

Educación Interprofesional en Salud en el contexto neoliberal: incongruencias y desafíos

Interprofessional Health Education in the neoliberal context: inconsistencies and challenges (resumo: p. 15)

Educação interprofissional em Saúde no contexto neoliberal: incongruências e desafios (resumen: p. 15)

María Fernanda Vásquez^(a)

<mariavalencia@ufba.br> 

Mirelle Finkler^(b)

<mirelle.finkler@ufsc.br> 

Ricardo Ayala^(c)

<rayala@udla.cl> 

Marta Verdi^(d)

<marta.verdi@ufsc.br> 

^(a) Programa de Pós-graduação em Ensino, Filosofia e História das Ciências, Faculdade de Educação, Universidade Federal da Bahia. Avenida Reitor Miguel Calmon, s/n, Canela. Salvador, BA, Brasil. 40110-909.

^(b) Departamento de Odontologia, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC), Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Florianópolis, SC, Brasil.

^(c) Facultad de Salud y Ciencias Sociales, Universidad de las Américas. Santiago, Chile.

^(d) Departamento de Saúde Pública, PPGSC, UFSC. Florianópolis, SC, Brasil.

Resumen

Se trata de un artículo crítico y reflexivo que pretende discutir algunas de las incoherencias e incompatibilidades estructurales del modelo propuesto para la formación y atención en salud denominado Educación Interprofesional y Práctica Colaborativa (EIPC), en el contexto de racionalidad neoliberal de los países latinoamericanos. Se destaca cómo este modelo puede contestar dicha racionalidad, siendo relevante para la instauración de subjetividades profesionales críticas y éticas con su contexto. De esta manera se pretende contribuir a la creciente literatura sobre perspectivas críticas de la formación y el trabajo en salud.

Palabras claves: Educación interprofesional. Prácticas interdisciplinarias. Capacitación profesional. Ética. Competencia profesional.

Introducción

En la última década, la Educación Interprofesional y la Práctica Colaborativa (EIPC)¹ se ha convertido en un modelo para promover las transformaciones en los sistemas de salud a nivel mundial con el fin de mejorar la atención, la calidad de los servicios, disminuir los costos y cumplir las metas de cobertura universal². Tal modelo representa una oportunidad y una potencialidad para repensar algunas de las problemáticas estructurales vinculadas con las deficiencias de los servicios de salud, especialmente en el contexto latinoamericano.

En América Latina, aunque la adopción del modelo es todavía incipiente y está sujeto a una serie de limitaciones y desafíos, la conformación de la Red Regional de Educación Interprofesional de las Américas (REIP) ha posibilitado su socialización e implementación, articulando la cooperación entre instituciones de educación, organizaciones profesionales y ministerios. La consolidación de la red se alinea con el propósito de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que desde el 2010 ha promovido la EIPC como parte de la agenda mundial para el desarrollo de estrategias innovadoras para mitigar la crisis del personal sanitario y el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio². Por su parte la Organización Panamericana de la Salud (OPS) con su plan de acción 2018-2023 apoya, avala y estimula la creación de equipos interprofesionales en salud y las redes de servicio integradas que se orientan por la EIPC³.

En la región, al menos unos 19 países se han comprometido con el desarrollo de planes de acción orientados a incorporar la EIPC en las universidades y servicios. La identificación de desafíos y dificultades para su implementación y de facilitadores para la puesta en acción de tales planes ha sido uno de los puntos más debatidos⁴.

Son varios los estudios que se han dedicado a analizar las barreras y limitaciones para la implementación de la EIPC, identificando problemas en todos los niveles. A nivel micro, se relatan problemas intersubjetivos, entre ellos los relacionados con la socialización profesional, las relaciones entre estudiantes y profesores o entre profesionales en equipos de trabajo. A nivel organizacional, existen problemáticas de administración y gestión académica y de los servicios, incorporación de currículos integrados o de disciplinas interprofesionales, y falta de apoyo institucional para crear y mantener el trabajo colaborativo en los servicios. Además, a nivel macro se han reportado problemas de integración entre ministerios (educación, salud), el desarrollo de políticas intersectoriales, de revisión de normativas de acreditación y regulación de las profesiones, entre otros⁵⁻⁸. En algunos casos, estos obstáculos son vistos como problemas puntuales, locales, coyunturales, que una vez superados permitirían la implementación eficaz de la EIPC; en otros, como problemas que pueden ser resueltos adaptando las estrategias de enseñanza o los procesos organizacionales académicos o de prestación de servicios.

En este artículo argumentamos que esas barreras y limitaciones pueden ser analizadas no como problemas coyunturales sino como consecuencia de la consolidación de una matriz estructural relacionada con la racionalidad neoliberal en Latinoamérica desde los años 1980. Esa matriz puede explicar en parte los problemas relacionados a los sistemas de salud, en especial desde la oleada de reformas iniciadas

en la década de los 1990⁹⁻¹¹. Nuestro objetivo aquí es ofrecer una visión alternativa o heterodoxa sobre la EIPC, intentando situar algunas de sus cuestiones principales alineadas con el contexto histórico, político y social. No se tratará aquí de juzgar si la EIPC es una estrategia apropiada o no, sino de analizar críticamente algunas de las incongruencias e incompatibilidades estructurales del modelo propuesto para la formación y la atención en salud, en un contexto marcado por la racionalidad neoliberal. Se apuntará también cómo al mismo tiempo tal modelo puede constituirse en una crítica a esa racionalidad, siendo relevante para la instauración de subjetividades profesionales críticas y éticas situadas contextualmente. Entendemos que la educación y la práctica interprofesional son interdependientes la una de la otra¹² y suceden cuando dos o más profesionales aprenden unos sobre y con los otros, buscando promover el desarrollo de aptitudes para la colaboración interprofesional¹³. La práctica colaborativa interprofesional sucede en los momentos en que diversos trabajadores de la salud de diferentes formaciones ofertan juntos servicios integrales de alto nivel de calidad a los individuos, familiares y comunidades¹⁴.

Parte de las reflexiones aportadas en este artículo son derivadas de estudios y de debates realizados entre los años 2020 y 2021, en asignaturas interprofesionales e interdisciplinarias ofrecidas a estudiantes de posgraduación en salud. Los debates suscitaron cuestiones que la literatura no abarcaba y que asumimos como tarea problematizar^(e). Adicionalmente, se usó el concepto de ‘racionalidad’¹⁵, útil para el análisis de los sistemas de salud y de gobierno en su conjunto. Entendemos que los sistemas de salud no se transforman en respuesta a una única lógica, sino a múltiples racionalidades que operan simultáneamente y ejercen sus fuerzas en los distintos mecanismos que conforman el sistema, en especial en el desarrollo del saber y el poder de la experticia. La racionalidad neoliberal constituye una de esas racionalidades^(f).

El surgimiento de la EIPC y principales objetivos

En el 2010 la OMS publicó el libro “Marco para la Acción en Educación Interprofesional y Práctica Colaborativa”¹⁴, propuesto como una referencia a partir de la cual los diseñadores de políticas pueden obtener ideas para desarrollar e implementar la EIPC en cada contexto. Aunque la EIPC no es un tema del todo novedoso, pues desde fines de los años 1970 viene constituyéndose como un campo diferenciado de saber, el texto de la OMS significó un acontecimiento importante al instalar la EIPC en la agenda global para el desarrollo de políticas y programas en salud. Aunque el documento presenta a la EIPC como “una” estrategia innovadora para reducir la crisis mundial en relación con la fuerza de trabajo en salud, a lo largo del texto es posible percibir que es considerada “la” estrategia del futuro y, en consecuencia, a la que deben sumarse los países si lo que desean es fortalecer sus sistemas, mejorar los resultados y disminuir los costos en salud¹⁴.

Desde los años 1990 este modelo comienza a perfilarse y especializarse, siendo necesario un consenso conceptual, metodológico y de los enfoques para comprender, implementar y evaluar la EIPC, especialmente para distinguirla de los modelos tradicionales de formación¹². Varias discusiones se han enfocado en el propósito de este nuevo modelo de educación en salud¹⁶, en el cuándo y cómo implementarlo

^(e) Las asignaturas sobre historia, epistemología y métodos de la EIPC fueron ofrecidas como una de las actividades desarrolladas dentro del proyecto PRINT-CAPES/UFSC (2019-2024) titulado “Educação Interprofissional em Saúde: implantação de uma rede internacional para a inovação e a qualificação do ensino superior em saúde”. Adicionalmente el proyecto contempló la realización de una base de datos que recuperó información secundaria (artículos, tesis) desde 1990 sobre el tema tanto de contexto nacional como internacional.

^(f) Esa racionalidad neoliberal no se reduce a una teoría política y/o económica o a una ideología, sino que también constituye una forma de ser, una subjetividad que atraviesa las formas de relación social y la comprensión actual del mundo en diversos niveles. La racionalidad neoliberal permea no solamente la gestión e implementación de los sistemas de salud entendidos desde lo macrosocial sino también la forma concreta en que son llevados a cabo por los distintos agentes de salud, al permear también la manera en la que estos crean sus subjetividades profesionales.

(enseñanza continua, posgraduación, pregrado)¹⁷, así como en analizar el impacto real en la formación de profesionales y la calidad de los servicios¹⁸. Algunos de esos debates continúan vigentes hasta hoy¹.

El texto “Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world”, de Frenk y colaboradores, sentó las bases para una transformación a nivel formativo e institucional enfatizando en la integración, la interdependencia y la colaboración como pilares para la formación centrada en el paciente y la complejidad de la práctica. Según los autores, las formas tradicionales de formación en salud basadas en el saber disciplinar, fragmentado, centrado en intereses corporativos, descontextualizado y alejado de la realidad, debía abrir paso a procesos formativos que integren la educación y la salud, y valoricen el conocimiento entre los diversos profesionales para conocer e impactar las necesidades de salud en su contexto^{14,19}.

En ese marco de imperativa transformación, la EIPC encuentran su razón de ser, pues se define como un modelo de formación sustentable que pretende actuar sobre cuatro objetivos concretos: 1. Mejorar la atención en salud; 2. Mejorar la experiencia del paciente; 3. Mejorar la experiencia de trabajo de los proveedores de servicios/profesionales; y 4. Reducir los costos de la prestación de los servicios²⁰.

El cumplimiento de esos objetivos no depende únicamente de la iniciativa individual de docentes o profesionales, sino de una visión sistémica que implica la integración en diferentes niveles de los sistemas educativo y sanitario. D’amour y Oandasan¹² propusieron un concepto de interprofesionalidad y un marco teórico que permite entender tal integración. Según las autoras, existe una serie de factores para la educación interprofesional y la práctica colaborativa, que son decisivos para desarrollar estrategias que implementen los objetivos y principios de la EIPC. Esos factores son interdependientes y actúan a diversos niveles (micro, meso y macro) en ese gran sistema relacional entre educación-salud.

A nivel micro, son importantes los factores relativos al aprendizaje y la enseñanza, la relación entre profesores y alumnos, los procesos de socialización profesional, los contenidos curriculares y los escenarios pedagógicos. Así como los diversos procesos interaccionales que se dan en los equipos de salud, entre los profesionales y en la definición de objetivos comunes orientados a intervenir en la realidad de los pacientes. A nivel meso, los factores se concentran en los procesos administrativos y logísticos; el desarrollo de una visión institucional que involucre la EIPC, líderes y administradores comprometidos que puedan llevar a cabo cambios organizacionales, implementar nuevas iniciativas y gestionar apoyo financiero y convenios que articulen la academia, la comunidad y las políticas. Por último, entre los factores macro, se encuentran los procesos nacionales e internacionales relativos a políticas y regulaciones que puedan influenciar lo local (micro, meso)¹².

Importante para el argumento que sostiene este artículo, la EIPC no es simplemente una estrategia formativa que pueda reducirse a la aplicación de determinadas pedagogías activas o a la conformación de equipos de salud más o menos cooperativos o integrados. Como colateralidad, esta propuesta tiene el potencial de reevaluar, modificar y cuestionar una serie de asuntos que son más estructurales que coyunturales

y que, al menos en parte, pueden explicar las deficiencias de los sistemas de salud en el contexto latinoamericano. Cuestiones socialmente estructurales como la división de trabajo, el poder de mando, las diferencias salariales, modelan de manera decisiva la forma en que los sujetos se relacionan en un equipo de salud: cómo se sienten, se comunican, o se comportan y, finalmente esto influencia la manera en cómo prestan los servicios.

La permanencia y agudización de agendas neoliberales para la administración y gobernabilidad de los países y, por lo tanto, de sus sistemas de salud, impone diversos desafíos para la implementación y coherencia del modelo EIPC, principalmente en América Latina. Esto, porque el ideario neoliberal profundiza la fragmentación del sistema y las desigualdades en su acceso y, además, valoriza las racionalidades que enfatizan en la competencia entre profesionales y servicios²¹.

Los sistemas de salud latinoamericanos y la agenda neoliberal

Aunque el último informe de la OPS sobre salud en las Américas²² enfatiza positivamente en el incremento significativo en la cobertura universal en salud en la región (79%), también es cierto que tales sistemas continúan siendo inequitativos en varios niveles y deben enfrentar constantemente eventos que inciden sobre su capacidad de respuesta (p.ej. desastres naturales, reformas políticas y económicas, brotes de enfermedades, migraciones etc.)²³. En la actualidad, la pandemia de Covid-19 expuso crudamente esa realidad no solamente en cuanto a las disparidades en los niveles de riqueza, desigualdad social y falta de acceso, sino también en relación con la falta de políticas de gobernanza efectivas, integradas, intersectoriales y que faciliten la participación social, la difusión de la información y la efectiva comunicación²⁴.

Birn y colaboradores²⁵ afirman que aunque la cobertura universal en salud es uno de los pilares centrales de la agenda sanitaria mundial, en el contexto latinoamericano tal agenda no presagia la creación de sistemas integrales y universales sino su cooptación a través de sistemas privatizados o semiprivatizados, fragmentados y con fines de lucro que resultan ser insuficientes, parciales y que profundizan aún más la inequidad de los servicios. Aun en los países en los que se ha instaurado o intentado instaurar un sistema único de salud (Brasil, Bolivia, Ecuador, Venezuela) la permanencia o crecimiento del sector privado de salud garantiza un poder político para ese sector que pone en jaque la salud pública y su administración²⁶.

En el sector de la salud los efectos más importantes del neoliberalismo en la región se concentran en: 1. La privatización de los sistemas a través de la expansión del sector privado, con la compra de servicios privados por parte del Estado o el fomento a la participación de entidades privadas en la gestión de servicios; 2. La descentralización, que da autonomía a los gobiernos locales, disminuyendo la distancia entre los proveedores de salud y los usuarios, pero que también significa una menor responsabilización del Estado frente a la financiación de la salud; 3. La segmentación y fragmentación de los servicios, a través de la orientación de determinadas políticas según niveles socioeconómicos, capacidad de pago o inserción laboral y, a su vez, la falta de integración de servicios o unidades que no colaboran entre sí, y que por el contrario,

compiten por el mercado; 4. La cobertura desigual entre los países, que obedece al mayor o menor nivel de segmentación y fragmentación de los servicios, profundizando la desigualdad en el acceso y estratificando la calidad del servicio según capacidad de pago (copago)²⁷.

El neoliberalismo en salud se caracteriza además por el primado de la biomedicina como concepción dominante de la salud y su énfasis en las enfermedades y las acciones curativas; la reorientación de los servicios de salud bajo la influencia del enfoque de Nueva Gestión Pública que privilegia el criterio de eficiencia por encima del de justicia y, por último, la concepción tecnocrática del sistema de salud despolitizando las reformas y la toma de decisiones en ese sector, al considerarlas como meras cuestiones técnicas o de ajuste a necesidades del mercado²⁸.

Aunque existen diferencias en la forma como los países se adhieren o no a determinadas políticas multilaterales –en relación con las características de los sistemas de salud y respecto de los procesos históricos para la construcción y reforma de esos sistemas– también es claro que existe una serie de problemas estructurales y de desafíos compartidos, como la universalidad, la integración y la equidad, atravesados por modelos de macrogestión que permean la actual transformación global de la salud²⁹.

En cuanto a la formación en salud, la racionalidad neoliberal refuerza las viejas problemáticas de una educación médica ‘evidencialista’, con poca o ninguna reflexión sobre la realidad social. En general, se trata de un modelo de formación orientado a suministrar ‘mano de obra’ con un énfasis desproporcionado en las necesidades de la economía y que considera la educación como un bien consumible, negociable e individualizado²¹. A partir de los años 1980, proliferan en la región las escuelas privadas de medicina y la oferta de cursos especializados y posgrados en salud de alto costo, buscando sostener la demanda del mercado. Estos cursos tuvieron en común la transmisión de conocimientos teóricos, biologicistas, concentrados más en estudiar enfermedades que en promover la salud, privilegiando derechos de corporaciones profesionales en un mercado de trabajo cada vez más competitivo³⁰.

En ese contexto se hace necesario reflexionar sobre esa serie de nodos críticos relacionados con la racionalidad neoliberal y la implementación de estrategias interprofesionales. Aunque el modelo de la EIPC parece despertar un optimismo que a todas luces convence y fascina, ese optimismo tiende también a disimular las problemáticas estructurales de los sistemas de salud, principalmente en el contexto latinoamericano.

A continuación, analizamos dos aspectos que evidencian algunas de las incompatibilidades de la EIPC con el actual contexto neoliberal y las implicaciones para los profesionales en relación con la construcción de su subjetividad, la toma de decisiones y la prestación de servicios en salud.

De las incongruencias y los desafíos: emprendimiento vs colaboración

Una primera cuestión tiene que ver con la disputa que a nivel subjetivo se da entre el sujeto emprendedor, propio de la racionalidad neoliberal, y el sujeto colaborativo y solidario, propuesto por el modelo de la EIPC.

En los últimos años, varios autores^{10,11,31,32} han estudiado la manera en que la racionalidad neoliberal crea un tipo de subjetividad que se identifica con los valores y principios empresariales. Esa racionalidad tiene como característica la generalización de la competencia como norma de conducta y estilo de vida, la empresa como modelo de subjetivación y el mérito como criterio de justicia. El modelo del *self* emprendedor, entendido como “capital humano”, como una inversión, se alinea con formas de gobierno que no son necesariamente más opresoras o prohibitivas, sino que son capaces de administrar los deseos de sus ciudadanos en un ambiente de “libre elección” y de multiplicación *ad infinitum* de la oferta de servicios, bienes y productos.

Así, los Estados se convierten en coproductores de las normas de competitividad, promoviendo la maximización individual y los valores que sostienen la racionalidad neoliberal: libertad, autonomía, autorrealización. Estimular a los sujetos a que acomoden sus juicios y conductas para superar a los demás en rendimiento y acumulación de capital implica también una “producción” de emprendedores que puedan actuar en un mundo simple abierto, cambiante y flexible.

Dardot y Laval explican que la conducción de los intereses de los individuos, con posibilidades de escoger, favorece la práctica de la libertad; puede ser conveniente a todos, pero es exigida y evaluada individualmente. Los sujetos se sienten responsables por su libre elección, y por lo tanto su subjetividad está enteramente implicada en las actividades que se les exigen en tanto emprendedores¹¹.

Esa filosofía de libertad no se impone como una forma ontológica de reconocimiento propio y emancipación, sino como un imperativo que debe asegurar el desempeño, transformando las necesidades objetivas en objetivos personales, creando nuevas formas de relación basadas en el cálculo de riesgos y ganancias, enfatizando en la evaluación constante como forma de normalizar y uniformizar comportamientos.

Por el contrario, la subjetividad que promueve el modelo de la EIPC tiene la colaboración como centro para entender los procesos de comunicación y la toma de decisiones entre los profesionales, permitiendo que los conocimientos, habilidades y actitudes, individuales y comunes, influyan sinérgicamente en la atención y cuidado al paciente¹⁴.

La potencialidad de la EIPC radica en el trabajo colaborativo, en la capacidad de los sujetos de trabajar mejor cuando están juntos, de aprender juntos, y de compartir experiencias que puedan ayudarles a crear nuevas formas de cuidado y mejorar los servicios, aún si sus perspectivas no siempre concuerdan entre sí. La competitividad, que expresa la búsqueda individual por intereses propios, reflejada no solamente en una visión tradicional de la educación en salud, sino también en las disputas profesionales por el mercado laboral, colisionan con lo propuesto por la EIPC.

La creación de subjetividades profesionales crítico-reflexivas, que sean capaces de actuar conjuntamente, pero además, de crear vínculos de confianza y de respeto al interior de equipos de trabajo, son incoherentes con una racionalidad neoliberal que induce a la lógica meritocrática y competitiva desde los primeros años de carrera, pues ésta reproduce las racionalidades neoliberales individualistas en los servicios de salud. Esos conflictos éticos necesariamente se ven reflejados en la construcción del carácter del estudiante y por tanto en su identidad como sujeto profesional³³.

El modelo de la EIPC puede entenderse como una oportunidad para crear subjetividades profesionales con miradas que desafíen los modelos tradicionales y jerárquicos de poder profesional, así como los estigmas y estereotipos asociados a las profesiones. Busca reproducir un sentido de lo común y recuperar un horizonte político en que la actuación profesional y el trabajar “juntos” se entienda más allá del puro “compromiso” de los actores o de lo meramente procedimental, para configurar una matriz de intervención y de cuidado en salud ampliada e integrativa.

No obstante, la práctica profesional enfrenta la incertidumbre entre la colaboración y la competencia, en sistemas de salud que piden integralidad y trabajo colaborativo y que, muchas veces, no garantizan las mínimas condiciones materiales para que suceda. Por su parte, los sistemas sanitarios, al afianzar políticas neoliberales ‘por indicadores’, promueven la comparación y la jerarquización entre los profesionales, la fragmentación de los servicios y la desarticulación con la comunidad.

Competencias, roles y responsabilidades

En consonancia con el sujeto emprendedor, el modelo educativo por competencias³⁴ propone preparar trabajadores más aptos para el mercado laboral. Una característica importante de este modelo es su énfasis en el resultado, y no en el proceso de adquisición de las competencias. Es esencialmente positivista, pues evalúa logros a través de instrumentos y enfoques cuantitativos que consideran un conjunto de ítems relativos a conocimientos, habilidades y actitudes de los sujetos. Generalmente se reduce a la aplicación de escalas de medición, con las que se supone es posible evaluar adecuadamente un curso, actividad o individuo, ignorando los procesos de aprendizaje significativo, que requieren otro tipo de evaluación. En el contexto actual, el uso predominante de este modelo está estrechamente relacionado con la exigencia de eficiencia, desempeño y flexibilidad que es reclamada a los trabajadores¹¹.

Al responder constatemente a la presión por la eficacia, los sistemas buscan mejorar la utilización de recursos limitados, ajustando constantemente contenidos, objetivos y productos a las demandas del mundo laboral. El modelo educativo por competencias tiende a la homogenización educativa al unificar procesos de formación profesional para garantizar la transferibilidad y la polivalencia del futuro trabajador, el cual debe adaptarse a un mundo cambiante, flexible y sin fronteras³⁰. En el marco de la EIPC, el modelo de competencias comienza a ser importante a partir de la definición de las competencias interprofesionales del Panel de Expertos del IPEC³⁵.

En general, al evaluar las competencias adquiridas por estudiantes a partir de una acción formativa específica en EIPC se emplean instrumentos o herramientas cuantitativas estandarizadas, tipo cuestionarios cerrados o escalas de medición (tipo Likert)³⁶ para numerizar percepciones³⁷, autoeficacia³⁸ y autoevaluación³⁹. Frecuentemente, la unidad de análisis para la evaluación de competencias es el alumno individual, dejando de lado las experiencias compartidas de aprendizaje⁴⁰. En ese sentido, nos preguntamos si el modelo de competencias pensado actualmente en el marco de la EIPC permitirá entender el proceso de formación en salud más allá de la

adquisición de conocimientos individuales a corto plazo y, hasta qué punto este se diferenciará de la educación tradicional o uniprofesional.

Algunos autores^{6,41} han planteado que la EIPC puede contribuir con la racionalidad neoliberal al aumentar procesos de desregulación ocupacional, a través de la estimulación de competencias compartidas y transversales entre las profesiones, posibilitando una fuerza de trabajo especializada y flexible que comparte tareas y responsabilidades más allá de los límites profesionales. Esta situación podría a su vez intensificar la carga laboral y acentuar la desprofesionalización, al suprimir puestos de trabajo y aumentar el sufrimiento moral en el intento de asegurar la empleabilidad en ambientes altamente competitivos o de asumir tareas que no son de su estricta competencia, así como la intensificación de la jornada de trabajo y el aumento de responsabilidades sin gratificación salarial⁴².

Los estudios que han analizado las barreras y limitaciones de los roles profesionales en estrategias EIPC, su complejidad y matices prácticos, examinan cómo se co-construyen y renegocian los roles (mono)profesionales en los equipos interprofesionales. Aquí, muchas de las barreras se presentan en la práctica, especialmente unidas a controversias sobre la reorganización de la división del trabajo, las atribuciones profesionales y la necesidad de evitar la repetición de tareas en servicios altamente fragmentados⁴³. Por otro lado, también evidencian que los límites entre las profesiones en un equipo no solo moldean las interacciones, sino también la asignación formal de responsabilidades. Paradójicamente, los entornos interprofesionales, si no se los implementa adecuadamente, pueden amplificar la demarcación de fronteras y la segregación entre profesionales, sumado a que la superposición de competencias podría confundir los roles y generar mayor tensión y confusión⁶. En ese sentido, la ampliación de responsabilidades puede ser útil para la formación de un equipo flexible y receptivo a la demanda de los usuarios. Pero, por otro lado, puede constituirse en una amenaza percibida, especialmente bajo la presión de sistemas que procuran la eficacia al menor costo posible.

Tampoco puede desconocerse que el marco institucional de formación y de ejercicio profesional influye directamente en la lógica de trabajo interprofesional y por eso no es suficiente que los sujetos de manera individual desarrollen competencias comunes si continúan anclados a sistemas educativos que privilegian la formación uniprofesional o a servicios de salud fragmentados y competitivos que desalientan la colaboración.

En síntesis, el modelo de competencias es una forma más de subjetivación que encuadra la comprensión de ciertos fenómenos dentro de una taxonomía que define cómo actuar y configura una identidad profesional prescriptiva, enfocada en el resultado. Con esto en mente, se puede tensionar el que los profesionales de salud sean solo ejecutores de políticas y estimular que se conviertan en agentes de transformación social. Transitar por la lógica de la colaboración, la integralidad y el trabajo en equipo, como propone la EIPC, implica contestar la racionalidad neoliberal, sus formas de subjetivación y sus mecanismos de poder. De lo contrario, se convertirá en un término vacío que, en vez de abrir nuevos horizontes de comprensión, termine por exacerbar los problemas que pretende solucionar.

Consideraciones finales

Claramente, la colaboración, la interdependencia, la integralidad de servicios y el trabajo interprofesional hacen parte de un modelo que se considera apropiado para abordar las problemáticas actuales de salud, en comparación con un modelo centrado en el individualismo, la competencia, el corporativismo y la fragmentación. No obstante, por más deseable que esto sea, no puede pensarse por fuera de un contexto y de unas condiciones materiales de existencia. En el caso de Latinoamérica, las reformas neoliberales, como la acomodación del ajuste fiscal, el desmantelamiento de los derechos de los trabajadores, la lógica corporativista en la gestión de servicios en salud y la imposición del trabajo flexible, evidencian las limitaciones, las contradicciones y los desafíos con los cuales se ve confrontado el modelo de EIPC.

Los equipos colaborativos e interprofesionales se enfrentan a una alta rotatividad y flexibilidad laboral, en sistemas sometidos a la constante reducción de gastos, lo que dificulta que puedan mantenerse en el tiempo equipos de trabajo integrados, especialmente en áreas en que los salarios son bajos y el trabajo es excesivo, o allí donde no se han creado espacios de reflexión compartida, sobre todo acerca de las cuestiones estructurales.

La necesidad de integralidad de los servicios implica nuevas formas de trabajar, nuevas formas de hacer frente a la complejidad de la salud. Entre los obstáculos a las propuestas de integralidad en las prácticas y políticas de salud, se destacan el modelo teórico-conceptual de la biomedicina, con énfasis en los aspectos biológicos; como también la perspectiva fragmentada y fragmentadora, la jerarquización de saberes y las políticas sectoriales, que no atienden a la complejidad y multidimensionalidad del cuidado en salud. Ante tal multidimensionalidad, atenuar tales obstáculos admite también un trabajo en múltiples frentes.

A nivel micro, los profesionales se encuentran en una encrucijada de discursos y retóricas sin correlato en la práctica, lo que dificulta la comprensión del trabajo interprofesional. Lo principal en esto es la figura del profesional resultante de la maquinaria neoliberal, individualista y competitivo, pero al mismo tiempo presionado para ser colaborativo, integral e interdependiente⁴⁴. A nivel institucional, la lógica de las competencias refuerza esa subjetividad no solo en relación con la obtención de indicadores educativos, sino también en el ámbito de los servicios sanitarios constantemente presionados por mostrar una gestión eficiente.

En ese sentido, es preciso analizar de manera crítica la propuesta del modelo de EIPC, intentando entender su potencialidad epistémica y ontológica para repensarnos como sujetos situados, reflexivos, críticos, como sujetos de transformación, pero al mismo tiempo como sujetos pragmáticos y realistas situados en un escenario que es colectivo, compartido, solidario, común. Un espacio que demanda transformaciones individuales, pero sobre todo cambios estructurales en la forma en cómo nos relacionamos socialmente y construimos proyectos conjuntos como sociedad.

Al mismo tiempo, es necesario entender de qué forma este modelo también puede colaborar y exacerbar una racionalidad neoliberal centrada en el imperativo de la flexibilidad de la fuerza laboral y en la creación de sujetos competitivos para el mercado.

La EIPC constituye un escenario lleno de oportunidades que ofrece nuevos espacios y racionalidades para pensar las problemáticas estructurales que atraviesan la salud, como las diversas desigualdades sociales en que se vive. De este modo, no puede reducirse simplistamente a la aplicación acrítica de modelos de inspiración capitalista o a la apropiación de currículos y estrategias descontextualizadas de nuestra propia ética social.

Contribución de los autores

Todos los autores participaron activamente en todas las etapas de la preparación del manuscrito.

Financiamiento

Trabajo realizado con apoyo de la Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (Capes) – Código de Financiamento 001 (Beca Joven Talento Extranjero – CAPES/PRIN/UFSC).

Agradecimientos

Parte de las discusiones elaboradoras en este artículo fueron posibles gracias a la participación y discusión activa de las y los estudiantes del programa de posgrado (maestría y doctorado) en salud colectiva de la Universidade Federal de Santa Catarina, quienes asistieron a las materias dictadas en el marco de desarrollo del proyecto PRINT/CAPES/UFSC (2019-2024) titulado “Educação Interprofissional em Saúde: implantação de uma rede internacional para a inovação e a qualificação do ensino superior em saúde”.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Derechos de autor

Este artículo está bajo la Licencia Internacional Creative Commons 4.0, tipo BY (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.es>).



Editora

Roseli Esquerdo Lopes

Editor asociado

Pedro José Santos Carneiro Cruz

Presentado el

23/01/23

Aprobado el

05/04/23

Bibliografía

1. Khalili H, Thistlethwaite J, El-Awaisi A, Pfeifle A, Freire Filho JR, Gilbert J, et al. Orientação sobre pesquisa global em educação interprofissional e prática colaborativa: documento de trabalho [Internet]. Groningen: Interprofessional Research Global, Interprofessional Global; 2019 [citado 21 Nov 2022]. Disponible en: https://interprofessional.global/wp-content/uploads/2019/10/Orienta%C3%A7%C3%A3o-sobre-pesquisa-global-em-educa%C3%A7%C3%A3o-interprofissional-e-pr%C3%A1tica-colaborativa-Documento-de-trabalho_FINAL-WEB.pdf
2. World Health Organization. Framework for action on interprofessional education and collaborative practice. Geneva: WHO Press; 2010.
3. Silva FAM, Cassiani SHB, Freire Filho JR. Interprofessional health education in the region of the Americas. *Rev Latinoam Enferm*. 2018; 26:e3013.
4. Organización Panamericana de Salud. La educación interprofesional en la atención de salud: mejorar la capacidad de los recursos humanos para lograr la salud universal [Internet]. Bogotá: OPAS; 2017 [citado 21 Nov 2022]. Disponible en: <https://www.educacioninterprofesional.org/es/educacion-interprofesional-en-salud-eip>
5. Lima VV, Ribeiro ECO, Padilha RQ, Mourthé CA Jr. Desafios na educação de profissionais de saúde: uma abordagem interdisciplinar e interprofissional. *Interface (Botucatu)*. 2018; 22 Supl 2:1549-62. doi: 10.1590/1807-57622017.0722.
6. Hall P. Interprofessional teamwork: professional cultures as barriers. *J Interprof Care*. 2005; 19 Suppl 1:188-96.
7. Meleis AI. Interprofessional education: a summary of reports and barriers to recommendations. *J Nurs Scholarsh*. 2016; 48(1):106-12.
8. Lawlis TR, Anson J, Greenfield D. Barriers and enablers that influence sustainable interprofessional education: a literature review. *J Interprof Care*. 2014; 28(4):305-10.
9. Hartmann C. Postneoliberal public health care reforms: neoliberalism, social medicine, and persistent health inequalities in Latin America. *Am J Public Health*. 2016; 106(12):2145-51.
10. Ayo N. Understanding health promotion in a neoliberal climate and the making of health conscious citizens. *Crit Public Health*. 2012; 22(1):99-105.
11. Dardot P, Laval C. *A nova razão do mundo: ensaio sobre a sociedade neoliberal*. São Paulo: Boitempo; 2016.
12. D'Amour D, Oandasan I. Interprofessionality as the field of interprofessional practice and interprofessional education: an emerging concept. *J Interprof Care*. 2005; 19 Suppl 1:8-20.
13. Reeves S. Ideas for the development of the interprofessional education and practice field: an update. *J Interprof Care*. 2016; 30(4):405-7. doi: 10.1080/13561820.2016.1197735.
14. Organización Mundial de Salud. Marco para ação em educação interprofissional e prática colaborativa [Internet]. Geneva: OMS; 2010 [citado 13 Oct 2022]. Disponible en: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/dahu/pnsp/publicacoes/marco-para-acao-em-educacao-interprofissional-e-pratica-colaborativa-oms.pdf/view>
15. Rose N, Miller P. Political power beyond the state: problematics of government. *Br J Sociol*. 2010; 61 Suppl 1:271-303.



16. Reeves S. Porque precisamos da educação interprofissional para um cuidado efetivo e seguro. *Interface (Botucatu)*. 2016; 20(56):185-96. doi: 10.1590/1807-57622014.0092.
17. Thistlethwaite J. Interprofessional education: a review of context, learning and the research agenda. *Med Educ*. 2012; 46(1):58-70.
18. Reeves S, Zwarenstein M, Goldman J, Barr H, Freeth D, Hammick M, et al. Interprofessional education: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008; 23(1):CD002213.
19. Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, Cohen J, Crisp N, Evans T, et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet*. 2010; 376(9756):1923-58.
20. Bachynsky N. Implications for policy: the triple aim, quadruple aim, and interprofessional collaboration. *Nurs Forum*. 2020; 55(1):54-64. doi: 10.1111/nuf.12382.
21. Albuquerque VS, Giffin KM. Globalização capitalista e formação profissional em saúde: uma agenda necessária ao ensino superior. *Trab Educ Saude*. 2008; 6(3):519-38.
22. Organización Mundial de Salud. Salud en las Américas+Resumen: panorama regional y perfiles de país [Internet]. Washington: OMS/OPS; 2017 [citado 18 Ene 2023]. Disponible en: <https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/wp-content/uploads/2017/09/Print-Version-Spanish.pdf>
23. Organización Mundial de Salud. Informe anual del director de la oficina sanitaria panamericana. Salvar vidas y mejorar la salud y el bienestar. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 2020.
24. Giovanella L, Vega R, Tejerina-Silva H, Acosta-Ramirez N, Parada-Lezcano M, Ríos G, et al. ¿Es la atención primaria de salud integral parte de la respuesta a la pandemia de Covid-19 en Latinoamérica? *Trab Educ Saude*. 2021; 19:e00310142.
25. Birn AE, Nervi L, Siqueira E. Neoliberalism redux: the global health policy agenda and the politics of cooptation in Latin America and beyond. *Dev Change*. 2016; 47(4):734-59.
26. Laurell AC. Contradicciones en salud: sobre acumulación y legitimidad en los gobiernos neoliberales y sociales de derecho en América Latina. *Saude Debate*. 2014; 38(103):853-71.
27. Göttems LBD, Mollo MLR. Neoliberalismo na América Latina: efeitos nas reformas dos sistemas de saúde. *Rev Saude Publica*. 2020; 54(74):1-11.
28. Molina C, Tobar F. ¿Qué significa Neoliberalismo en salud? *Soc Hum*. 2018; 12(12):65-73.
29. Giovanella L, Feo O, Faria M, Tobar S, organizadores. Sistemas de salud en Suramérica: desafíos para la universalidad, la integralidad y la equidad [Internet]. Rio de Janeiro: ISAGS; 2012 [citado 7 Sep 2022]. Disponible en: [http://www.isags-unasur.org/uploads/biblioteca/2/bb\[8\]ling\[2\]anx\[9\].pdf](http://www.isags-unasur.org/uploads/biblioteca/2/bb[8]ling[2]anx[9].pdf)
30. Feo O. Neoliberal policies and their impact on public health education: observations on the venezuelan experience. *Soc Med*. 2008; 3(4):223-31.
31. Bröckling U. El self emprendedor: sociología de una forma de subjetivación. Santiago de Chile: Editorial Universidad Alberto Hurtado; 2015.
32. Foucault M. Nascimento da biopolítica. São Paulo: Martins Fontes; 2008.



33. Finkler M, Verdi MIM, Caetano JC, Ramos FRS. Formação profissional ética: um compromisso a partir das diretrizes curriculares? *Trab Educ Saude*. 2010; 8(3):449-62.
34. Comisión Europea. Dirección General de Educación y Cultura. Competencias clave para un aprendizaje a lo largo de la vida. Un marco de referencia europeo [Internet]. Bruselas: Comisión Europea; 2004 [citado 22 Ene 2023]. Disponible en: http://www.educastur.princast.es/info/calidad/indicadores/doc/comision_europea.pdf
35. Interprofessional Education Collaborative. Core competencies for interprofessional collaborative practice: 2016 update [Internet]. Washington: IPEC; 2016 [citado 15 Sep 2022]. Disponible en: <https://ipec.memberclicks.net/assets/2016-Update.pdf>
36. Martín Rodríguez LS, González Pascual JL. Evaluación del alumno. In: Beunza Nuin JJ, Icarán Francisco E. *Manual de educación interprofesional sanitaria*. Barcelona: Elsevier; 2018. Cap. 5, p. 31-43.
37. Mink J, Mitzkat A, Krug K, Mihajevic A, Trierweiler-Hauke B, Götsch B, et al. Impact of an interprofessional training ward on interprofessional competencies: a quantitative longitudinal study. *J Interprof Care*. 2020; 35(5):751-9. doi: 10.1080/13561820.2020.1802240.
38. Kottorp A, Keehn M, Hasnain M, Gruss V, Peterson E. Instrument refinement for measuring self-efficacy for competence in interprofessional collaborative practice: development and psychometric analysis of IPECC-SET 27 and IPECC-SET 9. *J Interprof Care*. 2019; 33(1):47-56. doi: 10.1080/13561820.2018.1513916.
39. Lockeman KS, Dow AW, Randell AL. Validity evidence and use of the IPEC competency self-assessment, version 3. *J Interprof Care*. 2021; 35(1):107-13. doi: 10.1080/13561820.2019.1699037.
40. Reeves S. The rise and rise of interprofessional competence. *J Interprof Care*. 2012; 26(4):253-5.
41. Webb D. Competencies, contracts and cadres: common themes in the social control of nurse and social work education. *J Interprof Care*. 1992; 6(3):223-30.
42. Ayala RA, Pariseau-Legault P. Enfermería de práctica avanzada: praxis, políticas y profesión. *Rev Gerenc Polit Salud*. 2021; 20:1-21.
43. MacNaughton K, Chreim S, Bourgeault IL. Role construction and boundaries in interprofessional primary health care teams: a qualitative study. *BMC Health Serv Res*. 2013; 13:486. doi: 10.1186/1472-6963-13-486.
44. Muñoz Arce G, Madrigal Calderón J. Trabajo interprofesional en Chile: neoliberalismo y la producción de subjetividades profesionales críticas. *Int*. 2018; 8(2):4-22. doi: 10.53689/int.v8i2.58.



Abstract

This article addresses the new approach to training and healthcare work referred to as Interprofessional Education and Collaborative Practice (IECP). It focuses on some of the inconsistencies and structural incompatibilities of the model with the broader context of neoliberal rationality, with an emphasis on Latin-American countries. We suggest that IECP can contest such rationality and, in fact, develop a critical professional ethic. With that we intend to contribute to the growing literature on critical perspectives about training and working in health.

Keywords: Interprofessional education. Interdisciplinary placement. Professional training. Ethics. Professional competence.

Resumo

Trata-se de um artigo crítico e reflexivo que pretende discutir algumas das incoerências e incompatibilidades estruturais do modelo proposto para a formação e atenção em saúde denominado Educação Interprofissional e Prática Colaborativa (EIPC), no contexto de racionalidade neoliberal dos países latino-americanos. Destaca-se que este modelo pode contestar tal racionalidade, sendo relevante para a instauração de subjetividades profissionais críticas e éticas com seu contexto. Desta maneira, pretende-se contribuir com a crescente literatura sobre perspectivas críticas sobre a formação e o trabalho em saúde.

Palavras-chaves: Educação interprofissional. Aprendizado colaborativo. Formação profissional. Ética. Competência profissional.