



Práctica colaborativa interprofesional en salud: Conceptos clave, factores y percepciones de los profesionales

Margalida Miró Bonet

Grupo de Investigación Crítica en Salud, Facultad de Enfermería y Fisioterapia, Universidad de las Islas Baleares,
<http://gics.uib.es/>

PALABRAS CLAVE

Práctica colaborativa
Colaboración
interprofesional
Interdisciplinar
Trabajo en equipo
Salud

Resumen En los últimos 20 años hay cada vez más evidencia de que la práctica colaborativa es un requisito para una atención de la salud de calidad y segura para la ciudadanía, los profesionales y el sistema de salud. A pesar de ello, los estudios señalan que sigue siendo un reto, a la espera de un mayor conocimiento sobre su complejidad para conseguir formas más óptimas y efectivas de trabajo colaborativo. Actualmente, la práctica colaborativa se encuentra lejos de lo que podría ser, enfrentándose a numerosos retos, entre los que se incluyen la socialización e identidad profesional, el liderazgo de los equipos, las jerarquías y la cultura organizacional. En este artículo se examina la evidencia sobre conceptos clave que establecen las bases para comprender la práctica interprofesional: su impacto en los indicadores de salud, los factores que condicionan el trabajo colaborativo y las percepciones de los profesionales de la salud sobre la práctica colaborativa. Finalmente, a modo de conclusiones, se apuntan algunos de los retos pendientes en relación con la práctica colaborativa en salud en nuestro país.

© 2016 Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

KEYWORDS

Collaborative practice
Interprofessional
collaboration
Interdisciplinary
Teamwork
Healthcare

Interprofessional collaborative practice in healthcare: Key concepts, factors and professional's perceptions

Abstract Over the last 20 years there has been growing evidence that collaborative practice is a prerequisite for high quality, safe health care for the general population, professionals and the health system. Despite this evidence, research shows that implementing collaborative practice remains a challenge, awaiting better understanding of its complexity in order to achieve optimal and effective forms of collaborative practice. At present, collaborative practice is far from what it could be, facing numerous challenges including socialisation and professional identity, team leadership, hierarchies and organisational culture. This paper examines the evidence on key concepts which are the basis for understanding interprofessional practice, including its

impact on health indicators - the factors that shape teamwork and health care professionals' perceptions of collaborative practice. Finally, by way of conclusion, some of the outstanding challenges in relation to collaborative practice in health care in Spain are pointed out.

© 2016 Elsevier España, S.L.U. This is an open access item distributed under the Creative Commons CC License BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción. Conceptos clave e impacto en la salud

La práctica colaborativa interprofesional (PCI) es el proceso en el cual proveedores de distintos *backgrounds* profesionales y disciplinares se reúnen para resolver problemas y participan en la toma de decisiones, reconociendo la responsabilidad compartida de los resultados, para proporcionar así una atención integral al trabajar con los pacientes, sus familias y las comunidades y ofrecer así la más alta calidad de la atención en todos los entornos^{1,2}. Cuando los profesionales trabajan de forma colaborativa, los siguientes elementos ocurren simultáneamente³:

- Metas claras y compartidas de la atención al paciente y la familia.
- Roles y responsabilidades de equipo claras: cada miembro ejecuta su rol con competencia y creatividad y además conoce las responsabilidades y funciones de los otros profesionales del equipo.
- Identidad grupal, empoderamiento y respeto mutuo: entre los miembros del equipo hay sentimientos de pertenencia y cohesión, y se tiene confianza en la capacidad del grupo para superar obstáculos y materializar la visión que tiene.
- Interdependencia e integración entre los miembros del equipo y sus prácticas de trabajo.
- Enfoques democráticos y liderazgo compartido: hay un reconocimiento por parte del líder y del resto del equipo del rendimiento y del éxito individual y colectivo.
- Esfuerzos para romper los estereotipos y las barreras.
- Tiempo y espacio para desarrollar el trabajo en equipo alejado de la práctica.
- Comunicación abierta y fluida: se respetan las diferencias de opinión y de perspectivas.
- El desarrollo de protocolos, formación y prácticas de trabajo conjuntos.

La PCI es reconocida como un elemento clave para la prestación de una atención de calidad, efectiva y segura a la ciudadanía. En 1993, The National Health Service Management Executive del Reino Unido apuntaba que los mejores y más rentables resultados para los pacientes y los clientes se logran cuando los profesionales trabajan y aprenden juntos, participan en la auditoría clínica de los resultados y generan innovación para garantizar el progreso en la práctica y el servicio. La PCI es un eje estratégico en las políticas de agencias internacionales, como la Organización Mundial de la Salud o la Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (EE. UU.), de organismos reguladores profesionales a nivel internacional, como el General Medical Council, la Association of American Medical Colleges o las National Academies of Practice, y de programas de prestigio-

osos sistemas de salud como el Institute for Healthcare Improvement (Australia), la UK National Patient Safety Agency y el Institute for Healthcare Improvement (Reino Unido), o el Canadian Patient Safety Institute (Canadá).

Las iniciativas de trabajo colaborativo interdisciplinares se han ido incrementando en los últimos años en todo el mundo. Los países con más largo recorrido en este tipo de iniciativas son Australia, Canadá, el Reino Unido y los EE. UU. A estos han ido añadiendo Brasil, Nueva Zelanda y Suecia³. En nuestro país, desde el año 2005, el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad ha ido incluyendo en los planes nacionales de salud estrategias dirigidas a la mejora de los elementos clave recomendados a nivel internacional sobre seguridad clínica. En concreto, tradujo las recomendaciones *Improving Patient Safety in Hospitals: Turning Ideas into Action* (2002) publicadas por el University of Michigan Health System⁴ con el propósito de ofrecer una herramienta útil para los profesionales para mejorar la cultura y la seguridad de los servicios sanitarios. Hace referencia explícita a la colaboración interdisciplinar y, en concreto, a la colaboración entre médicos y enfermeras como componente esencial de una cultura de la seguridad. Desde entonces, las estrategias nacionales sobre salud han incorporado la colaboración interdisciplinar como eje prioritario vinculado a la seguridad clínica, principalmente en la estrategia para cuidados paliativos⁵, salud mental⁶, para el abordaje de la cronicidad⁷ y para cuidados paliativos pediátricos⁸. En ellas, se apunta que para dar respuestas efectivas e integrales a las necesidades físicas, emocionales, sociales y espirituales de los pacientes y las familias es necesario un modelo colaborativo e interprofesional basado en la coordinación entre los niveles asistenciales y entre los profesionales de la salud.

Las organizaciones sanitarias son cada vez más conscientes de que es necesario contar con la información y los conocimientos de muchas disciplinas con el fin de desarrollar soluciones válidas y ofrecer una atención integral a las personas y a las familias. Uno de los motivos es que los usuarios plantean demandas cada vez más complejas y crónicas, que requieren de abordajes y tratamientos múltiples, de modo que es inusual que un único profesional pueda resolver los problemas de salud de la población de forma aislada³. A pesar de que la investigación sobre la PCI es todavía una línea emergente, cada vez son más las investigaciones que indican que esta contribuye a la mejora de la calidad y seguridad de la atención clínica, en aspectos como⁹⁻¹²:

- El aumento de la satisfacción del paciente y la reducción de quejas de pacientes y familiares.
- La reducción de costes, de las tasas de mortalidad, de las complicaciones y los errores clínicos.
- La disminución del tiempo de las estancias clínicas y de la duplicación de esfuerzos.

- La reducción del estrés y del agotamiento de los profesionales.
- El aumento de la satisfacción laboral de los profesionales.
- La retención de los profesionales en las instituciones y la reducción de su rotación.

Factores que condicionan la práctica colaborativa interprofesional

Para entender los factores que condicionan el éxito o el fracaso de la PCI en las organizaciones se deben adoptar marcos multidimensionales. Uno de los más referenciados es el desarrollado por Reeves y cols¹⁰, donde se agrupan en cuatro dominios los facilitadores y las barreras de la PCI y se señala que, aunque se presenten de forma independiente, todos ellos están interconectados.

La dimensión relacional reúne los factores que afectan directamente las relaciones entre los profesionales, como a) las relaciones de poder, b) la jerarquía profesional, c) la socialización de normas, valores y actitudes asociados a cada grupo profesional, d) los roles profesionales esenciales para unas relaciones eficaces y un mayor rendimiento del equipo, e) la comunicación, tanto verbal como escrita, que, si fluye de manera libre y abierta, genera una atención más efectiva, f) la confianza y el respeto, que permiten que los profesionales trabajen de forma más integrada, y g) el humor y los conflictos.

La dimensión procesual incluye los factores relacionados con la manera de realizar las prácticas colaborativas, como a) el tiempo y el espacio donde los profesionales participan y colaboran en actividades compartidas, b) las rutinas, c) las tecnologías de la información, d) la complejidad y e) la delegación de funciones.

La dimensión organizacional hace referencia a aquellos factores que influyen y estructuran el entorno en el que los equipos interactúan, como el apoyo organizativo, la representación profesional y el temor a los litigios.

Y, finalmente, la dimensión contextual incluye factores relacionados con el panorama social, político y económico en el que funciona el equipo, como la cultura, la diversidad, el género, la voluntad política y la economía.

Percepciones de los profesionales de la salud sobre la práctica colaborativa interprofesional

Actualmente los estudios señalan que la PCI, principalmente entre médicos y enfermeras, está lejos de lo que podría ser. La práctica interdisciplinar resulta a veces problemática, ya que los profesionales se enfrentan a numerosos retos, como: entornos multiprofesionales y complejos donde conviven diversidad de proveedores y donde cada grupo tiene su ámbito de acción y funciones, posiciones dentro de jerarquías, distintas culturas e identidades profesionales, diferentes procesos de socialización profesional y notables diferencias entre formaciones académicas¹²⁻¹⁷.

Médicos y enfermeras consideran que la práctica colaborativa es clave para mejorar la calidad de la atención, prevenir errores clínicos o complicaciones potenciales y mejorar los resultados en el paciente¹⁸⁻²¹, ya que permite una mayor autonomía y control en la práctica clínica, mayor

libertad de los profesionales para hacer aportaciones y tomar decisiones compartidas en el plan de atención¹⁶. Así mismo, también consideran que el trabajo colaborativo les permite conocer mejor las necesidades del usuario y proporcionar unos cuidados más integrales y eficientes, ya que obtiene mayor y mejor información los puntos de vista de diferentes profesionales¹⁹. Actualmente, los profesionales consideran que la voluntad y predisposición individual de cada profesional es el principal determinante para la colaboración interprofesional y no tanto una competencia transversal para todo profesional de la salud¹⁹.

Por otro lado, para médicos y enfermeras hay diferencias en el significado de la PCI y, en consecuencia, cada profesional tiene una perspectiva distinta de la atención en salud, lo cual supone un obstáculo para la mejora de la práctica interdisciplinar en las organizaciones¹⁸. Los médicos entienden la práctica colaborativa como el proceso en el cual ellos toman las decisiones sobre el plan de atención al usuario de forma unidireccional, con la ayuda de las enfermeras, a quienes asesoran en la ejecución de las intervenciones^{17,21,22}. Por otro lado, respetan el ejercicio profesional de las enfermeras, porque las consideran el vínculo directo con el paciente y quien dispone de la información más actualizada y global del paciente^{17,23}. Los médicos se centran más en las habilidades técnicas y menos en las habilidades interpersonales, llevando a cabo una práctica clínica más autónoma e individual y dando menor importancia a la colaboración interprofesional^{18,24}. Los médicos muestran mayor necesidad que las enfermeras de mantener el rol dominante y jerárquico en la toma de decisiones y, por tanto, muestran un menor compromiso con la práctica interdisciplinaria²⁵. De modo que los médicos tienen una percepción de la calidad de la PCI mejor que la que tienen las enfermeras^{21,23}.

Las enfermeras definen la práctica colaborativa desde la perspectiva de la atención centrada en el paciente, en la cual enfermeras y médicos tienen objetivos compartidos sobre el usuario y discuten de forma bidireccional el plan de atención¹⁵. Las enfermeras consideran que la PCI debería consistir en la discusión del plan de atención al usuario a partir del intercambio de conocimientos entre distintos profesionales y tomar decisiones y responsabilidades de forma conjunta, en base al respeto mutuo entre ellos. Las enfermeras consideran que la PCI es importante porque disminuye los conflictos profesionales y el estrés laboral, y mejora la calidad de la atención²³. Las enfermeras señalan que los médicos respetan su ejercicio profesional, pero no reconocen ni valoran sus aportaciones en el proceso de atención, ni su responsabilidad compartida en la toma de decisiones^{23,25}.

Conclusiones. Retos pendientes

La evidencia indica que la PCI en salud es un proceso complejo y multidimensional esencial para garantizar una atención segura y eficiente. A pesar de ello, enfermeras y médicos tienen diferentes percepciones al respecto, más arraigados en la disciplina profesional que en un lenguaje y un significado común. Actualmente, en la práctica clínica, en la gestión sanitaria y en la formación en salud se sigue naturalizando, en la mayoría de los casos sin cuestionar, el rol dominante y jerárquico de la medicina en relación con el

resto de disciplinas de la salud, lo cual nos aleja de una perspectiva integradora, integrativa y colaborativa^{15,19,21,25}.

Si se pretende mejorar la eficacia y eficiencia de los equipos de salud, se hacen necesarias intervenciones que promuevan el reconocimiento mutuo de la complementariedad y la interdependencia, como la creación de estructuras de gestión horizontal y la promoción de actividades que fomenten la colaboración, la comunicación y la toma de decisiones conjuntas entre enfermeras, médicos y otros profesionales de la salud²⁶. La evidencia recomienda también otro tipo de intervenciones, como la educación interprofesional en salud, tanto en la formación pregrado como en la posgrado y en la formación continuada, que promueva la perspectiva de la atención centrada en el paciente, la comunicación interprofesional, las rondas interdisciplinarias o los protocolos de abordaje interprofesional³. Las intervenciones para fomentar la PCI, cuya eficacia ha sido demostrada, tienen en común disipar las diferencias profesionales y centrarse en la construcción de alianzas, cooperación y formas saludables de liderazgo con la finalidad de asegurar una atención segura y generar mayor innovación y progreso de los servicios de salud.

Bibliografía

1. The Joint Commission. Improving America's Hospitals. A Report of Quality and Safety;2007. Citado 5 de setiembre de 2015. Disponible en: <http://www.jointcommission.org>
2. World Health Organization. Framework for action on Interprofessional education and collaborative practice. Geneva: World Health Organization, Department of Human Resources for Health; 2010.
3. Reeves S, Lewin S, Espin S, Zwarenstein M. Interprofessional Teamwork for Health and Social Care. Oxford: Wiley-Blackwell; 2010.
4. University of Michigan Health System. Improving Patient Safety in Hospitals: Turning Ideas into Action. Michigan: University of Michigan Health System. Ann Arbor; 2002.
5. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia en Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2011.
6. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2011.
7. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2012.
8. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia para cuidados Paliativos Pediátricos en el Sistema Nacional de Salud: Criterios de Atención. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2014.
9. Zwarenstein M, Goldman J, Reeves S. Interprofessional collaboration: effects of practice-based interventions on professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database Syst Rev.* 2009;8.
10. Baker L, Egan-Lee E, Martimianakis MA, Reeves S. Relationships of power: implications for interprofessional education. *J Interprof Care.* 2011;25:98-104.
11. Paradis E, Leslie M, Gropper MA, Aboumatar HJ, Kitto S, Reeves S. Interprofessional care in intensive care settings and the factors that impact it: results from a scoping review of ethnographic studies. *J Crit Care.* 2013;28:1062-7.
12. Reeves S, McMillan SE, Kachan N, Paradis E, Leslie M, Kitto S. Interprofessional collaboration and family member involvement in intensive care units: emerging themes from a multi-sited ethnography. *J Interprof Care.* 2015;29:230-7.
13. Pronovost P. Navigating adaptive challenges in quality improvement. *BMJ Qual Saf.* 2011;20:560-3.
14. Powell A, Davies H. The struggle to improve patient care in the face of professional boundaries. *Soc Sci Med.* 2012;75:807-14.
15. Schadewaldt V, McInnes E, Hiller JE, Gardner A. Views and experiences of nurse practitioners and medical practitioners with collaborative practice in primary health care an integrative review. *BMC Fam Pract.* 2013;14:132.
16. Ajeigbe DO, McNeese-Smith D, Leach LS, Phillips LR. Nurse-physician teamwork in the emergency department: impact on perceptions of job environment, autonomy, and control over practice. *J Nurs Adm.* 2013;43:142-8.
17. Muller-Juge V, Cullati S, Blondon KS, Hudelson P, Maître F, Vu NV, et al. Interprofessional collaboration between residents and nurses in general internal medicine: a qualitative study on behaviours enhancing teamwork quality. *PLoS One.* 2014;9(4):e96160.
18. Hughes B, Fitzpatrick JJ. Nurse-physician collaboration in an acute care community hospital. *J Interprof Care.* 2010;24:625-32.
19. Del Barrio M, Revete M. Evaluation of the teamwork in six intensive care units of two university hospitals. *Enferm Intensiva.* 2010;21:150-60.
20. Minamizono S, Hasegawa H, Hasunuma N, Kaneko Y, Motohashi Y, Inoue Y. Physician's Perceptions of Interprofessional Collaboration in Clinical Training Hospitals in Northeastern Japan. *J Clin Med Res.* 2013;5:350-5.
21. Tang CJ, Chan SW, Zhou WT, Liaw SY. Collaboration between hospital physicians and nurses: an integrated literature review. *Int Nurs Rev.* 2013;60:291-302.
22. Zwarenstein M, Rice K, Gotlib-Conn L, Kenaszchuk C, Reeves S. Disengaged: a qualitative study of communication and collaboration between physicians and other professions on general internal medicine wards. *BMC Health Serv Res.* 2013;13:494.
23. Matziou V, Vlahioti E, Perdikaris P, Matziou T, Megapanou E, Petros K. Physician and nursing perceptions concerning interprofessional communication and collaboration. *J Interprof Care.* 2014;28:526-33.
24. Mitchell RJ, Parker V, Giles M. When do interprofessional teams succeed? Investigating the moderating roles of team and professional identity in interprofessional effectiveness. *Human Relations.* 2011;64:1321-43.
25. Voyer BG, Reader T. The self-construal of nurses and doctors: Beliefs on interdependence and independence in the care of older people. *J Adv Nurs.* 2013;69:2696-706.
26. Dwamena F, Holmes-Rovner M, Gaulden CM, Jorgenson S, Sadigh G, Sikorskii A, et al. Lewin S, Smith RC, Coffey J, Olomu A. Interventions for providers to promote a patient-centred approach in clinical consultations. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2012;12. Art. Nº.: CD003267.