La metodología más prevalente fue de tipo cualitativo (57 %) con técnica de recolección de datos de entrevistas y grupos focales. Los escenarios fueron en su mayoría los servicios de atención primaria (2,5,7,16,17,19,21) y en escenarios hospitalarios como las unidades de cuidados intensivos (15,18), unidades de salud mental (20), y menos frecuente en los hogares de cuidado (13, 14). Por ser estudios heterogéneos en muestra, diseño y objetivos, proporcionamos una descripción de cada uno respondiendo a la pregunta orientadora, y en la tabla 1 presentamos las características generales de los estudios incluidos y las competencias identificadas o evaluadas en los estudios y las competencias reclasificadas por las autoras. **Arling 2014** (14) líderes de centros geriátricos de Minnesota (EEUU), participaron en espacios comunicativos formales (reuniones, seminarios) e informales (correos electrónicos, charlas interprofesionales) para discutir buenas prácticas en la prevención de caídas, revisar datos de la incidencia de caídas, resolver problemas de la atención, crear redes y adaptar el proyecto **EMPIRA**, una estrategia de colaboración de mejora de la calidad financiada por el estado. Mediante encuestas y entrevistas individuales y grupales a los participantes, los autores encontraron que la disminución de las tasas de caídas en los residentes (en promedio 31%, en 13 de 15 instituciones) se correlacionó de manera significativa y positiva con el aumento de la comunicación dentro y fuera de las reuniones, la organización del proyecto por los mismos participantes y la percepción sobre las ventajas de la colaboración porque permitió crear redes, los mantuvo informados y facilitó la promoción y aceptación de nuevas ideas. **Chellel 2006** (15) en unidades de cuidado intensivo se realizaron

observación directa y entrevistas al personal de la unidad y a los miembros del equipo de extensión en cuidado crítico que estuvieron involucrados en la atención de 20 pacientes. La finalidad del estudio fue describir el rol de cada miembro del equipo de extensión correspondiente al conocimiento, habilidades y experiencia requeridos para la atención del paciente crítico, investigar la contribución del equipo de extensión en el apoyo, asesoría y educación al personal de la sala y los puntos clave que influyen en el manejo conjunto de un paciente en estado crítico. Los resultados resaltaron la importancia del rol del equipo mediante la enseñanza directa y demostración al personal de sala y la contribución en la elaboración de planes de acción claros y enfocados, en la coordinación de la atención médica y de enfermería para la toma de decisiones clínicas, así como también en la comunicación de manera segura y fluida. **Clancy 2013** (16) mediante cuestionarios enviados por correo electrónico al personal de salud, los autores examinaron los problemas de la práctica colaborativa en la atención en salud pública en municipios de acuerdo a cada municipio y determinaron los factores que consideraron los profesionales como importantes para una colaboración exitosa. El análisis estadístico fue descriptivo e inferencial de acuerdo a los diferentes grupos de profesionales y al tamaño de los municipios. Se concluyó que la confianza y el respeto entre los miembros de un equipo son fundamentales para la colaboración y son importantes factores de éxito en la práctica colaborativa. En las poblaciones pequeñas, la confianza juega un rol importante porque genera respeto y mejora la motivación y la comunicación. Otro factor, es la proximidad física (reuniones, espacios de interacción) entre los miembros del equipo representando el 89% para una colaboración

exitosa. Los autores resaltan que la evaluación y el seguimiento del trabajo colaborativo son necesarios en los servicios de salud, y los debates y los desacuerdos entre profesionales refuerzan el el respeto hacia el otro individuo, a su propia opinión y a los diferentes puntos de vista, creando así un medio de crecimiento y de mejor comunicación. **Dois 2018** (17) con la metodología Delphi electrónico participaron profesionales de la salud de Chile que en los últimos 5 años habían trabajado en Atención Primaria de Salud (APS), con el objetivo de conocer las percepciones de los expertos de APS y describir las competencias que requieren los equipos de APS para la atención centrada en la persona y para la atención integral y continua en los centros de salud primarios. Los autores concordaron que para la implementación del modelo de atención de APS en Chile se requiere de equipos que cuenten con las competencias en esta área. Realizaron una matriz de competencias que los distintos integrantes del equipo de salud debían lograr de acuerdo a tres niveles de complejidad creciente. Por último, los autores señalaron que para alcanzar estas competencias se debería establecer una estrategia nacional de capacitación progresiva en los equipos de trabajo que trascienda las necesidades institucionales y locales del ejercicio del equipo. **Hepp 2015** (18) realizaron entrevistas estructuradas de 1 hora al personal de salud de 6 unidades de cuidado intensivo, con el objetivo de indagar sobre la experiencia con la practica colaborativa, identificar barreras y estrategias de mejora. Las competencias evaluadas correspondieron a la clasificación de la Canadian Interprofessional Health Collaborative (CIHC). Las investigaciones indicaron que las rondas realizadas son clave para mejorar el flujo de pacientes, la comunicación y la coordinación de la atención entre los profesionales de la salud, y la disminución de la duración de la

estancia. Las competencias en el marco del CIHC son referencia para medir el desempeño interprofesional. Esta medición es difícil y se identifican como puntos relevantes la atención centrada en el paciente y la comunicación. Entre las dificultades se resaltaron las rondas medicas deficientes por inasistencia de todas las disciplinas, deficiencia en registros o duplicación de datos y escaso tiempo para la interacción. **Larsen 2017** (19) en entrevistas el personal de salud de diferentes organizaciones expresó su experiencia en la colaboración interprofesional en la atención hospitalaria y domiciliaria del adulto mayor con multimorbilidad. Los participantes resaltaron que la confianza y el respeto mutuo entre los profesionales de las organizaciones se dio cuando se tomaron en cuenta las competencias del personal, el conocimiento acerca del paciente y la atención centrada en las necesidades del mismo, a pesar de las propias perspectivas y nivel de conocimiento de los profesionales al inicio de la colaboración para la valoración y toma de decisiones. La seguridad se evidenció a medida que eran claras las responsabilidades de los miembros, las políticas de atención y de comunicación y la disponibilidad de los registros. El autor concluye que la confianza, seguridad y la flexibilidad son factores importantes para lograr un trabajo en equipo, de esta manera el éxito del trabajo en equipo se basa en la interdependencia entre los equipos (interacciones cercanas, flexibilidad e improvisación) y es clave para el trabajo en un equipo interprofesional que cuida o atiende situaciones complejas. **Lavelle 2017** (20) en este estudio realizaron una capacitación en un escenario de simulación con un caso para el manejo del deterioro médico de la salud mental, con la subsiguiente evaluación mediante encuestas y grupos focales de las competencias interprofesionales antes y después de la

intervención. La finalidad del estudio era conocer las percepciones del impacto en el conocimiento de los participantes, la confianza y el manejo del deterioro médico. Adicionalmente, estimaron que en un 33% aumentó la notificación de incidentes en el post entrenamiento ( 7 meses antes y 7 meses después de la intervención). Surgieron categorías emergentes percibidas por los capacitados como: mayor confianza en el manejo clínico, mejor comprensión de la comunicación efectiva, mejor autorreflexión, más habilidades para trabajar en equipo y mayor sentido de responsabilidad. Después de la intervención los participantes tuvieron mejoras en el conocimiento, confianza y actitudes hace el manejo clínico del paciente. Concluyeron que las capacitaciones con uso de la simulación son subutilizadas en salud mental, esta modalidad puede ofrecer un enfoque integral con la ventaja de potencializar las habilidades educativas, clínicas y del trabajo en equipo. **Law 2011** (21) realizó entrevistas telefónicas semiestructuradas, y 4 grupos focales con el objetivo de identificar el rol y las actividades de los profesionales de enfermería y de salud para atender niños con necesidades complejas en un entorno comunitario. Se realizó caracterización del equipo, identificación de servicios prestados y la forma de implementación de los mismos. En los grupos focales se establecieron las categorías: sostenibilidad de la fuerza de trabajo, trabajo integrado, educación y desarrollo del equipo, modelos de cuidado, impacto de las actuales estrategias/políticas, otros comentarios y retroalimentación, concluyendo que las competencias identificadas se relacionan con baja capacidad y conocimiento para satisfacer la creciente demanda. Los autores concluyeron que la mayoría de instituciones no tienen la capacidad o el conocimiento y las habilidades necesarias para satisfacer la creciente demanda de servicios, por

tanto, se requiere un trabajo colaborativo e integrado que va más allá de la identificación de las profesiones. La articulación entre profesionales; un grupo de trabajo con conocimiento y experiencia, y con adecuada educación y entrenamiento (en conjunto); un espacio físico que facilite la comunicación y el enfoque de la atención de manera participativa, continua y con calidad son necesarios para este trabajo colaborativo. Se identificaron las barreras y limitaciones a nivel del cuidado paliativo y el trabajo con jóvenes y adolescentes, inconsistencias entre las políticas intrahospitalarias y extrahospitalarias, inequidades en la prestación de servicios según posibilidades familiares de controlar el manejo del niño, falta de participación de niños y jóvenes en las decisiones para la implementación de procesos, y la necesidad de elaboración de un sistema de evaluación apropiado adaptado a la complejidad del servicio. **MacDonald 2008** (13) este estudio basado en el modelo de E-learning (Demand-Driven Learning Model) realizó una capacitación con recursos de aprendizajes online para proporcionar conocimientos, habilidades y motivación para mejorar la capacidad de actuación del equipo interprofesional. Después realizó cuestionarios pre y post aprendizaje, entrevistas y grupos focales para la evaluación de la implementación de los recursos. Las competencias desarrolladas fueron de acuerdo a los objetivos de aprendizaje del curso: habilidades y conocimiento sobre practica colaborativa, la comunicación y comprensión de los roles profesionales. Los autores indicaron que la evaluación de la intervención evidenció mejor comprensión tanto de la practica colaborativa como de los roles profesionales y se adquirieron habilidades informáticas. Los datos no revelaron cambios significativos en las actitudes de los estudiantes hacia la practica colaborativa, debido a que ellos ya estaban familiarizados con este tipo de

desempeño y hubo pocas solicitudes para cambiar la estructura organizacional para mejorar la practica. Los participantes se sintieron más seguros en las habilidades evaluadas, excepto, en la habilidad de comunicar de forma clara, concisa y relevante su posición individual acerca de un caso clínico. Se concluye que el E-Learning está aún lejos de usarse para entrenamiento en la práctica clínica, siendo una necesidad para familiarizarse con las tecnologías de la información y comunicación como una de las herramientas que facilita la colaboración y permite un aprendizaje autónomo. **Pollard 2012** (7) mediante entrevistas semiestructuradas a egresados de diferentes programas académicos y trabajando en escenarios interprofesionales, los autores evaluaron la experiencia y las percepciones de la formación en educación interprofesional para el desarrollo de habilidades. Identificaron los factores que contribuyen a un buen trabajo interprofesional: 1. Habilidades en la comunicación; 2. Cualidades y atributos personales; 3. Gestión y organización en el sitio de trabajo.

Entre los resultados los autores relataron que hay mayor conciencia del valor de la reflexión de la practica y una comprensión de la complejidad del trabajo en equipo. La practica interprofesional depende del modelo de roles por parte del personal como supervisores y mentores, así como de la naturaleza del sitio en que se desarrolla y de la facilidad y la supervisión de la practica en el entorno laboral. **Rodríguez-Villamizar 2017** (2) en este estudio los autores realizaron un cuestionario en línea para profesionales, técnicos de la salud y supervisores para identificar su percepción de las competencias del Ser, Conocer y Hacer para desempeñarse en el contexto del modelo de atención en salud de Colombia. Los resultados del análisis descriptivo evidenciaron que múltiples

competencias identificadas desde la percepción de los profesionales y la percepción de los supervisores, son necesarias y deben ser fortalecidas en los trabajadores de salud. Aunque se realizó una autoevaluación de las competencias, los autores señalaron que la evaluación del desempeño depende del contexto profesional y laboral, y de las funciones asignadas a los profesionales y que la evaluación de sus competencias debe ser integral con autoevaluación, evaluación externa y observación directa en los lugares de trabajo. **Slater 2012** (22) evaluaron un innovador programa de capacitación para mejorar la seguridad del paciente y reducir el error en la atención médica, usando los 4 niveles de evaluación de Kirkpatrick: la respuesta, el aprendizaje, el desempeño y los resultados. Se aplicaron cuestionarios para evaluar los niveles de respuesta y aprendizaje y entrevistas a médicos y pacientes participantes para evaluar el desempeño y los resultados en la seguridad del paciente. Todos los aspectos del programa fueron evaluados positivamente, 8 de los 11 equipos participantes mostraron datos de mejora en las practicas de seguridad del paciente. Se concluye que el aprendizaje basado en equipo y utilizando métodos de mejora de la calidad es factible y puede ser efectivo para garantizar la seguridad del paciente, sin embargo, requiere tiempo y espacio para los participantes. **Van Dongen 2016** (5) realizaron 4 grupos focales con expertos y profesionales de la salud sobre experiencias, barreras y facilitadores del proceso de colaboración interprofesional en pacientes crónicos, como factores influyentes para la planeación de la atención centrada en el paciente en cuidado primario. El estudio describió factores relacionados con el paciente, con el profesional, con las relaciones interpersonales, organizacionales y factores externos para el desarrollo del plan de atención del paciente. Los autores describieron

como barreras: 1. Dominio del pensamiento del profesional, se centra en su forma de pensar y falta de interés por los otros; 2. Aspectos internos que afectan la motivación: ideología, voluntad de colaborar; 3. Aspectos externos como los incentivos financieros. Los autores concluyeron que la atención y plan de cuidado de los pacientes con enfermedades crónicas requieren de un enfoque integral que incluya los factores analizados. Adicionalmente, el líder del equipo tiene un papel clave al tener una visión holística de la atención y el paciente, al organizar y coordinar la practica colaborativa y en guiar al equipo en la ejecución de la atención y plan de cuidado.

## DISCUSIÓN

Los 13 estudios presentados en esta revisión, de los cuales el 85% fueron realizados en los últimos 10 años, nos permitieron conocer que existe interés por la identificación o evaluación de las competencias para la práctica colaborativa entre profesionales de salud en el campo laboral, para responder a los desafíos de los escenarios de los actuales sistemas de salud y para la atención de salud con calidad y centrada en el paciente. Siendo las competencias interprofesionales más evaluadas las relacionadas con la identificación de los roles y responsabilidades de los miembros de un equipo, la comunicación y el trabajo en equipo. La práctica colaborativa y la educación interprofesional (EIP) han tenido resultados positivos cuando se incorporan en los sistemas de salud y de educación. El fortalecimiento de los sistemas de salud y el mejoramiento de los resultados sanitarios con mayor satisfacción, mejor aceptación de la atención y mejores resultados de salud en los pacientes, son impactos ya registrados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 2010, cuando estableció el marco de acción

para incorporar la EIP y la práctica colaborativa a los servicios de salud y de educación (3). Sin embargo, aún falta ser realizados estudios en el campo laboral de los profesionales de la salud, para evaluar el nivel de implementación de este llamado. Adicionalmente, faltan estudios más rigurosos, aleatorizados por grupos y con enfoque explícito de la practica colaborativa y la educación interprofesional y los resultados en salud, según lo manifestado en la revisión sistemática de Reeves (23). Los países europeos (5,7,15,16,19,20,21,22), principalmente, Reino Unido, son los que presentaron más estudios, seguidos de Canadá (13,18). En América Latina encontramos 2 estudios uno en Chile (17) y otro en Colombia (2). Este hallazgo es subsecuente con los países que actualmente cuentan con un marco nacional de competencias interprofesionales para el desarrollo de la EIP, que son: Reino Unido, Canadá, Estados Unidos y Australia. Thistlethwaite (24) analizó estos 4 marcos diferenciando las competencias en específicas, genéricas y atribuidas a la EIP para los trabajadores de salud, y destacaron la necesidad del establecimiento de un lenguaje común en torno a estas, caracterización de los entornos académicos y sitios de practica y mejoramiento en la evaluación de competencias interprofesionales y trabajo en equipo. A nivel de Latinoamérica, países como Brasil, Colombia, Ecuador, Perú y Chile cuentan con perfiles y competencias para los equipos de Atención Primaria de Salud (25). Estos escenarios fueron los más evaluados por los autores de los artículos seleccionados, llevando a pensar que en el desarrollo de esta estrategia en los sistemas de salud existe preocupación y acciones sobre la importancia de la práctica colaborativa en el fortalecimiento del talento humano. Siguiendo las competencias interprofesionales recomendadas por el comité de expertos se destaca que las competencias en los roles

y responsabilidades y en comunicación interprofesional son las más documentadas en la literatura y más desarrolladas en contraste con las competencias relacionadas con la ética y valores. Este comportamiento es similar al descrito por Arain (4) en una revisión de literatura en Canadá, en la cual encontró 26 recursos de aprendizaje para profesionales de salud con educación internacional, indicando como desafíos: abordar las habilidades de comunicación del personal de salud con otros miembros del equipo y con los pacientes, las diferencias culturales y el conocimiento del contexto del sistema de salud. Para el desarrollo de estas competencias se han realizado capacitaciones presenciales, con uso de simuladores (20) y cursos de aprendizaje online (13) con metodologías interactivas como talleres, foros de discusión de un caso clínico y con evaluación pre y post intervención. Estas intervenciones han permitido que los participantes exploren los roles y responsabilidades de su profesión, y diferencien y complementen con las otras profesiones. Como señala Barr (1) la diversidad de métodos de aprendizaje para EIP en las instituciones de salud deben ser activos, interactivos, reflexivos y centrados en el paciente, y se pueden usar para crear oportunidades para comparar y contrastar las funciones y responsabilidades, el poder y la autoridad, la ética y los códigos de prácticas, los conocimientos y las habilidades, a fin de establecer relaciones eficaces y desarrollar y reforzar las aptitudes para la práctica colaborativa. Otra estrategia para la práctica colaborativa referenciada en el estudio de Van Dongen (5) es el diálogo compartido entre profesionales y el paciente. El autor describe que, para lograr resultados en el paciente, primero el profesional de salud debe involucrar al paciente en el autocuidado, fijar objetivos de cuidado y desarrollar un plan de

atención centrado en el paciente, luego, en el equipo interprofesional se discute el caso, se planean las acciones para cumplir el plan de atención y se realiza negociación sobre quien es el profesional más idóneo para cada acción.

Se resalta finalmente, que las experiencias con relación a la evaluación de las competencias interprofesionales evidenciaron que existen diferentes objetivos, métodos y alcances. La evaluación en los estudios seleccionados estuvo dirigida a determinar la percepción de los profesionales, supervisores y administrativos utilizando entrevistas abiertas, estructuradas y grupos focales. La observación directa, el uso de instrumentos o metodologías validadas e informes de los pacientes fueron poco usadas en los estudios seleccionados, aspectos que son evaluados en el entorno universitario para la formación de personal de salud para el desempeño interprofesional.

Entre las limitaciones encontradas en la revisión está el poco uso del término o palabra clave “competencias interprofesionales” debido a la diversidad en la definición de estas competencias también encontradas como colaborativas, genéricas, transversales y blandas. Sin embargo, tuvimos en cuenta la definición operacional del panel de expertos de educación colaborativa interprofesional (26): “Competencia interprofesional en cuidado de salud: desempeño integral de conocimiento, habilidades y valores/actitudes que se definen trabajando conjuntamente en las profesiones, con otros trabajadores de salud, y con pacientes junto con las familias y comunidades, según corresponda para mejorar los resultados de salud en contextos específicos de cuidado”. Otra limitación es la revisión limitada a la publicación en artículos científicos no permitió visualizar las experiencias

expuestas, presentadas o argumentadas como ponencias, informes, tesis de grado u otro medio no publicado, que seguramente es la forma de sistematizar la experiencia de la EIP y practica colaborativa en las instituciones de salud y en los equipos de salud, principalmente en Latinoamérica.

## **CONCLUSIÓN**

La revisión de alcance permitió evidenciar que la experiencia de las instituciones de salud en la identificación, en el desarrollo o en la evaluación de las competencias interprofesionales publicada en artículos científicos es limitada, siendo mayor documentada en los países europeos. En las instituciones de salud, la practica colaborativa y el aprendizaje interprofesional es cada vez más necesario para garantizar la seguridad del paciente, por tanto, las competencias interprofesionales se convierten en puntos clave para ser desarrolladas de forma continua e incluidas en el entrenamiento y educación del personal de salud con métodos, planes y estrategias participativos, continuos y con espacios para la interacción profesional que permita analizar y responder al contexto donde laboran. Adicionalmente, es necesario realizar un diagnóstico previo de las diferentes percepciones, barreras y facilitadores hacia el desarrollo de la practica colaborativa.

Estos desafíos son compartidos con las instituciones de educación que requieren desarrollar currículos actualizados e integrales para el desarrollo de estas competencias y formar profesionales capaces de responder a las necesidades del contexto laboral y al trabajo interprofesional.

## **AGRADECIMIENTOS**

A los semilleros de investigación del grupo de investigación de APS-UPTC, por su aporte en la fase inicial de la presente revisión.

## REFERENCIAS

1. Barr H. Competent to collaborate: towards a competency-based model for interprofessional education. *Journal of interprofessional care*. 1998;12(2):181-186.
2. Rodríguez Villamizar LA, Vera Cala LM, Rivera R, Rojas OA, Uribe LM. Evaluación de percepción de competencias de trabajadores respecto del Modelo Integral de Atención en Salud. *Rev Univ Ind Santander Salud*. 2017; 49(2):302-311.
3. World Health Organization. Framework for action on interprofessional education & collaborative practice. 2010. Available from: [http://www.who.int/hrh/nursing\\_midwifery/en/](http://www.who.int/hrh/nursing_midwifery/en/)
4. Arain M, Suter E, Mallinson S, Hepp Shelanne, Deutschlander S, Nanayakkara S, et al. Interprofessional education for internationally educated health professionals: an environmental scan. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*. 2017; 10:87-93.
5. Van Dongen J, Lenzen S, Bokhoven M, Daniels R, Der Weijden T, Berskens A. Interprofessional collaboration regarding patients' care plans in primary care: a focus group study into influential factors. *BMC Family Practice*. 2016; 17:58.
6. Riesen E, Morley M, Clendinneng D, Ogilvie S, Murray M. Improving interprofessional competence in undergraduate students using a novel blended learning approach. *Journal of Interprofessional Care*. 2012; 26: 312-318.
7. Pollard K, Miers M, Rickaby C. "Oh why didn't I take more notice?" Professionals views and perceptions of pre-qualifying preparation for interprofessional working in practice. *Journal of Interprofessional Care*. 2012; 26: 355-361.
8. Zwarenstein M, Goldman J, Reeves S. Interprofessional collaboration: effects of practice -based interventions on professional practice and healthcare outcomes (review). *The Cochrane Library*. 2009; Issue 4.
9. Orientación para la investigación global sobre educación interprofesional y practica colaborativa. Documento de trabajo. Publicación conjunta de InterprofessionalResearch.Global e Interprofessional.Global. 18 de octubre de 2019.
10. Englander R, Cameron T, Ballard AJ, Dodge J, Bull J, Aschenbrener CA. Toward a common taxonomy of competency domains for the health professions and competencies for physicians. *Academic Medicine*. 2013; 88: 1088-1094.
11. Interprofesional Education Collaborative. (2016). Core competencies for interprofessional collaborative practice: 2016 update. Washington, DC: Interprofessional Education Collaborative.
12. Tricco AC, Lillie E, Zarin W, et al. PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. *Ann Intern Med*. 2018;169(7):467-473. doi:10.7326/M18-0850
13. MacDonald, C. Stodel E, Chambers L. An online interprofessional learning resource for physicians, pharmacists, nurse practitioners, and nurses in long-term care: Benefits, barriers, and lessons learned. *Informatics for Health and social care*. 2008; 33(1): 21-38.
14. Arling P, Abrahamson K, Miech E, Inui T, Arling G. "Communication and effectiveness in a US nursing home quality-improvement collaborative". *Scholarship and Professional Work - Business*. 2014; 216.
15. Chellel A, Higgs D, Scholes J. An evaluation of the contribution of critical care outreach to the clinical management of the critically ill ward patient in two acute NHS trusts. *British Association of Critical Care Nurses*. 2006; 42-51.
16. Clancy A, Gressnes T, Svensson T. Public health nursing and interprofessional collaboration in Norwegian municipalities: A questionnaire study. *Scand J Caring Sci*. 2013; 27: 659-668.
17. Dois A, Bravo P, Contreras A, Soto MG, Mora I. Formación y competencias para los equipos de atención primaria desde la mirada de expertos chilenos. *Rev Panam Salud Publica* . 2018; 42: e147.

18. Hepp S, Suter E, Jackson K, Deutshlander S, Makwarimba E, Jennings J, et al. Using an interprofessional competency framework to examine collaborative practice. *J Interprof Care*. 2015; 29(2): 131–137
19. Larsen A, Broberger E, Petersson P. Complex caring needs without simple solutions: The experience of interprofessional collaboration among staff caring for older persons with multimorbidity at home care settings. *Scand J Caring Sci*. 2017; 31: 342-350.
20. Lavelle, M. ORCID: 0000-0002-3951-0011, Attoe C, Tritschler C, Cross S. Managing medical emergencies in mental health settings using an interprofessional in-situ simulation training programme: A mixed methods evaluation study. *Nurse Education Today*. 2017; 59: 103-109.
21. Law J, McCann D, O'May. Managing change in the care of children with complex needs: healthcare providers' perspectives. *Journal of advanced nursing*. 2011; 67(12): 2551–2560.
22. Slater B, Lawton R, Armitage G, Bibby J, Wright John. Training and Action for Patient Safety: Embedding Interprofessional Education for Patient Safety Within an Improvement Methodology. *Journal of continuing education in the health professions*. 2012; 32 (2): 80-89.
23. Reeves S, Perrier L, Goldman J, Freeth D, Zwarenstein M. Interprofessional education: effects on professional practice and healthcare outcomes (update) (Review). *The Cochrane Library*. 2013; 3.
24. Thistlethwaite J, Forman D, Matthews L, Rogers G, Steketee C, Yassine T. Competencies and Frameworks in Interprofessional Education: A Comparative Analysis. *Academic Medicine*. 2014; 89(6): 869-875.
25. Rey Gamero AC, Acosta Ramírez N. El enfoque de competencias para los equipos de Atención Primaria de Salud. Una revisión de literatura. *Rev Gerenc Polit Salud*. 2013;12(25). Disponible en: <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/download/7125/5642>
26. Interprofessional Education Collaborative expert Panel. 2011. Core competencies for interprofessional collaborative practice: Report of an expert panel. Washington, D.C.: Interprofessional Education Collaborative

ANEXO Tabla N 1. Características de los estudios, resultados de la estrategia de búsqueda.

| AUTOR/AÑO                  | INSTITUCIÓN /PAIS   | METODOLOGIA   | PROFESIONALES   | COMPETENCIAS   | RECLASIFICACION (TE: Trabajo en equipo, RR: roles y responsabilidades, EV: ética y valores, CI: comunicación interprofesional)  |
|----------------------------|---|---|---|--|---|
| Arling/2014 <sup>14</sup>  | (Institución geriátrica) Minnesota-EEUU                             | Estudio mixto. Encuesta para caracterización de la población, incidencias de caídas, efectividad en la comunicación y colaboración. Entrevistas grupales a enfermeras y líderes del centro de atención para evaluar el éxito del proyecto y la colaboración | 12 enfermeras, 3 terapeutas, 14 directores y trabajadores sociales de 15 centros de atención  | <b>Comunicación dentro y fuera de las reuniones formales:</b> Introducción de nuevas ideas, fomentar la participación en proyectos y mantenimiento de los miembros informados.   | TE3: Expresa su conocimiento y opiniones a los miembros del equipo involucrados en la atención al paciente y mejora de la salud de la población con confianza, claridad y respeto, trabajando para asegurar la comprensión común de la información, el tratamiento, las decisiones de atención y programas y políticas de salud de la población<br>RR3: Involucra a diversos profesionales que complementan su propia experiencia profesional, así como recursos asociados para desarrollar estrategias para cumplir con la salud específica y necesidades sanitarias de pacientes y poblaciones.   |
| Dois, 2018 <sup>17</sup>   | Centros de salud de Chile   | Estudio mixto. Delphi electrónico a profesionales de equipos de APS   | Primera ronda 21 expertos 57% médicos<br>Segunda y tercera ronda participaron 23 y 25 expertos  | <b>Nivel básico:</b> Modelo de atención en salud, Modelo de cuidado crónico, Promoción del buen trato al usuario, Enfoque familiar, enfoque motivacional, Educación en adultos, Resolución de problemas (problemas de salud de competencia en APS), Trabajo en equipo.<br><b>Nivel Medio:</b> Consejería familiar, Consejería breve en salud, Visión integral en domicilio, Apoyo a la toma de decisiones compartidas en salud.<br><b>Nivel avanzado:</b> Programación en red, Gestión en Salud (Recursos humanos, financiera y mejora de procesos, Liderazgo) | RR3: Involucra a diversos profesionales que complementan su propia experiencia profesional, así como recursos asociados para desarrollar estrategias para cumplir con la salud específica y necesidades sanitarias de pacientes y poblaciones.<br>RR7: Forja relaciones interdependientes con otras profesiones dentro y fuera del sistema de salud para mejorar la atención y avanzar en el aprendizaje.<br>RR8: Participa en un continuo desarrollo profesional e interprofesional para mejorar el rendimiento y colaboración del equipo.<br>CI4: Escucha activamente y alienta las ideas y opiniones de otros miembros del equipo.   |
| Chellel/2006 <sup>15</sup> | Unidad de cuidados intensivos de 5 hospitales generales Reino Unido | Cualitativo. Entrevista semiestructurada a una enfermera del programa de extensión que identificó las unidades de análisis (casos), luego se realizaron entrevistas al personal de salud que tuvieron contacto directo con el caso (paciente).              | 20 enfermeras del equipo de extensión<br>54 miembros de los equipos de atención médica (nutricionistas, fisioterapeutas, enfermeras jefe de sala, registradores y consultores)<br>6 anestesiólogos y enfermeras de sala | <b>Acción:</b> Hacer las cosas, tomar decisiones y hacer seguimiento<br><b>Enfoque y visión:</b> concentrarse en el paciente, tener una visión de qué acción se necesita para satisfacer las necesidades de atención<br><b>Organización:</b> comunicación y coordinación del rol según las necesidades del paciente<br><b>Experiencia Clínica:</b> Habilidades y experiencia en cuidados críticos  | TE8: Reflexiona sobre el desempeño individual y del equipo para mejorar el rendimiento individual y colectivo.<br>TE9: Utiliza la mejora de procesos para aumentar la efectividad del trabajo en equipo interprofesional y los servicios, programas y políticas basados en equipos.<br>TE10: Usa la evidencia disponible para informar el trabajo en equipo efectivo y las prácticas basadas en el equipo.<br>CI1: Elige herramientas y técnicas de comunicación eficaces, incluidos los sistemas de información y tecnologías de comunicación, para facilitar debates e interacciones que mejoran la función del equipo<br>CI3: Expresa su conocimiento y opiniones a los miembros del equipo involucrados en la atención al paciente y mejora de la salud de la población con confianza, claridad y respeto, trabajando para asegurar la comprensión común de la información, el tratamiento, las decisiones de atención y programas y políticas de salud de la población |

|                           |   |   |  |   |   |
|---------------------------|---|---|--|---|---|
|                           |   |   |  |   | C18:Comunica la importancia del trabajo en equipo en la atención centrada en el paciente y la población   |
| Clancy/2013 <sup>16</sup> | Municipios de Noruega   | Cuantitativo. cuestionarios por correo electrónico. | 849 enfermeras de salud pública.<br>113 médicos<br>519 trabajadores de protección infantil<br>115 parteras         | Aproximación física<br>Confianza<br>Respeto<br>Estructura formalizada<br>Liderazgo<br>Comprensión común del problema<br>Cortesía<br>Conocimiento del otro   | C13:Expresa su conocimiento y opiniones a los miembros del equipo involucrados en la atención al paciente y mejora de la salud de la población con confianza, claridad y respeto, trabajando para asegurar la comprensión común de la información, el tratamiento, las decisiones de atención y programas y políticas de salud de la población<br>C15:Da retroalimentación oportuna, sensible e instructiva a otros sobre su desempeño en el equipo, respondiendo respetuosamente como miembro del equipo a los comentarios de otros.<br>C16:Usa un lenguaje respetuoso apropiado para una situación difícil, conversación crucial, o conflicto<br>C17:Reconoce cómo es la singularidad (nivel de experiencia, experiencia, cultura, poder y jerarquía dentro del equipo de salud) contribuye a una comunicación efectiva, conflicto resolución y relaciones laborales interprofesionales positivas<br>EV6:Desarrolla una relación de confianza con pacientes, familias y otros miembros del equipo<br>TE6:Se involucra a sí mismo y a otros para manejar constructivamente los desacuerdos sobre valores, roles, objetivos y acciones que surgen entre la salud y otros profesionales y con pacientes, familias y miembros de la comunidad.<br>TE7:Comparte la responsabilidad con otras profesiones, pacientes y comunidades para obtener resultados relevantes para la prevención y el cuidado de la salud<br>TE10:Usa la evidencia disponible para informar el trabajo en equipo efectivo y las prácticas basadas en el equipo. |
| Hepp/2015 <sup>18</sup>   | (Unidades de cuidado intensivo en 3 hospitales). Alberta Canadá | Cualitativo. Entrevistas estructuradas.             | 113 entrevistas enfermeras trabajadores sociales, terapeutas físicas, ocupacionales, nutricionistas y farmacéutas. | 6 competencias de acuerdo al Canadian Interprofessional Health Collaborative (CIHC):<br>Cuidado centrado en el paciente.<br>Comunicación<br>Claridad de roles<br>Resolución de conflictos<br>Funcionamiento del equipo<br>Liderazgo | RR3: Involucra a diversos profesionales que complementan su propia experiencia profesional, así como recursos asociados para desarrollar estrategias para cumplir con la salud específica y necesidades sanitarias de pacientes y poblaciones.<br>C13:Expresa su conocimiento y opiniones a los miembros del equipo involucrados en la atención al paciente y mejora de la salud de la población con confianza, claridad y respeto, trabajando para asegurar la comprensión común de la información, el tratamiento, las decisiones de atención y programas y políticas de salud de la población<br>C14:Escucha activamente y alienta las ideas y opiniones de otros miembros del equipo.<br>C15:Da retroalimentación oportuna, sensible e instructiva a otros sobre su desempeño en el equipo, respondiendo respetuosamente como miembro del equipo a los comentarios de otros.  |

|                              |   |   |   |   |  |
|------------------------------|---|---|---|---|--|
| Larsen/2017 <sup>19</sup>    | Municipios y consejo del condado Kristianstad/Suecia    | Cualitativo. Entrevistas no estructuradas para estudiar el fenómeno de la colaboración y comprender e interpretar el contexto y las habilidades requeridas. | 11 Cuidadores:<br>Domicilio:<br>Terapeuta ocupacional, enfermera<br>Hospitalario:<br>médicos y enfermeras   | Confianza<br>Seguridad  | RR1: Comunica claramente sus funciones y responsabilidades a los pacientes, las familias y los miembros de la comunidad y otros profesionales.<br>RR5: Utiliza el alcance completo de los conocimientos, habilidades y capacidades de los profesionales de la salud y otros campos para brindar atención segura, oportuna, eficiente, efectiva y equitativa.<br>TE3: Involucra a los profesionales de la salud y otros profesionales en la resolución compartida de problemas centrados en la atención del paciente y de la población.<br>TE6: Se involucra a sí mismo y a otros para manejar constructivamente los desacuerdos sobre valores, roles, objetivos y acciones que surgen entre la salud y otros profesionales y con pacientes, familias y miembros de la comunidad.<br>TE7: Comparte la responsabilidad con otras profesiones, pacientes y comunidades para obtener resultados relevantes para la prevención y el cuidado de la salud.<br>EV6: Desarrolla una relación de confianza con pacientes, familias y otros miembros del equipo |
| Lavelle/2017 <sup>20</sup>   | Institución salud mental/Londres-Reino Unido            | Mixto:<br>Cuantitativo. Medición antes y después de una intervención<br>Cualitativo: Encuestas y grupos focales   | 36 enfermeras de salud mental<br>6 psiquiatras<br>6 Asistentes del cuidado de la salud<br>2 Coordinadores de actividades                                    | Conocimientos, comunicación, valoración de la importancia de trabajar en equipo, confianza, actitudes y reporte de incidentes.<br><br>Categorías emergentes: Mayor confianza en el manejo clínico<br>Mejor comprensión de la comunicación efectiva<br>Mejor autorreflexión<br>Habilidades para trabajar en equipo<br>Mayor sentido de responsabilidad | CI1: Elige herramientas y técnicas de comunicación eficaces, incluidos los sistemas de información y tecnologías de comunicación, para facilitar debates e interacciones que mejoran la función del equipo.<br>RR8: Participa en un continuo desarrollo profesional e interprofesional para mejorar el rendimiento y colaboración del equipo.  |
| Law/2011 <sup>21</sup>       | Consejos de salud del sistema nacional de salud Escocia | Cualitativo: entrevistas telefónicas semiestructuradas, y grupos focales  | Entrevistas:<br>3 gerentes de enfermería<br>4 gerentes de salud<br>Grupos focales:<br>15 enfermeras<br>11 profesionales de salud<br>1 Terapeuta de lenguaje | Identificar los desafíos relacionados con los sistemas de comunicación e información<br>Equidad en la prestación de servicios<br>Atención centrada en la familia<br>Trabajo en equipo   | TE3: Expresa su conocimiento y opiniones a los miembros del equipo involucrados en la atención al paciente y mejora de la salud de la población con confianza, claridad y respeto, trabajando para asegurar la comprensión común de la información, el tratamiento, las decisiones de atención y programas y políticas de salud de la población<br>RR3: Involucra a diversos profesionales que complementan su propia experiencia profesional, así como recursos asociados para desarrollar estrategias para cumplir con la salud específica y necesidades sanitarias de pacientes y poblaciones.  |
| Macdonald/2008 <sup>13</sup> | Hogares de cuidado de largo                             | Mixto:<br>Cualitativo: 3 cuestionarios.   | 17 hogares evaluados con<br>59 profesionales:   | <i>Habilidades y conocimientos</i> relacionados con la práctica colaborativa<br><i>Comunicación</i><br><i>Mayor comprensión de los roles profesionales</i>  | RR2: Reconoce sus limitaciones en las habilidades, conocimientos y destrezas.  |

|   |  |   |  |  |  |
|---|--|---|--|--|--|
|   | plazo/Ontario - Canadá                           | Pre-aprendizaje: con datos demográficos, preguntas para evaluar conocimiento de practica colaborativa (Jones y Way).<br>Calidad del cuidado o proceso, ítem 14 de la escala de actitudes para los equipos de cuidado de salud<br>Post-aprendizaje: herramienta de evaluación de modelo E-learning. preguntas para evaluar conocimiento de practica colaborativa (Jones y Way).<br>Calidad del cuidado o proceso, ítem 14 de la escala de actitudes para los equipos de cuidado de salud<br>Cualitativo: entrevistas y grupos focales para la evaluación de la implementación del recurso a profesionales y entrevista a un administrativo del hogar | Médicos de familia<br>Enfermeras<br>Enfermeras practicantes<br>Farmacéuticos |  |  |
| Pollard/2012 <sup>7</sup>               | Inglaterra                                       | Cualitativo. Entrevistas semiestructuradas  | 7 trabajadores sociales<br>13 Enfermeras<br>4 parteras<br>5 fisioterapeutas  | Habilidades que contribuyen a un buen trabajo interprofesional:<br><b>-Habilidades en la comunicación:</b> ser accesible, ser adaptable, mantener el contacto visual, saber escuchar y lenguaje no verbal.<br><b>-Cualidades y atributos personales:</b> confianza, madurez, liderazgo, paciencia, tolerancia, mente abierta-<br><b>-Gestión y organización en el sitio de trabajo:</b> sistemas de información. | TE2: Desarrolla un consenso sobre los principios éticos para guiar todos los aspectos del trabajo en equipo.                   |
| Rodríguez-Villamizar /2017 <sup>2</sup> | Profesionales de salud del modelo de atención en | Cuantitativo- Cuestionario en línea   | 359 profesionales: medicina, enfermería, psicología,                         | Percepción de los profesionales: garantizar el derecho a la privacidad, confidencialidad y discreción profesional.<br>Establecer comunicación efectiva y respetuosa  | RR8: Participa en un continuo desarrollo profesional e interprofesional para mejorar el rendimiento y colaboración del equipo. |

|                              |  |  |   |   |   |
|------------------------------|--|--|---|---|---|
|                              | salud.<br>/Santander-<br>Colombia                              |  | bacteriología/microbiología,<br>nutrición,<br>odontología,<br>fisioterapia y<br>auxiliares de<br>enfermería<br>102 supervisores           | Reconocer los aspectos éticos y legales de la práctica<br><b>Trabajo en equipo entre profesiones y sectores</b><br><b>Liderazgo</b><br><b>Ejercer autonomía en el marco de esquemas de autorregulación, ética,</b> racionalidad y evidencia científica. |   |
| Slater/2012 <sup>22</sup>    | Organizaciones de salud/Norte de Inglaterra                    | Cualitativo. Entrevistas para evaluar la intervención  | 11 equipos conformados por médicos y pacientes  | Comprensión de la cultura de la seguridad del paciente<br>Comunicación en el equipo   | RR8: Participa en un continuo desarrollo profesional e interprofesional para mejorar el rendimiento y colaboración del equipo.  |
| Van Dongen/2016 <sup>5</sup> | Cuidado primario de enfermedades crónicas Heerlen/Paises bajos | Cualitativo. 4 Grupos focales con expertos y profesionales de la salud de diferentes disciplinas | 15 profesionales de la salud: Médicos familiares, enfermeras, terapeutas ocupacionales, psicólogos y trabajadores sociales<br>16 expertos | Interacción entre miembros del equipo : uso de disciplina específica, lenguaje, conocimiento del otro, confianza y respeto  | RR1: Comunica claramente sus funciones y responsabilidades a los pacientes, las familias y los miembros de la comunidad y otros profesionales.<br>RR4: Explica los roles y responsabilidades de otros proveedores y cómo funciona en conjunto el equipo para brindar atención, promover la salud y prevenir enfermedades. |

