



ORIGINAL

Propuesta de formación interprofesional en 4 programas de licenciatura de profesionales sanitarios



Sandra Sandoval-Barrientos^{a,*}, Jenny Arntz-Vera^b, Cristina Flores-Negrin^a, Silvana Trunce-Morales^b, Angela Pérez-Carrasco^b, Jaime López-Uribe^b y Jenny Velásquez-Scheuch^b

^a Departamento Salud, Universidad de Los Lagos, Puerto Montt, Chile

^b Departamento Salud, Universidad de Los Lagos, Osorno, Chile

Recibido el 17 de octubre de 2017; aceptado el 22 de diciembre de 2017

PALABRAS CLAVE

Competencias profesionales;
Programas de grado;
Interdisciplinariedad;
Currículo;
Ciencias de la salud

Resumen La formación de profesionales sanitarios ha evolucionado de manera sustantiva, desde que Flexner generó su reporte en el año 1910, pasando desde la formación exclusivamente por modelaje de expertos, a la integración de conocimientos científicos. Sin embargo, a más de 100 años de estas innovaciones, surgen nuevos desafíos para quienes trabajan en el ámbito sanitario. La evidencia señala que estos retos se surgen de los cambios epidemiológicos y demográficos por los que transitan los diferentes países. Agregando a estos cambios los aspectos ambientales y el desarrollo de la globalización que ha derribado barreras no solo en el ámbito económico o político, sino también en el ámbito sanitario. En esta línea, la formación profesional en salud no ha seguido el mismo ritmo de estos avances. Entre otros aspectos, por lo que implica la renovación curricular, el tiempo y esfuerzo que implica por parte de los profesores y la alta inversión a la «reforma científica» y muy baja a la reforma educacional de las escuelas de Medicina. El desafío actual es lograr la colaboración interprofesional para mitigar la crisis de personal sanitario y mejorar la atención de salud para la optimización de las competencias y la prestación de asistencia sanitaria holística, de alta calidad y centrada en las personas. Para dar respuesta a este desafío se propone establecer competencias comunes en las líneas de investigación, gestión y educación en salud en 4 programas de licenciatura, con el fin de potenciar la formación interprofesional para dar una atención de calidad y pertinentes al modelo de salud actual y a las necesidades de la comunidad.

© 2018 Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: sandra.sandoval@ulagos.cl (S. Sandoval-Barrientos).

KEYWORDS

Professional competence;
Graduate programs;
Inter-disciplinarity;
Curriculum;
Health sciences

Proposal for interprofessional training in 4 healthcare professional degree programs

Abstract The training of health professionals has evolved substantively since Flexner generated their report in 1910. Moving from training exclusively by modeling by experts to the integration of scientific knowledge. However, after one hundred years of these innovations, new challenges have arisen for those working in the health field. The evidence indicates that these challenges arise from the epidemiological and demographic changes across the different countries. Adding to these changes, the environmental aspects and the development of the globalisation that has knocked down barriers, not only in the economic or political sphere, but also in the health field. Along this line, professional training in health care has not kept pace with these advances. Among other aspects involved in the renewing of the curricula, are the time and effort involved by the teachers, the high investment in scientific reform, and the very low investment in educational reform in Medical Schools. In order to respond to these problems, it is proposed to establish common competences in the lines of research, management and health education in 4 Undergraduate Programs, in order to promote interprofessional training to provide a quality and relevant health care to individuals and the community.

© 2018 Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

La evidencia muestra cómo los cambios socioculturales van influyendo de manera significativa a las comunidades y con ello a las microcomunidades que se constituyen en el ámbito laboral, incluida el área sanitaria^{1,2}. Generando desafíos que hacen necesario reorganizar los saberes y competencias que permitan a los futuros profesionales de salud desempeñarse en los nuevos roles que les son demandados^{3,4}. Este giro plantea centrar la atención en la gestión en salud; trabajar en equipo de manera coordinada con los pares y establecer estrategias de manera intersectorial que les permitan a los profesionales, una mirada más amplia del trabajo. Es decir, adquirir un conjunto diferente de conocimientos, habilidades y actitudes de lo que tradicionalmente se ha utilizado en el ámbito formativo para profesionales de la salud^{5,6}.

El propósito de este trabajo fue establecer competencias comunes en las líneas de investigación, gestión y educación en salud en los programas de Licenciatura de Nutrición, Fonoaudiología, Kinesiología y Enfermería, con el fin de potenciar la formación interprofesional para dar cumplimiento a los requerimientos de la sociedad y del modelo de salud vigente en el país.

Los objetivos del trabajo son establecer las áreas de formación común de los profesionales de salud, sus competencias comunes, niveles de logro y aprendizajes esperados para cada nivel. Determinar las asignaturas y el mapa de competencias que permita el logro de los niveles de competencia establecidos. Finalmente, la validación de las competencias por pares expertos.

El trabajo se desarrolló durante el año 2016, en el marco del proceso de Innovación Curricular de las carreras del Departamento de Salud de la Universidad de Los Lagos. Para ello, las carreras de Enfermería, Nutrición, Kinesiología y Fonoaudiología establecieron un equipo de armonización curricular.

La metodología aplicada es cualitativa; se realizaron grupos focales con muestreo intencional y por conveniencia. En

total participaron 21 docentes de las 3 áreas de formación. Se estableció estrategia de consenso tanto en los equipos de trabajo instalados, como en el trabajo con grupos nominales.

La formación interprofesional, un desafío necesario de abordar

La interdisciplinaria y la interprofesionalidad nacen como reacción contra la especialización, contra el reduccionismo científico. El primer concepto indica el conjunto de conocimientos y principios que, tocando o no fronteras de una disciplina, no constituyen lo central de otra disciplina, pues están en medio de una o varias profesiones. En esta línea, la multidisciplinaria está contenida en el concepto de interprofesionalidad⁷.

Al respecto, la formación multidisciplinaria para promover la salud fue impulsada ya en los años 80, en la Carta de Ottawa. En ella se instaba este tipo de formación como una estrategia fundamental para promover la salud de las personas. De esta forma, se establecía que la colaboración interprofesional de sanitarios y sociosanitarios conducía a compartir ideales y propósitos comunes que en conjunto proporcionan una responsabilidad compartida y una mejor calidad asistencial⁸.

Veinte años después, la Unesco realizó un llamado en la Conferencia Mundial sobre Educación Superior. Reforzando la idea surgida en Ottawa, se estableció la responsabilidad social de las instituciones formadoras para promover el desarrollo de pensamiento crítico y ciudadanía activa. En esta conferencia se instó a las universidades a abordar estos aspectos y propiciar trabajos interdisciplinarios, superando la segmentación y la desarticulación entre las diferentes carreras, entre las propias instituciones y los contextos en que se sitúan. Se planteó que las instituciones de Educación Superior deben avanzar en el trabajo e instalación de relaciones más activas con sus contextos, impulsando un modelo académico caracterizado por la indagación de los problemas

considerando sus contextos, la producción y la transferencia del valor social de los conocimientos, el trabajo conjunto con las comunidades, la investigación científica, tecnológica, humanista y artística⁹.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha planteado que el recurso humano en salud es una de las barreras principales para la cobertura y el acceso universal a la salud de la población. Al respecto, menciona que resulta necesario la formación interprofesional, debiendo los planes curriculares de grado contemplar estrategias de formación en ese sentido¹⁰⁻¹².

En el espacio sanitario se observan nuevos roles profesionales; roles de liderazgo y gestión y nuevos ecosistemas de trabajo que implican la ejecución de reuniones de equipos interdisciplinarios en el hospital o multidisciplinarios en Atención Primaria^{13,14}.

En salud pública, las competencias profesionales se refieren a las actitudes y las capacidades necesarias para solucionar los problemas de salud de la comunidad de manera efectiva y eficiente¹³. La diversidad de sus competencias indica que son muchos los profesionales que están capacitados para ello. Esto explica que la multidisciplinariedad sea una de las características diferenciales de la salud pública respecto a otros campos^{7,13,14}.

El aprendizaje uniprofesional es importante para desarrollar conocimientos, habilidades y actitudes propias de una profesión, pero con los cambios de roles en la actualidad se plantea que una interacción entre los futuros profesionales es crucial para garantizar un servicio asistencial de calidad y enfocado a la atención social⁷.

Las razones principales para fomentar la enseñanza integradora entre estudiantes de diferentes perfiles profesionales son: modificar actitudes negativas y pensamientos estereotipados, detectar deficiencias en la confianza y en la comunicación entre profesionales, reforzar las competencias de colaboración y trabajo en equipo, mejorar la calidad de los servicios asistenciales, mejorar la satisfacción en el trabajo, crear una fuerza laboral más flexible e integrar las especializaciones y desarrollar una atención al paciente integral^{11,13,14}.

En esta línea, las instituciones formadoras deben incorporar no solo herramientas e instrumentos que apoyen y fomenten la integración de los saberes, sino más bien la construcción e instalación de programas adecuados para desarrollar las habilidades y actitudes necesarias para cambiar la prestación de servicios hacia una atención integrada y centrada en las personas¹⁵.

Por ello, las reformas curriculares deben ir dirigidas a mejorar los sistemas de salud y algunos de los métodos educativos obsoletos, para pasar a sistemas que favorezcan la transformación. Generando líderes entre los estudiantes que se conviertan en agentes de cambio, en sus entornos socio-sanitarios¹⁶. Teniendo en cuenta la formación para abordar los problemas de salud relacionados con la globalización (interculturalidad, aspectos propios de la salud global, inmigrante, enfermedades emergentes, entre otros)^{9,17,18}.

Materializar esta visión requerirá una serie de reformas en la instrucción y el desarrollo institucional, guiadas por los 2 resultados que se persiguen: el aprendizaje transformativo y la interdependencia en la educación. Entendemos el aprendizaje transformativo como la cúspide de 3 niveles sucesivos que van desde el aprendizaje informativo, pasando

por el aprendizaje formativo, hasta llegar al aprendizaje transformativo. El aprendizaje informativo se refiere a adquirir conocimiento y habilidades; su propósito es producir expertos. El aprendizaje formativo supone socializar a los estudiantes alrededor de ciertos valores; su propósito es producir profesionales. El aprendizaje transformativo implica desarrollar cualidades de liderazgo; su propósito es producir agentes de cambio ilustrados. Una educación efectiva construye cada nivel sobre el nivel previo. Como parte de un resultado con valor, el aprendizaje transformativo involucra 3 desplazamientos fundamentales: de la memorización de hechos hacia la búsqueda, el análisis y la síntesis de la información que conduzca a la toma de decisiones; de la búsqueda de credenciales profesionales hacia la adquisición de competencias esenciales para un trabajo en equipo efectivo dentro de los sistemas de salud, y de la adopción acrítica de modelos educativos hacia una adaptación creativa de recursos globales para enfrentar prioridades locales¹⁹.

Para cumplir con lo anterior, se requiere de espacios de aprendizajes en entornos reales y simulados que permitan el ejercicio de las habilidades y actitudes desde el inicio de la formación profesional^{15,20}.

Método

El paradigma en el que se centra este estudio es de tipo cualitativo, relacionado con la teoría fundamentada (Grounded Theory), es decir, desde la teoría emergen los datos, conceptualizando y explicando el fenómeno de estudio. Para el desarrollo del trabajo, se establecieron grupos focales.

Participantes y selección: el trabajo se desarrolló durante el año 2016, en el marco del proceso de Innovación Curricular de las carreras del Departamento de Salud, de la Universidad de Los Lagos. Para ello, las carreras de Enfermería, Nutrición, Kinesiología y Fonoaudiología establecieron un equipo de armonización curricular, constituyéndose en los primeros grupos focales. El objetivo de estos equipos de armonización fue realizar la actualización de los planes de estudio. La composición de estos grupos focales se estableció con participación de 4 académicos y un estudiante. Se contó con la ayuda de una asesora metodológica. En total, se constituyeron 5 grupos de trabajo.

Participó de manera activa, y liderando este proceso de actualización curricular, la Coordinación de Gestión Educativa en Salud (CGES). Este segundo grupo de trabajo tiene una función transversal en los ejes estratégicos de desarrollo curricular, educación continua, investigación y gestión educativa en el Departamento de Salud. Conformado por 7 académicos, que representan a cada una de las carreras de Salud, en sus diferentes campus.

Los terceros grupos focales se constituyeron con expertos o grupos nominales en cada una de las líneas a desarrollar, es decir: investigación, gestión en salud y educación en salud. Los criterios de inclusión fueron docentes que coordinaran o dictaran las asignaturas afines en alguna de las carreras y que contaran, además, con experiencia acreditada en la línea a trabajar. Cada grupo contó 5 participantes. En total, participaron 15 académicos. Reuniéndose en 3 ocasiones para desarrollar la tarea encomendada.

El equipo de académicos de la CGES fue el encargado de poner en común lo formulado por los equipos de trabajo, consensuar los temas abordados y generar documentos finales con los acuerdos, para ser validado por los equipos de armonización, expertos y finalmente por el Consejo de Departamento.

Procedimiento

La *primera etapa* del trabajo se inició en el año 2015. Cada equipo de armonización curricular trabajó estableciendo las competencias curriculares para sus propias carreras, contemplando en este proceso la revisión del estado del arte de cada disciplina y la validación del perfil de egreso. Se redactaron las competencias, con sus respectivos niveles de logro: inicial, intermedio y avanzado.

Al inicio del año 2016, y una vez establecidas las competencias de cada carrera, se realizaron reuniones de trabajo con todos los equipos de armonización curricular y los integrantes de la CGES. El objetivo fue establecer las posibles líneas comunes que tendrían las carreras en el Departamento de Salud para potenciar la formación interprofesional. Se compartió lo que cada equipo de armonización había trabajado. Observando las concordancias y las diferencias entre lo que cada carrera de grado formuló para las competencias y niveles de logros. En esta reunión se determinó que las competencias comunes serían en la línea de investigación, gestión y educación en salud, dado las similitudes encontradas en la entre las carreras.

Dado que los integrantes de la CGES lideran el trabajo, se propone a este equipo que redacte un primer borrador con las posibles competencias comunes y sus respectivos niveles de logro. Los materiales de trabajo para abordar esta tarea fueron: preinforme de armonización de cada carrera, Framework for action on interprofessional education and collaborative practice, de la OMS, informe final Proyecto Tuning América Latina²¹ y criterios y estándares para la evaluación de carreras definidos por la Comisión Nacional de Acreditación CNA-Chile²². El resultado de este trabajo fue validado por los equipos de armonización curricular de cada carrera y consejos carrera.

Esta primera etapa concluyó con la presentación del trabajo desarrollado al Consejo de Departamento, órgano colegiado quien aprobó íntegramente esta innovación (tabla 1).

La *segunda etapa* del trabajo se inició con la conformación de grupos de expertos convocados para la revisión de los niveles de competencia, aprendizajes esperados para cada uno y finalmente la propuesta de formulación de asignaturas comunes. Una vez planteados los aprendizajes esperados, el grupo de expertos por área generó un listado consensuado de los saberes: saber, saber hacer y saber ser, que se requería para cada nivel de competencia.

La *tercera etapa* consideró el trabajo del equipo de la CGES, que elaboró un consenso y una retroalimentación con grupos de expertos y comités curriculares. Posteriormente, propuso un mapa de competencias a los grupos focales (tabla 2).

En una *cuarta etapa* se definirán los SCT, construirán los programas y guías de aprendizaje de las asignaturas propuestas para dar cumplimiento a las competencias

planteadas, considerando que las especificidades de cada carrera están dadas por las competencias y asignaturas disciplinares que tributarán también a esta línea. Preliminarmente, esta propuesta considera el desarrollo de actividades de enseñanza en un porcentaje de créditos de las asignaturas comunes, para lo cual se espera plantear al menos un resultado de aprendizaje interdisciplinar, asociado a estrategias de enseñanza aprendizaje activa, tales como aprendizaje basado en problemas, simulación clínica, aprendizaje servicio o aprendizaje basado en proyectos, dependiendo de la naturaleza de la asignatura. También se espera incorporar estrategias de evaluación que permitan dar cuenta del logro de cada nivel de competencia.

Resultados

Consenso sobre las competencias

Los grupos de trabajo abordaron las tareas mandatadas sobre la base de elementos comunes. Formulando una competencia que abordará un estándar mínimo y común para los profesionales de la salud.

En la competencia de gestión en salud, mientras las carreras de Enfermería y Nutrición y Dietética planteaban inicialmente que la competencia se lograba cuando el estudiante aplica las herramientas de gestión y administración para resolver problemas, la carrera de Kinesiología formuló que la competencia se saturaba cuando el estudiante propone soluciones eficientes a los problemas en el marco de la gestión de calidad en salud. El consenso de los académicos recoge esta última propuesta enriqueciendo su formulación y determinando que el estudiante aporta con soluciones concretas frente a los problemas que se encuentra en el desarrollo de sus funciones y tareas.

En la competencia de investigación la carrera de Nutrición y Dietética indicaba que los estudiantes proponen soluciones utilizando evidencia científica. Al respecto, las carreras de Enfermería y Kinesiología proponían inicialmente que el estudiante desarrolla proyectos de investigación para responder a situaciones concretas o para fundamentar su quehacer profesional. La formulación consensuada indica que los estudiantes desarrollan investigación, basados en metodologías pertinentes que permiten responder a necesidades locales en las que se insertan los estudiantes.

La competencia de Educación para la Salud inicialmente estaba formulada de manera muy similar en las 4 carreras, señalando que se implementaban, desarrollaban o ejecutaban programas o acciones educativas orientados a la promoción y la prevención. El consenso se formuló señalando que los estudiantes saturan la competencia al desarrollar programas de educación en salud de forma disciplinar o multidisciplinar para orientar estilos de vida saludables, promoción y prevención en salud.

En los diferentes equipos de trabajo se pudieron constatar, entre otros aspectos, los siguientes: los actuales planes de estudios de las diferentes carreras de grado no cuentan con asignaturas comunes; además, presentan diferencias importantes en el número de asignaturas que apoyan las líneas establecidas como comunes. De esta manera, por ejemplo, en el ámbito de gestión en salud la carrera de

Tabla 1 Competencias comunes y sus niveles de logro**Competencia educación en salud**

Desarrolla programas de educación en salud de forma disciplinar o interdisciplinar a individuos, familia, comunidad y equipos de salud, en los distintos niveles de atención, utilizando estrategias educativas pertinentes y herramientas de comunicación efectiva para orientar estilos de vida saludable, cambio de hábitos, promoción, prevención en salud y optimizar las buenas prácticas en salud

Nivel 1

Identifica necesidades educativas en salud vinculadas a la disciplina, de individuos, familia o comunidad en contextos reales o simulados, considerando datos epidemiológicos a nivel nacional y regional con un enfoque biopsicosocial, de forma guiada

Nivel 2

Ejecuta acciones educativas de forma guiada coherentes al diagnóstico de salud, aplicando herramientas de la pedagogía o andragogía apropiadas al grupo objetivo en contextos reales de baja y mediana complejidad

Nivel 3

Desarrolla con autonomía bajo supervisión programas de educación y capacitación en salud a individuos, familia y comunidad en todos los niveles de atención considerando las condicionantes biopsicosociales

Competencia gestión en salud

Contribuye a la solución de problemáticas del quehacer profesional considerando herramientas de gestión y administración pertinentes a organizaciones de salud, de acuerdo con su contexto sociocultural, respetando los principios éticos y las normativas vigentes y demostrando capacidad de trabajo en equipo interprofesional con el propósito de contribuir al aseguramiento de la calidad de la atención en salud

Nivel 1

Relaciona las herramientas de gestión y planificación sanitaria con la epidemiología nacional, componentes del modelo, estructura, políticas y programas del sistema de salud en Chile mediante aprendizaje activo tutelado en aula

Nivel 2

Aplica herramientas de gestión y administración considerando las necesidades en salud frente a problemáticas de baja complejidad en los distintos niveles de atención en salud, de acuerdo a normativa vigente mediante aprendizaje tutelado

Nivel 3

Aplica herramientas de gestión y administración en Salud pertinentes a las organizaciones, de acuerdo a principios éticos, normativa vigente con el propósito de contribuir al aseguramiento de la calidad de la atención en salud en escenarios reales de manera autónoma bajo supervisión

Competencia investigación

Desarrolla investigación mediante la aplicación de metodologías pertinentes para enfrentar diversos desafíos y problemas propios de la disciplina o de otros ámbitos del área de salud orientados a las necesidades locales, fomentando el pensamiento crítico y respetando principios éticos y bioéticos

Nivel 1

Distingue herramientas y metodologías de investigación en salud, relacionando componentes disciplinares, de las ciencias psicosociales y biomédicas, mediante aprendizaje activo de forma guiada

Nivel 2

Propone investigación de forma guiada, basada en el reconocimiento de problemáticas del quehacer disciplinar y la evidencia científica disponible y actualizada, respetando el marco ético-legal

Nivel 3

Desarrolla investigación relacionada con la disciplina y otros ámbitos del área de la salud, contribuyendo a la solución de problemas, a la comprensión de fenómenos y fomentando el pensamiento científico, respetando los principios éticos y bioéticos en contextos reales locales con autonomía y bajo supervisión

Kinesiología cuenta solo con 2 asignaturas, mientras que la carrera de Nutrición y Dietética plantea 6 asignaturas que aportan a esta línea curricular.

Otro aspecto importante se visualiza en la línea de Educación en Salud. Pese a que existe acuerdo respecto a la relevancia que tienen las funciones de promoción y prevención en salud, las diferentes carreras trabajan con distintos niveles de profundidad y visibilidad estos tópicos. Esto se refleja en que todas las carreras presentan solo una asignatura que tributa a esta línea formativa. De esta forma, con la

innovación en el cambio curricular esta competencia se verá más fortalecida. Esto permitirá poner en valor y potenciar los aprendizajes esperados, las estrategias y las metodologías aplicadas para que los futuros profesionales —y de paso los académicos— valoren y asuman las funciones de promoción y prevención en salud, como una tarea prioritaria de este Departamento.

Respecto a los niveles de dominio para cada competencia, se acordó establecer lo siguiente: nivel de logro o dominio básico que involucra desde el I al IV semestre. El

Tabla 2 Mapa de competencias

Semestre	Asignatura común consensuada	Competencia a la que tributa la asignatura
<i>Nivel logro básico</i>		
I semestre	Asignatura Introducción a la disciplina	Gestión, Investigación, educación en salud
II semestre	Bioestadística	Gestión en salud, investigación
	Psicología	Educación en salud
III semestre	Epidemiología	Gestión, investigación
IV semestre	Salud pública	Gestión, educación en salud
	Asignatura disciplinar	Investigación en salud
<i>Nivel de logro intermedio</i>		
V semestre	Técnicas de educación en salud	Educación en salud
	Gestión y administración en salud	Gestión en salud
VI semestre	Metodología de la investigación	Investigación
	Asignatura disciplinar	Educación
<i>Nivel de logro avanzado</i>		
VII semestre	Seminario de investigación I	Investigación en salud
	Práctica clínica I	Gestión, investigación, educación en salud
VIII semestre	Gestión de proyectos en salud	Investigación en salud
	Práctica clínica II	Gestión, investigación, educación en salud
IX semestre	Internado I	Gestión, investigación, educación en salud
X semestre	Internado II	Gestión, investigación, educación en salud

nivel de logro o dominio intermedio que abarca el v y vi semestre. Para el dominio avanzado se incluyeron desde el vii al x semestre académico.

Por lo anterior, se intenciona la formación interprofesional de manera horizontal a través de los diferentes niveles de logro para cada competencia y de manera vertical a través de la continuidad de la trayectoria formativa, en cada una de las carreras vinculadas al Departamento de Salud de la Universidad de Los Lagos.

Se formuló entonces una propuesta de mapa de competencia, asignaturas comunes y trayectoria formativa que sustentarán las líneas a trabajar en el Departamento de Salud.

Competencias comunes para profesionales de salud Ulagos

Competencia de gestión en salud

En el ámbito de la gestión, se consensó una competencia que da cuenta de la capacidad que deben tener los profesionales de la salud para contribuir a solucionar problemas del quehacer profesional aplicando herramientas de gestión y administración pertinentes y considerando los contextos socioculturales, respetando los principios éticos y las normativas vigentes con el propósito de contribuir al aseguramiento de la calidad de la atención en salud.

Los niveles de logro se diferenciaron por las acciones y los contextos en que se debe alcanzar o saturar la competencia. En el nivel básico se estableció que los profesionales en formación deben relacionar las herramientas de gestión y planificación, mediante aprendizaje tutelado en aula. El nivel intermedio indica que los estudiantes deben aplicar dichas herramientas, mediante aprendizaje tutelado. En el nivel avanzado, el logro que se espera es que apliquen las herramientas de gestión y administración en Salud, con el

propósito de contribuir al aseguramiento de la calidad de la atención en salud en escenarios reales de manera autónoma bajo supervisión.

Competencia de investigación en salud

Para la competencia de investigación en salud se consensó la capacidad que deben tener los profesionales sanitarios para desarrollar investigación mediante la aplicación de metodologías pertinentes para enfrentar diversos desafíos y problemas propios de la disciplina o de otros ámbitos del área de salud orientados a las necesidades locales.

En el nivel básico, el logro esperado para los estudiantes es que distingan herramientas y metodologías básicas de la investigación científica, relacionándolas con componentes disciplinares mediante el aprendizaje activo y de forma guiada o tutelada. En el nivel intermedio se espera que los estudiantes sean capaces de proponer diseños de proyectos de investigación de forma guiada, basado en el reconocimiento de problemáticas del quehacer disciplinar y la evidencia científica disponible y actualizada, respetando el marco ético-legal. En el nivel avanzado, la competencia se satura cuando el estudiante es capaz de desarrollar investigación que contribuyan a la solución de problemas en contextos reales, locales con autonomía y bajo la supervisión docente.

Competencia de educación en salud

En esta competencia se consensó que los profesionales de la salud en formación desarrollarán programas de educación en salud de forma disciplinar o multidisciplinar para orientar estilos de vida saludables, promoción y prevención en salud.

En el nivel de logro básico, los estudiantes deben identificar las necesidades educativas, en contextos reales o simulados, con enfoque biopsicosocial. Para el nivel de logro intermedio, se espera que los estudiantes ejecuten acciones

educativas de manera guiada, y coherentes con el diagnóstico realizado en contextos reales de baja y mediana complejidad. Para el nivel de logro avanzado los estudiantes lograrán la competencia al desarrollar con autonomía programas de educación en salud y capacitación en salud considerando las condicionantes biopsicosociales de las personas o grupos objetivos.

Discusión

La propuesta de competencias comunes para la formación interprofesional en salud sin duda es una innovación. Como experiencia en esta línea podemos mencionar la experiencia de la Facultad de Medicina de la Universidad de La Frontera de Chile en el año 2003, que implementó innovaciones curriculares en la formación de los profesionales en el área de la salud, centrando el proceso de enseñanza-aprendizaje en el estudiante y privilegiando la utilización del aprendizaje basado en problemas (ABP). Estructuraron la curricula en 4 líneas: humanista, morfofunción, profesional y gestión e investigación. La de investigación se desarrolla durante los 2 primeros años, sobre la base de ABP en grupos pequeños, donde estudiantes de diferentes carreras aprenden contenidos comunes, lo que ha conllevado un cambio de rol para estudiantes y docentes en esta nueva práctica educativa²³.

En la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile no existen cursos de pregrado con enfoque multiprofesional y son una realidad la rivalidad y la estigmatización entre las distintas profesiones. No obstante, considerando la tendencia nacional hacia el trabajo en equipo y la necesidad de una propuesta innovadora en Atención Primaria de Salud, se ha promovido la integración interprofesional y la concentración de las actividades ambulatorias de las distintas carreras en campos clínicos definidos, suponiendo que el trabajar «uno al lado del otro», podría ser el primer paso para trabajar «uno con el otro» de manera más integrada.

Durante el segundo semestre 2004, docentes de 7 carreras de la salud se reunieron para explorar las posibilidades de realizar una propuesta de trabajo conjunto. Luego de 2 reuniones plenarias, en que los académicos compartieron su rol en relación al cuidado y la promoción del desarrollo infantil, se evidenció la complementariedad de los distintos enfoques y se planificó una actividad multiprofesional piloto, consistente en una campaña de tamización de desarrollo infantil en terreno, en un Centro de Salud Familiar en que habitualmente se realizan actividades de supervisión infantil. Participaron estudiantes de medicina, fonoaudiología, terapia ocupacional y tecnología médica, menciones otorrinolaringología y oftalmología, todos supervisados por docentes de su misma profesión.

Se concluye que la EMP parece ser una herramienta eficiente para el aprendizaje de competencias de trabajo en equipo e integración de habilidades clínicas complementarias, desafío primordial en el actual escenario de la salud. Docentes y estudiantes valoran la oportunidad de conocer y relacionarse con otros profesionales y de realizar un trabajo conjunto²⁴.

Para lograr una experiencia exitosa, es fundamental concentrar las actividades de las distintas carreras en determinados campus clínicos, programar e integrar la EMP como objetivo en el currículum nuclear de carreras de la salud

y desarrollar intervenciones comunitarias continuas, evaluables y reproducibles. Se recomienda implementar dicha estrategia en torno a problemas de salud en Atención Primaria, de modo que todos los profesionales involucrados compartan su prisma en la atención de los pacientes²².

Conclusiones

La propuesta de competencias comunes desarrollada ha implicado un esfuerzo importante por parte de los equipos académicos y un alto compromiso por el trabajo. Este proyecto contribuirá al cumplimiento de la misión y visión de la Universidad de Los Lagos, del Departamento de Salud, y a alinearse con el modelo educativo institucional y las orientaciones ministeriales e internacionales para la formación de profesionales de salud.

La formación interprofesional es un requerimiento de la OMS, planteado en su guía del año 2010, y del Ministerio de Salud a través del listado de contenidos mínimos que exige para el concurso de campos clínicos con un fuerte énfasis a la formación de profesionales de salud en el modelo de salud actual con enfoque de salud comunitaria y familiar, lo que implica una formación de pregrado con fuerte interacción y trabajo en equipo interprofesional. La ubicación de estos cursos permitirá en una segunda etapa la incorporación de estrategias de enseñanza aprendizaje como ABP, simulación y prácticas tempranas para abordar los contenidos comunes a las carreras de salud, dando cumplimiento así a la formación que exigen nuestros empleadores.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Flexner S, Lewis PA. Experimental epidemic poliomyelitis in monkeys. *J Exp Med*. 1910;227-55, 12.2.
2. Regan-Smith MG. Commentary on Flexner's impact-then and now. A profound effect on medical education, research, practice. *Pharos*. 1999;62:31.
3. Mikael SDSE, Cassiani SHDB, Silva FAMD. The PAHO/WHO Regional Network of Interprofessional Health Education. *Rev Latino-Am*. 2017;25:e2866.
4. Breilh J. Epidemiología del siglo XXI y ciberespacio; repensar la teoría del poder y la determinación social de la salud. *Rev Bras Epidemiol*. 2015;972-82, 18.4.
5. Pérez Miguel A, et al. Mejorando la salud humana: enfoque de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y educación en salud. *Rev Fac Med Hum*. 2017;16:77-83.
6. Luengo-Martínez C, Sanhueza-Alvarado O. Formación del licenciado en Enfermería en América Latina. *Rev Aquich*. 2016;16:240-55.
7. Fuentes Soto P. De la educación interprofesional al trabajo en equipo en salud. *Rev Horiz Enf*. 2017;28:3-6.
8. Conferencia Internacional sobre Promoción de Salud. Carta de Ottawa para la promoción de la salud. *Rev Sanid Hig Pub*. 1987;61:129-133.
9. Conferencia Mundial sobre la Educación Superior-2009: la nueva dinámica de la educación superior y la investigación para el cambio social y el desarrollo. Sede de la Unesco, París, 5-8 de julio del 2009.

10. World Health Organization. Framework for action on interprofessional education and collaborative practice. Geneva: Health Professions Networks Nursing Midwifery; Department of Human Resources for Health; 2011.
11. Pálsdóttir B, et al. Training for impact: The socio-economic impact of a fit for purpose health workforce on communities. *Rev Hum Res Heal*. 2016;14:49.
12. Lapkin S, Levett-Jones T, Gilligan C. A systematic review of the effectiveness of interprofessional education in health professional programs. *Rev Nur Educ Today*. 2013;33:90–102.
13. Tamayo M, Besoain-Saldaña A, Aguirre A, Leiva J. Teamwork: Relevance and interdependence of interprofessional education. *Rev Sau Publ*. 2017;51:39.
14. Scherer MDA, Pires D, Schwartz Y. Collective work: A challenge for health management. *Rev Sau Publ*. 2009;43:721–5.
15. Risco de Dominguez G. Educación médica: nuevas tendencias, desafíos y oportunidades. *Rev Dig In Doc Univ*. 2015;3-1:20.
16. Vergel J, Quintero G. Integración curricular mecanicista versus sistémica. *Rev Ed Méd Sup*. 2017;261–72, 31.1.
17. Troncoso RJ, Libuy RM, González AC, Cunill DV. Participación estudiantil en el proceso de reforma curricular del pregrado de Medicina en la Universidad de Chile: evaluación y desafíos. *Rev Hosp Clin Univ Chile*. 2014;79–84, 25.1.
18. Quintero Gustavo A. Perspectivas sobre la educación médica en América Latina. *Rev Chi Cir*. 2014;412–3, 66.5.
19. Frenk J, Chen L, Bhutta Z, Cohen J, Crisp N, Evans T, et al. Profesionales de la salud para el nuevo siglo: transformando la educación para fortalecer los sistemas de salud en un mundo interdependiente. *Med Exp Salud Publ*. 2015;9–16, 16.1.
20. Salas Perea R, Quintana Galende M, Pérez Hoz G. Formación basada en competencias en ciencias de la salud. *MediSur*. 2016;456–63, 14.4.
21. Tuning. Informe final Proyecto Tuning [recuperado 11 Dic 2014]. Disponible en: <http://tuningal.org>.
22. Ministerio de Educación de Chile. Ley n.º 20129, de 23 de octubre del 2006. Establece un sistema nacional de aseguramiento de la calidad de la educación superior. Santiago de Chile, 2006 [recuperado 10 Sep 2017]. Disponible en: <http://bcn.cl/1vf79>
23. Navarro Hernández N. Aprendizaje multiprofesional basado en problemas en la formación de profesionales de la salud: un estudio de caso. Universitat de Barcelona; 2011.
24. Silva JC, Contim D, Ohl RIB, Chavaglia SRR, Amaral EMS. Percepção 2 residentes sobre sua atuação no programa de residência multiprofissional. *Acta Paul Enferm*. 2015;28: 132–8.