



UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

GRADO DE ENFERMERÍA

**ANÁLISIS DE LA COLABORACIÓN
INTERPROFESIONAL EN EL ÁMBITO
SANITARIO: REVISIÓN NARRATIVA
DEL BINOMIO ENFERMERA-MÉDICO**

**Analysis of Interprofessional Collaboration in the
Healthcare Field: Narrative Review of the Nurse-
Physician Dyad**

TRABAJO FIN DE GRADO

CURSO: 2024 – 2025

Alumna: Andrea Moreno Resino

Tutor: Pablo Meseguer Gancedo

ÍNDICE

Página de abreviaturas	5
Resumen y palabras clave	6
Abstract and keywords	5
1. Introducción	7
2. Metodología	11
3. Resultados	13
3.1. Concepto de colaboración interprofesional	14
3.2. Factores determinantes de la colaboración interprofesional	17
3.3. Beneficios de la colaboración interprofesional en el ámbito sanitario	21
3.4. Percepción de los profesionales sanitarios y pacientes sobre la colaboración interprofesional	23
3.5. Desafíos y retos en la implementación de la colaboración interprofesional	26
3.6. Estrategias para mejorar la colaboración interprofesional: formación e intervenciones	29
4. Discusión	34
5. Conclusión	36
Bibliografía	38
Anexos	42
<u>Anexo 1</u> : Estrategia de búsqueda y selección de artículos	42
<u>Anexo 2</u> : Información sobre los artículos incluidos en la revisión bibliográfica.....	43
<u>Anexo 3</u> : Beneficios de aspecto clínico, colaborativo y comunicativo mostrados en la revisión sistemática propuesta por Reeves et al.....	48

ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS

Figura 1: Diagrama de flujo	13
Figura 2: Esquema representativo de las dimensiones propuestas en el modelo teórico presentado por Reeves, S. et al.	16
Tabla 1: Resultados revisados de los factores facilitadores de la práctica de colaboración interprofesional.....	18
Figura 3: Respuesta de los profesionales sanitarios a través de encuestas.....	25
Tabla 2: Resultados revisados de los beneficios obtenidos tras la implementación de la educación interprofesional.....	29
Figura 4: Diagrama de los distintos niveles de factores que condicionan una educación interprofesional exitosa.....	31
Figura 5: Marco conceptual sobre los fundamentos de la práctica de colaboración interprofesional.....	37

PÁGINA DE ABREVIATURAS

SNS: Sistema Nacional de Salud

PCI: Práctica de colaboración interprofesional

OMS: Organización Mundial de la Salud

CIO: Colaboración interorganizacional

iCI: Intensidad de colaboración interprofesional

EIP: Educación interprofesional

AC: Aprendizaje colaborativo

RESUMEN Y PALABRAS CLAVE

INTRODUCCIÓN: El interés por comprender y promover la colaboración interprofesional surge de una motivación tanto académica como personal. Antes de abordar las dinámicas actuales de dicha colaboración, resulta fundamental comprender la evolución histórica de las relaciones entre médicos y enfermeras. Con este propósito, el objetivo principal de este trabajo es desarrollar una aproximación teórica y conceptual que facilite la comprensión de la colaboración interprofesional en el contexto sanitario actual.

METODOLOGÍA: Se ha llevado a cabo una revisión narrativa de la literatura mediante búsquedas en bases de datos como PubMed, Dialnet y Scopus. Los términos empleados han sido: "colaboración interprofesional", "relación interprofesional", "relación médico-enfermera", "colaboración médico-enfermera", "intervención", "estrategia" y "educación interprofesional".

RESULTADOS: Los resultados obtenidos permiten identificar diferentes marcos teóricos, factores que condicionan la colaboración, beneficios derivados de la misma, percepciones de los profesionales, desafíos pendientes y estrategias de mejora.

DISCUSIÓN: Se observa que, aunque la colaboración interprofesional es reconocida como clave para la calidad asistencial, su implementación real enfrenta barreras estructurales, formativas y culturales. Se destaca la necesidad de protocolos, formación conjunta y metodologías cualitativas que aborden la complejidad de las relaciones profesionales.

CONCLUSIONES: Este trabajo evidencia que la colaboración interprofesional es un proceso complejo, que se ve dificultado por dinámicas jerárquicas y falta de herramientas prácticas. Se subraya la necesidad de seguir investigando, especialmente desde perspectivas cualitativas e inclusivas, que integren a todos los profesionales implicados en la atención sanitaria.

PALABRAS CLAVE: colaboración interprofesional, trabajo en equipo, relación médico-enfermera, educación interprofesional.

ABSTRACT AND KEYWORDS

INTRODUCTION: The interest in understanding and promoting interprofessional collaboration arises from both an academic and personal motivation. Before addressing the current dynamics of such collaboration, it is essential to understand the historical evolution of the relationships between physicians and nurses. With this in mind, the main objective of this study is to develop a theoretical and conceptual framework that facilitates a deeper understanding of interprofessional collaboration within the current healthcare context.

METHODOLOGY: A narrative literature review was conducted through searches in databases such as PubMed, Dialnet, and Scopus. The terms used were: "interprofessional collaboration," "interprofessional relationship," "doctor-nurse relationship," "doctor-nurse collaboration," "intervention," "strategy," and "interprofessional education."

RESULTS: The results obtained allow for the identification of various theoretical frameworks, factors influencing collaboration, associated benefits, professionals' perceptions, existing challenges, and improvement strategies.

DISCUSSION: It is observed that, although interprofessional collaboration is widely recognized as key to the quality of care, its actual implementation faces structural, educational, and cultural barriers. The need for protocols, joint training, and qualitative methodologies that address the complexity of professional relationships is emphasized.

CONCLUSIONS: This study highlights that interprofessional collaboration is a complex process, hindered by hierarchical dynamics and a lack of practical tools. It emphasizes the need for continued research, particularly from qualitative and inclusive perspectives that involve all professionals engaged in healthcare delivery.

KEYWORDS: interprofessional collaboration, teamwork, doctor-nurse relationship; and interprofessional education.

1. INTRODUCCIÓN

La elección de centrar mi Trabajo de Fin de Grado en la colaboración interprofesional responde a una motivación tanto personal como académica. Durante mis prácticas clínicas, he podido observar cómo la falta de colaboración entre profesionales sanitarios repercute negativamente en la calidad asistencial. Estas experiencias han despertado en mí el interés por comprender las causas de esta problemática y explorar posibles soluciones.

Además, considero que durante mi formación académica no he adquirido suficientes herramientas para gestionar eficazmente la colaboración interprofesional, lo cual refuerza mi motivación por profundizar en este tema. Esta carencia formativa adquiere mayor relevancia en el contexto de los nuevos desafíos de la enfermera, como la implementación de la prescripción enfermera o la consolidación del rol de la enfermera de práctica avanzada.

Desde esta perspectiva, el presente trabajo no solo pretende responder a una inquietud académica, sino también ofrecer una mirada crítica y reflexiva sobre la fragmentación del trabajo en equipo en el entorno clínico. A través de este análisis, pretendo contribuir a una comprensión más profunda de la necesidad de fortalecer la colaboración interprofesional como un elemento clave para mejorar la atención sanitaria.

Por otro lado, este trabajo se centrará específicamente en la colaboración interprofesional entre médicos y enfermeras^a. Aunque la atención sanitaria involucra diversos profesionales, la interacción entre médicos y enfermeras es más frecuente y constituye un componente esencial en la atención de todo tipo de paciente. Este enfoque permitirá profundizar en la perspectiva enfermera respecto a la colaboración interprofesional. De este modo, se podrán revisar estrategias concretas y realistas que resulten aplicables en mi futura práctica profesional. Además, incluir otras profesiones en el análisis dificultaría el desarrollo de una revisión profunda y rigurosa dentro de los límites establecidos para el Trabajo de Fin de Grado.

Resulta interesante revisar textos de hace medio siglo que exponen la realidad de las relaciones interprofesionales en la época. Por ejemplo, Stein propone, mediante su metáfora del “juego entre médico y enfermera”, una representación de la relación entre ambos¹. Los hechos que se relatan en su texto describen actitudes que, según mi experiencia, aún persisten en la práctica actual, aunque con dinámicas y roles más evolucionados. Stein describe el papel pasivo que históricamente se ha atribuido a la enfermera, la cual aporta recomendaciones que no deben ser

^a Con el objetivo de mantener la coherencia terminológica, se ha optado por utilizar el término médico en masculino y enfermera en femenino. Esta elección responde a convenciones lingüísticas ampliamente establecidas en el ámbito sanitario y no pretende en modo alguno excluir o invisibilizar la presencia de mujeres en la medicina ni de hombres en la enfermería.

percibidas como tales. Asimismo, señala cómo el médico puede solicitar ayuda de enfermeras sin evidenciar una necesidad explícita de dicha colaboración.

Históricamente, el equipo sanitario se ha organizado según una pirámide jerárquica, en cuya cúspide se ha situado la figura del médico. Esta figura ha pasado, a lo largo del tiempo, por diferentes roles: religioso, artesanal, asesor, entre otras². Esta evolución ha estado condicionada por significativas revoluciones sociales, lo que evidencia la estrecha relación que presentan los roles profesionales con la sociedad. La socióloga Kaufmann expone en sus escritos el origen de los roles profesionales sanitarios³. El médico ha sido tradicionalmente percibido como una figura de autoridad, ejerciendo su labor de forma autónoma, sin depender de otros profesionales. Esta posición le otorga una imagen de omnipotencia debido a su capacidad para tomar decisiones vitales sobre los pacientes. Kaufmann afirma que esta autoridad está sobrevalorada, lo que genera la consecuente infravaloración de los demás profesionales sanitarios.

Las “reglas del juego”, propuestas por Stein¹, buscan preservar la jerarquía profesional en la relación entre médicos y enfermeras, lo que resulta en una colaboración ineficaz. Esta estructura descrita por Stein muestra una clara desigualdad de poder que no solo afecta a la calidad de la atención, sino que también limita la autonomía de la enfermera. Por otro lado, Kaufmann expone que los orígenes de la enfermería como profesión se remontan a los primeros cuidados de salud en la historia³. Sin embargo, la enfermería tal y como la conocemos hoy, comenzó a consolidarse en el siglo XIX, especialmente durante la Guerra de Crimea, gracias a la labor de Florence Nightingale. A pesar de estos avances, la enfermería ha mantenido una relación simbólica con la religión cristiana, asociándose con una figura materna y el rol tradicional de la mujer, lo cual ha supuesto estar expuesta a diversas formas de discriminación de género. No es casualidad que los movimientos por el reconocimiento profesional de la enfermería hayan estado estrechamente vinculados con los movimientos feministas.

En relación a la profesionalización de la enfermería, esta ha constituido una lucha constante en las últimas décadas, cuyos resultados han sido limitados en comparación con otras profesiones. Para definir adecuadamente la enfermería como una profesión, se requiere una reflexión y aceptación interna por parte del colectivo enfermero. Una vez alcanzada esta validación propia, es necesario trasladar a la sociedad la importancia de un cambio en el sistema sanitario, promoviendo una valoración equitativa de todas las profesiones involucradas y superando las relaciones jerárquicas. Estos conflictos, tanto profesionales como interprofesionales y sociales, obstaculizan la colaboración interprofesional efectiva y dificultan la aceptación plena de los distintos roles.

En cuanto al papel de la enfermería, la necesidad de incorporar su labor en la práctica habitual se ha intensificado tras la transición epidemiológica que ha experimentado España desde finales del siglo XIX hasta la actualidad. Esta transformación ha modificado el concepto de envejecimiento y sus implicaciones. El envejecimiento conlleva una disminución de la capacidad

funcional, lo que incrementa la vulnerabilidad de las personas. Los pacientes con enfermedades crónicas o limitaciones funcionales podrían estar padeciendo las consecuencias de un Sistema Nacional de Salud (SNS) que no ha evolucionado al mismo ritmo que la población y carece de una práctica de colaboración interprofesional (PCI). Estos pacientes requieren un seguimiento y cuidados multidisciplinares, en los que el rol de la enfermería resulta fundamental para el abordaje integral de la cronicidad.

Según el Ministerio de Sanidad⁴, la coordinación asistencial se define como la articulación de todos los servicios relacionados con la atención a la salud, independientemente del lugar en el que se reciban, de manera que actúen de forma sincronizada para alcanzar un objetivo común sin generar conflictos. La PCI se establece como un requisito en la Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el SNS⁴. Además, se plantea como requisito fundamental la comunicación adecuada entre los distintos profesionales sanitarios, con el fin de proporcionar una atención integral que cubra todas las necesidades del paciente sin obstaculizar su proceso de salud.

Asimismo, la PCI cuenta con respaldo tanto en el ámbito legislativo como en el deontológico. En el ámbito normativo, se exige el trabajo en equipo entre profesionales sanitarios, tal como establece la Ley General de Sanidad 14/1986⁵. Del mismo modo, la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias 44/2003 define la atención integral como una relación interdisciplinar, basada en la puesta en común de objetivos y aceptación de las aportaciones de todos los miembros del equipo⁶. En relación con los códigos deontológicos, el artículo 49 del Código Deontológico de Medicina, actualizado en 2022, manifiesta la necesidad del trabajo en equipo y las responsabilidades derivadas del mismo⁷. Por su parte, el capítulo 10 del Código Deontológico de Enfermería⁸, cuya última actualización data de 1998, también recoge artículos que promueven la colaboración respetuosa entre profesionales. Además, estas normativas recogen limitaciones de tareas como la prescripción farmacológica, con el objetivo de facilitar una actuación sinérgica de los equipos sanitarios. Dichas limitaciones deben entenderse como una garantía de seguridad tanto para los profesionales como para los pacientes. En el contexto de un equipo interdisciplinario, su principal propósito es prevenir conflictos de roles y asegurar una mayor eficiencia en la prestación de los cuidados. No obstante, a pesar de que estas limitaciones faciliten la repartición de tareas, existen funciones como la educación sanitaria, que pueden ser desempeñadas por varios miembros del equipo. Esto genera que haya ocasiones en las que no se realice dicha intervención por ausencia de comunicación entre los profesionales.

Tras justificar la elección del Trabajo de Fin de Grado y presentar un marco teórico sobre la importancia de la PCI, se proponen los siguientes objetivos:

Objetivo principal: desarrollar una aproximación teórica y conceptual que facilite la comprensión de la colaboración interprofesional en el contexto sanitario actual.

Objetivos secundarios:

- Definir el concepto de colaboración interprofesional en el contexto sanitario.
- Identificar y analizar los factores condicionantes que influyen en la efectividad de la colaboración interprofesional.
- Explorar los beneficios que una colaboración interprofesional aporta tanto a nivel asistencial como personal.
- Examinar las diferentes perspectivas que tienen los profesionales sanitarios sobre la colaboración interprofesional existente en la práctica real.
- Proponer estrategias basadas en la evidencia para fomentar y mejorar la colaboración interprofesional en los equipos de trabajo.

2. METODOLOGÍA

Este trabajo se enmarca dentro de una revisión bibliográfica narrativa realizada mediante un proceso metódico que incluye la formulación de objetivos, la búsqueda, análisis y síntesis de literatura relevante. Esta metodología ofrece una visión actualizada sobre la PCI y permite detectar vacíos de conocimiento que orienten futuras investigaciones. Seguidamente, se detalla la metodología empleada.

2.1. Identificación de las preguntas de investigación

Se formularon preguntas de investigación con el fin de orientar y facilitar la búsqueda y síntesis de la información recopilada. Las preguntas de investigación son las siguientes:

1. ¿Cómo se define una colaboración interprofesional sanitaria eficaz?
2. ¿Cuáles son los factores que dificultan y facilitan alcanzar una colaboración interprofesional sanitaria eficaz?
3. ¿Cómo perciben los profesionales de la salud la colaboración interprofesional existente en la actualidad?
4. ¿Cuáles son las intervenciones actuales que se están llevando a cabo para alcanzar una colaboración interprofesional sanitaria eficaz?
5. ¿Qué papel juega la educación interprofesional en la mejora de la colaboración entre profesionales de diferentes disciplinas?

2.2. Estrategia de búsqueda

Para la búsqueda de información se han empleado diferentes bases de datos científicas de prestigio como Pubmed, Dialnet y Scopus, lo que permitió dotar a la revisión de un enfoque tanto enfermero como humanístico.

En segundo lugar, se diseñaron combinaciones de palabras clave que permitieran localizar artículos específicos. Se incluyeron los términos “*interprofessional collaboration*” e “*interprofessional relations*”, ya que ambos se utilizan de forma indistinta en la literatura para abordar la temática principal. Asimismo, se introdujo la palabra “*nurse*” con el fin de centrar la búsqueda en la figura de la enfermera. Dado que el enfoque del estudio se centra en la relación médico-enfermera, también se seleccionaron las expresiones “*physician-nurse relations*” y “*physician-nurse collaboration*”. Por otro lado, para dar respuesta a la pregunta de investigación relativa a las estrategias que mejoran la PCI, se añadieron términos como “*interventions*”, “*strategy*”, “*education*” e “*interprofessional education*”. Los conceptos de “*interventions*” y “*strategy*” hacen referencia a acciones concretas implementadas en la práctica clínica diaria.

Las combinaciones se crearon con palabras clave unidas por operadores booleanos (AND, OR, NOT), permitiendo refinar la búsqueda. Estas han sido empleadas en cada base de datos, lo que

permitió que la búsqueda bibliográfica fuera lo más sistemática posible. Las combinaciones empleadas son las siguientes:

- "interprofessional collaboration" **OR** "interprofessional relations" **AND** "nurse"
- "physician-nurse relations" **OR** "physician-nurse collaboration"
- ("interprofessional collaboration" **AND** ("interventions" **OR** "strategy")) **AND NOT** "education"
- "interprofessional collaboration" **AND** "interprofessional education"

Al realizar estas combinaciones se tuvieron en cuenta las diferentes denominaciones que adopta el concepto en estudio: colaboración interprofesional, relación interprofesional, relación y colaboración médico-enfermera. Por otro lado, se optó por analizar de manera independiente las intervenciones de mejora, excluyendo la educación interprofesional. Esto se debe a que la búsqueda conjunta de ambos términos arrojaba principalmente resultados que comparaban las intervenciones interprofesionales con la educación interprofesional, lo cual no corresponde con el objetivo de este trabajo. Dado que se pretendía obtener información precisa y diferenciada sobre ambos conceptos, se optó por realizar las búsquedas excluyendo uno de los términos al otro.

2.3. Criterios de inclusión y exclusión

Para afinar la búsqueda y restringir artículos que dificulten la síntesis de datos, se han empleado criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión:

- Artículos publicados en los últimos 15 años.
- Artículos que tuviesen acceso libre.
- Artículos que contestasen a las preguntas de investigación.
- Artículos escritos en español o inglés.

Criterios de exclusión:

- Artículos donde no se incluyese la figura de la enfermera en la colaboración interprofesional.
- Artículos cuyos resúmenes no fueran relevantes para la temática a estudio.

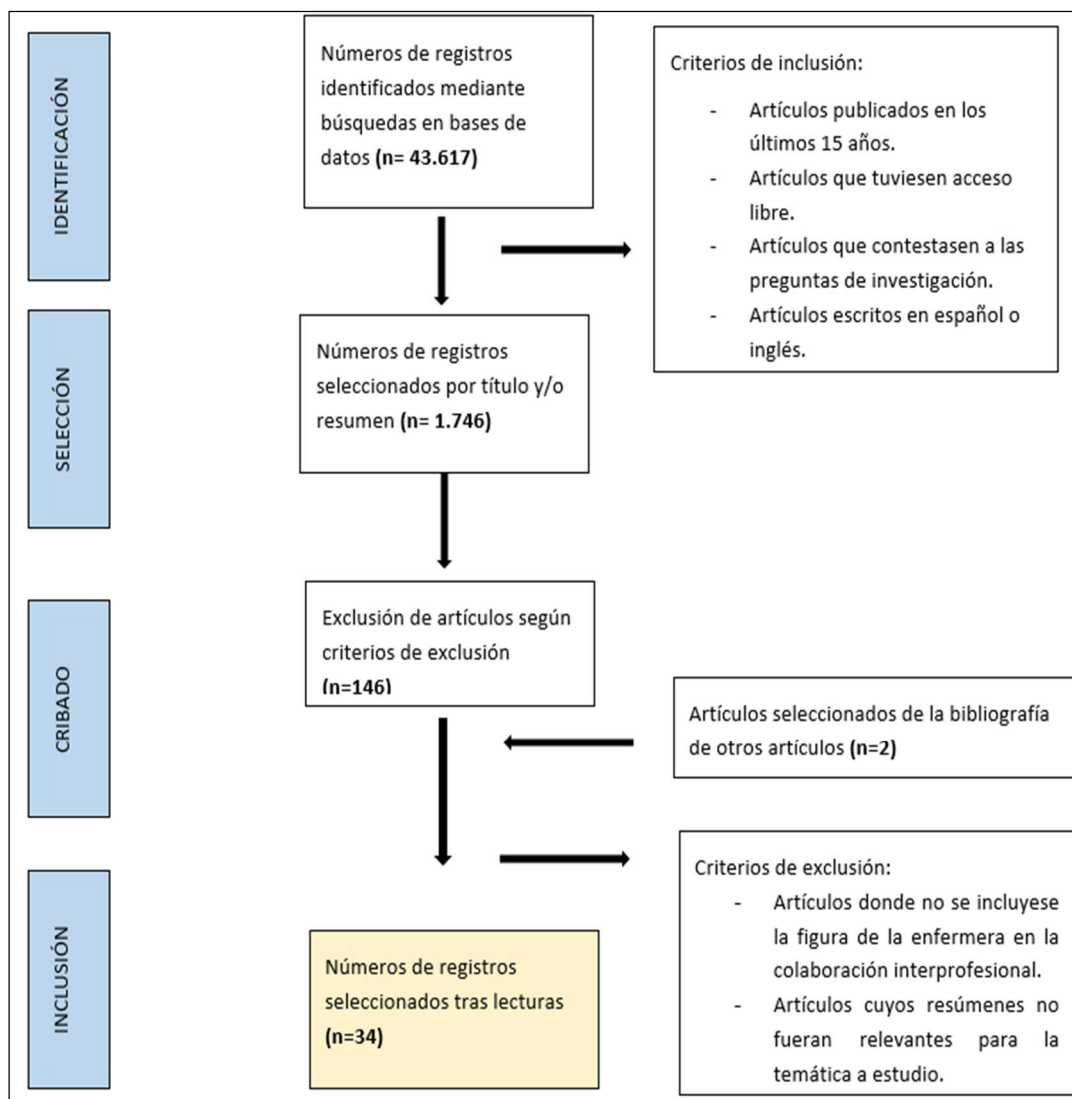
El hecho de que se hayan empleado artículos publicados en los últimos 15 años ha facilitado tener una visión amplia de la evolución de esta problemática. Además, se consideran relevantes artículos publicados en esta franja temporal, por lo que era pertinente incluirlos en esta revisión bibliográfica. Por otro lado, artículos de hace 15 años han sido citados de forma repetitiva en los últimos años, sugiriendo su influencia en investigaciones actuales.

3. RESULTADOS

Tras realizar la búsqueda inicial, y aplicar los criterios de inclusión y exclusión, se obtuvieron los artículos a analizar en esta revisión bibliográfica. Las estrategias de búsqueda y selección de artículos aplicando los criterios se encuentran resumidos en el Anexo 1.

El proceso final de selección se expone en el diagrama de flujo (Figura 1). De 43.617 artículos identificados, 1.746 artículos cumplieron los criterios de inclusión. Tras la lectura de títulos y resúmenes, se preseleccionaron 146 artículos, y finalmente, tras la lectura completa, aplicar criterios de exclusión y añadir referencias relevantes de los artículos se incluyeron 34 artículos reflejados en el Anexo 2.

Figura 1. Diagrama de flujo



Fuente: Elaboración propia.

3.1 Concepto de colaboración interprofesional

El concepto de PCI puede definirse como un proceso en el cual profesionales sanitarios se reúnen con el objetivo de resolver problemas y participar en la toma de decisiones, asumiendo una responsabilidad compartida sobre los resultados⁹. Se trata de un término amplio que puede abordarse desde diferentes perspectivas, dependiendo del autor o la organización que lo analice, lo cual dificulta establecer una definición única y universalmente aceptada.

Aunque diferentes autores coinciden en elementos comunes como el trabajo en equipo, la coordinación y la toma de decisiones conjuntas, las definiciones presentan diferencias clave. Algunas de ellas amplían el alcance del concepto incluyendo no solo a los profesionales sanitarios, sino también al propio paciente, su familia y sus cuidadores. Un ejemplo representativo es la definición propuesta por la Organización Mundial de Salud (OMS), que describe la PCI como “una práctica que permite la colaboración de todos los profesionales sanitarios, además de incluir al propio paciente, familias y sus cuidadores, con el fin de proporcionar una atención integral”¹⁰.

Por otro lado, existen enfoques más restringidos. Autores como Weiss et al. conciben la PCI como interacción específica entre médicos y enfermeras, excluyendo de forma indirecta a otros profesionales sanitarios que también intervienen en los cuidados del paciente. Según estos autores, la PCI consiste en “una interacción entre enfermera y médico la cual facilita el conocimiento y las habilidades de ambas profesiones, que se influyen mutuamente en la atención del paciente”¹¹.

Asimismo, D’Amour et al. proponen una definición más general, omitiendo la mención específica de los profesionales implicados. Para estos autores, la PCI es un “proceso por el cual los individuos de diferentes profesiones organizan una acción colectiva con el fin de coordinar los servicios que prestan a clientes individuales o grupos”¹¹.

Las diferencias entre definiciones también se reflejan en los objetivos y resultados atribuidos a la propia PCI. En el caso de la OMS, el propósito principal es el bienestar del paciente, como se refleja en su definición¹⁰. En contraste, para autores como Weiss et al. y D’Amour et al. el objetivo se centra en mejorar la coordinación de los servicios, prestando mayor atención al proceso organizativo que a la calidad asistencial¹¹.

No obstante, todas las definiciones coinciden en la necesidad de un trabajo colaborativo entre los distintos miembros del equipo, valorando la participación activa de todos los implicados como una condición indispensable para lograr los resultados positivos, ya sea en términos de bienestar del paciente o de eficiencia profesional.

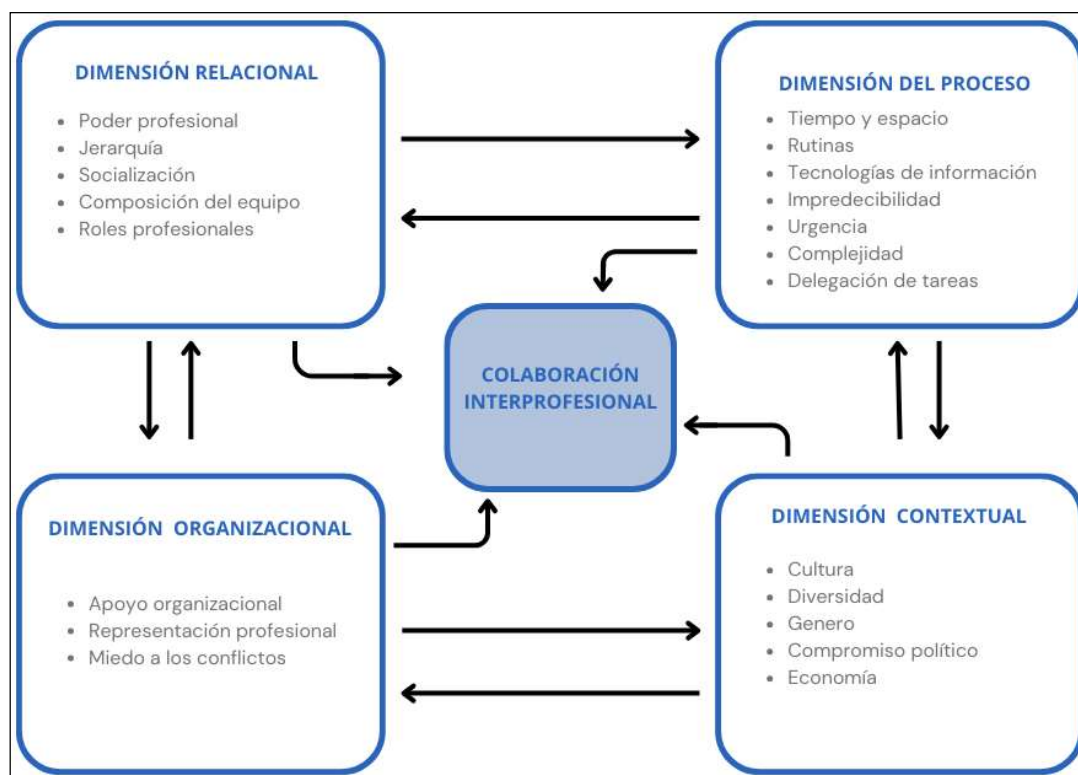
La PCI ha sido objeto de investigación desde el siglo pasado. Este hecho la destaca como un área de estudio de extrema relevancia y, aunque no constituye una novedad, sigue siendo de suma importancia debido a la falta de cambios. Esto hace que la PCI sea foco de análisis en

organizaciones internacionales como la OMS. Del mismo modo, actúa como eje en programas de sistemas de salud internacionales como el Institute for Healthcare Improvement o el Canadian Patient Safety Institute⁹.

Tras el análisis de diferentes marcos y modelos sobre la PCI, se identifica un punto en común presente en la mayoría de ellos. Muchos autores destacan como componente principal que influye en la PCI el contexto donde se desarrolla. Una revisión realizada por Mahdizadeh et al., en la que se analizaron 15 modelos y marcos teóricos, pone de manifiesto la importancia de identificar el contexto en el que tiene lugar la PCI¹². Muchos de los autores incluidos en la revisión incorporaron el concepto de contexto en sus modelos o marcos teóricos. No obstante, cada uno lo definió de una manera distinta. De forma general, el contexto puede entenderse como el conjunto de factores que afecta a la dinámica del grupo, incluyendo aspectos profesionales, factores sociales y culturales, estructuras organizativas, gobernanza, entre otros. Un ejemplo representativo es el modelo propuesto por D'Amour et al., el cual incorpora el contexto mediante cuatro dimensiones clave: metas y visión compartidas, concienciación de los profesionales, formalización de las prácticas, y gobernanza y liderazgo¹². Una vez analizados los distintos modelos teóricos y habiendo llegado a la conclusión de la importancia del contexto, comprenderlo en profundidad se convierte en un punto clave. Identificar y unificar las distintas dimensiones que proponen los autores permiten identificar con mayor precisión las áreas susceptibles de mejora e intervención.

Dentro de los modelos revisados, el más aceptado por el resto de autores es el modelo conceptual propuesto por Reeves, S. et al.¹³. Este modelo se detalla en cuatro dimensiones esenciales que abarcan aspectos humanos, organizacionales y contextuales. La primera dimensión que aborda es la relacional, la cual se enfoca en aspectos derivados de la interacción entre profesionales, tales como las relaciones de poder, las jerarquías, los roles, los valores de cada disciplina y los aspectos fundamentales de la comunicación, como la confianza y el respeto. Asimismo, aborda la resolución de conflictos, esencial para el éxito del trabajo colaborativo. La segunda dimensión es la procesual, la cual hace referencia a cómo se lleva a cabo la práctica colaborativa, incluyendo la gestión del tiempo, el espacio, la organización de las rutinas, el uso de tecnologías y la delegación de funciones dentro del equipo. Estos factores son cruciales para asegurar la eficiencia y organización en el trabajo conjunto. La tercera dimensión, la organizacional, hace referencia al entorno en el que se desarrolla la práctica interprofesional, incluyendo el apoyo institucional, los protocolos de resolución de conflictos y la representación de los profesionales dentro de la estructura organizativa. Finalmente, la dimensión contextual aborda los factores sociales, económicos y políticos que impactan la colaboración, tales como la cultura, la diversidad, los estereotipos y el apoyo político. Estas dimensiones están interconectadas y no deben abordarse de forma independiente (Figura 2).

Figura 2: Esquema representativo de las dimensiones propuestas en el modelo teórico presentado por Reeves, S. et al.



Fuente: Adaptación propia del diagrama propuesto por Reeves, S et al.

Por otro lado, se analizó otra revisión llevada a cabo por Karam et al.¹⁴, en la que se comparaban diversos modelos de colaboración. Cabe destacar que esta revisión, a diferencia de la anterior, no se centró exclusivamente en modelos de colaboración interprofesional (es decir, entre profesionales de distintas disciplinas, pero de la misma organización), sino que también incluyó modelos de colaboración interorganizacional (CIO).

A partir del análisis de dicha revisión, se manifiesta la importancia que adquiere la CIO desde la perspectiva de la Enfermería. Este tipo de colaboración resulta fundamental para el abordaje eficaz de enfermedades crónicas, ya que su gestión requiere una coordinación constante entre distintas organizaciones como hospitales, centros de atención primaria, residencias socio-sanitarias y otros recursos comunitarios. En esta línea, y ante la necesidad de garantizar la continuidad asistencial, surge la figura de la enfermera gestora de casos, cuyo papel es clave en la colaboración entre distintos ámbitos asistenciales y profesionales sanitarios. No obstante, se considera necesario desarrollar un enfoque de investigación más específico y profundo que analice de forma detallada la CIO, especialmente en lo relativo a su impacto en la práctica enfermera.

3.2 Factores determinantes de la colaboración interprofesional

La colaboración interprofesional, además de verse influenciada por el contexto donde se desarrolla, puede estar condicionada por factores específicos. Son varias las revisiones que tratan de abordar y describir cuáles son estos factores que condicionan la PCI. Entre los factores a estudiar, se encuentran los factores demográficos, los que facilitan la PCI y las denominadas barreras.

3.2.1. Factores demográficos que influyen en la Colaboración Interprofesional

Son varios los estudios que tratan de identificar qué factores demográficos condicionan la intensidad de la PCI. Para esta revisión se han seleccionado dos artículos, los cuales encajaban con objetivos de la investigación.

Una revisión de González, M., et al.¹¹ tuvo como objetivo determinar la intensidad de colaboración interprofesional (iCI) en unidades de cuidados intensivos. En los resultados se observó cómo dependiendo de la edad, el género, la profesión, el turno, la antigüedad en el servicio y la antigüedad profesional, las personas tenían una percepción u otra de colaboración interprofesional. En cuanto a la edad, los resultados no fueron estadísticamente significativos. Sin embargo, los resultados en cuanto al género mostraron cómo las mujeres presentaban una intensidad de colaboración interprofesional significativamente superior a los hombres. Por otro lado, en lo que respecta a las profesiones, los médicos, al igual que las mujeres, obtuvieron una puntuación de 10 puntos superior a las enfermeras. Por último, entre los hallazgos más importantes, se vio que los profesionales sanitarios con menos antigüedad presentaban una percepción de colaboración mayor que los que poseían más antigüedad, tanto profesional como en el servicio.

Para medir la iCI, aparte de analizar los datos demográficos de los profesionales sanitarios, se empleó la escala versionada por San Martín-Rodríguez et al, la Escala de la Intensidad de Colaboración Interprofesional en Salud. Tras aplicar la escala en el estudio de González, M. et al., se obtuvo una media de iCI de 50,9 puntos. Para entender este resultado es interesante saber que la máxima puntuación, considerándose esta iCI alta, es de 80 puntos. Por lo tanto, se concluye en el estudio que la iCI es moderada. Este resultado coincide con otros estudios que se realizaron previamente como el estudio descriptivo transversal de Serrano, G., et al.¹⁵ que tenía como objetivo medir la iCI empleando el mismo cuestionario.

Para interpretar correctamente la puntuación obtenida en relación a la iCI, es fundamental comprender la escala empleada para su análisis. Esta herramienta evalúa la iCI a través de 16 ítems distribuidos en cuatro dimensiones:

- Coordinación: abarca la asignación de tareas, la responsabilidad compartida, la planificación conjunta, la integración de intervenciones interprofesionales y la coordinación de actividades centradas en el paciente.
- Opinión sobre la percepción del paciente: incluye la opinión de los profesionales sobre la impresión que tienen los pacientes en relación con la PCI entre los miembros del equipo asistencial.
- Actividades compartidas: aborda aspectos como la consideración de los datos recogidos por otros profesionales, la tolerancia a compartir responsabilidades, la colaboración en el desarrollo de planes, la disposición a solicitar ayuda de otros profesionales y el intercambio de información clínica relevante.
- Apreciación global: explora el grado en que las relaciones interprofesionales están jerarquizadas, el nivel general de colaboración existente y hasta qué punto se tienen en cuenta de forma conjunta las necesidades del paciente.

Las puntuaciones asignadas a cada ítem de la escala oscilan entre 1 y 5 puntos, siendo 1 la valoración más baja y 5 la más alta. Resulta especialmente significativo observar que en ninguno de los dos estudios seleccionados para valorar la iCI, los ítems alcanzan puntuaciones de 4 o 5, lo que indica que, si bien la iCI percibida puede considerarse moderada, se observan carencias y áreas de mejora en todos los aspectos evaluados por la escala^{11,15}. Este resultado sugiere que la PCI, aunque está presente, no se desarrolla de manera óptima en ninguna de las dimensiones analizadas.

3.2.2. Factores facilitadores de la Colaboración Interprofesional

Los factores facilitadores son aquellos elementos que favorecen la consecución de una colaboración interprofesional efectiva. Estos son los aspectos en los que debe centrarse la intervención para mejorar la colaboración. Es fundamental entender que deben trabajarse de manera conjunta y no de forma aislada. Los factores que más se repiten y que han demostrado tener un mayor impacto se reflejan en la Tabla 1.

Tabla 1: Resultados revisados de los factores facilitadores de la PCI

OBJETIVOS COMPARTIDOS
La definición de objetivos compartidos entre los distintos profesionales sanitarios constituye uno de los pilares esenciales para una PCI efectiva. La existencia de metas comunes facilita la cooperación entre los miembros del equipo, alineando sus esfuerzos hacia un mismo propósito, independientemente de su disciplina profesional ⁹ . Esta alineación favorece la coherencia en las decisiones clínicas, evita la duplicación de intervenciones y previene posibles contradicciones en los cuidados del paciente.
Trabajar hacia objetivos comunes promueve un enfoque integral que contempla múltiples perspectivas, lo que permite abordar de manera eficaz las necesidades complejas del paciente ¹³ . Asimismo, la coordinación basada en las metas compartidas contribuye a optimizar recursos y mejorar los resultados asistenciales ¹⁴ .

RESPONSABILIDAD

La responsabilidad compartida en el contexto de la PCI implica que todos los profesionales asuman un compromiso activo en la toma de decisiones y con el plan de tratamiento. Esta participación compartida requiere un conocimiento mutuo de las funciones de cada profesional y una actitud de corresponsabilidad ante los resultados obtenidos¹⁶. Tal como señalan los autores, cuando todos los miembros del equipo son conscientes de su rol y del de los demás, se refuerza la implicación individual y colectiva, generando un entorno de confianza y responsabilidad compartida que impacta directamente en la calidad de los cuidados⁹. Este elemento es interesante de analizar, ya que diversos estudios advierten que algunos profesionales pueden mostrar reticencia a compartir responsabilidades, especialmente cuando existen diferencias jerárquicas o culturales.

Este rechazo a compartir la responsabilidad queda evidenciado en el estudio descriptivo realizado por Brandt et al. en el cual el 50% de los médicos entrevistados manifestó que no estaba dispuesto a ceder responsabilidades a otros profesionales sanitarios, queriendo asumirlas de forma autónoma¹⁷. En contraste, el estudio reveló que un 86% de las enfermeras se mostraban dispuestas a asumir un mayor grado de responsabilidad en el proceso asistencial¹⁷.

DEFINICIÓN DEL ROL PROFESIONAL

Una delimitación clara de los roles profesionales dentro del equipo es indispensable para garantizar una colaboración fluida. Conocer con precisión las funciones propias y las de los otros profesionales permite evitar confusiones, solapamientos y conflictos, promoviendo una mayor eficiencia en el trabajo conjunto¹³. Además, esta claridad favorece el respeto mutuo, ya que cada integrante del equipo reconoce y valora la contribución específica del resto⁹. El reconocimiento de los roles propios y ajenos es clave para una interacción basada en la complementariedad y no en la competencia¹⁶. El dilema que surge en este elemento radica en que, aunque los roles de los profesionales parecen estar claramente definidos al ser entrevistados, estos se describen generalmente bajo una estructura jerárquica, donde tienden a ser pasivos o activos según la profesión. Todos los roles dentro de un equipo de salud deberían ser activos y lo que realmente debería delimitarse son las funciones específicas de cada profesional según su área de intervención en el cuidado del paciente.

TRABAJO EN EQUIPO

Entre los miembros de un equipo debe haber sentimientos de pertenencia y cohesión⁹. Además, el trabajo en equipo requiere cooperación, la cual implica el reconocimiento y el respeto por las opiniones y conocimientos de cada profesional. Los profesionales deben estar dispuestos a revisar y modificar sus propios puntos de vista en beneficio del paciente¹⁶.

AUTONOMÍA PROFESIONAL

La autonomía no debe entenderse como una práctica aislada, sino como la capacidad de cada profesional para actuar con independencia dentro de su ámbito de competencia, manteniendo al mismo tiempo una actitud abierta hacia la colaboración. La autonomía es una condición necesaria para que el trabajo en equipo sea funcional, ya que permite tomar decisiones responsables sin depender de la supervisión constante de otros miembros del equipo¹⁶.

ROMPER ESTEREOTIPOS

Uno de los principales obstáculos detectados para la PCI es el de los estereotipos asociados a determinadas profesiones sanitarias. Estos prejuicios, construidos históricamente, generan jerarquías implícitas que dificultan la comunicación horizontal y el reconocimiento del otro como igual⁹. Por otro lado, autores aseguran que los estereotipos afectan a la forma en que se transmite y recibe la información, pudiendo provocar desigualdades en la participación y en la toma de decisiones¹⁶. Por lo tanto, superar estas barreras culturales es indispensable para crear equipos colaborativos y respetuosos.

COMUNICACIÓN

La comunicación es un factor facilitador propuesto en todos los modelos teórico donde se desarrollan estos factores facilitadores. Esta debe ser clara, abierta, respetuosa y asertiva. Este tipo de comunicación permite el intercambio fluido de información entre los profesionales sanitarios¹³. La bidireccionalidad en la comunicación garantiza que las ideas, conocimientos y decisiones sean comprendidas e integradas en la práctica asistencial. Además, es fundamental adaptar los canales comunicativos al contexto en el que se desarrollan, asegurando siempre que el mensaje se haya recibido y comprendido correctamente¹⁴.

ASERTIVIDAD

La asertividad se refiere a la capacidad de expresar opiniones y conocimientos de forma confiada, sin menospreciar las perspectivas de los demás. Es un componente estrechamente vinculado a la comunicación y al respeto mutuo, ya que permite que todos los miembros del equipo defiendan sus aportaciones sin generar conflicto¹⁶. Su presencia favorece un entorno de trabajo donde se valora la diversidad de ideas y se toman decisiones más consensuadas y eficaces⁹.

RESPECTO Y CONFIANZA

Se subraya la importancia de la confianza y el respeto mutuo entre los profesionales. La confianza implica que cada miembro del equipo tenga seguridad en la integridad y capacidad del otro para cumplir con su rol en el tratamiento del paciente¹⁶. El respeto, por su parte, asegura que todos los profesionales se sientan valorados y reconocidos por sus aportaciones al equipo¹⁶. Ambas son esenciales para construir relaciones interprofesionales sólidas y fomentar un clima de trabajo colaborativo.

CREACIÓN DE PROTOCOLOS

El desarrollo de protocolos es beneficioso para la PCI ya que establece una estructura clara y un marco común de trabajo entre los miembros del equipo. Los protocolos ayudan a definir roles, responsabilidades y procedimientos, minimizando así errores sanitarios, duplicación de esfuerzos o malentendidos. Del mismo modo, sirven como guías para la toma de decisiones⁹.

Fuente: Elaboración propia.

Tras el análisis de los factores que facilitan la PCI, se ha observado la relación existente entre los estereotipos y otros elementos clave. La eliminación de estereotipos y de las relaciones jerárquicas permitiría una definición clara y equitativa de los roles profesionales, promoviendo un ambiente de respeto y confianza. Esto, a su vez, fortalecería la responsabilidad compartida, ya que los profesionales que actualmente se resisten a delegar y/o compartir responsabilidades no temerían perder poder, dado que dicho poder ya no sería un obstáculo. La eliminación de prejuicios también permitiría una comunicación más abierta y asertiva entre los miembros del equipo, optimizando así la PCI. Por último, fortalecería la confianza del propio profesional sanitario, permitiendo de este modo aumentar la autonomía en el desempeño de sus funciones.

3.2.3. Barreras que obstaculizan la Colaboración Interprofesional

Las barreras para una colaboración interprofesional efectiva son múltiples y muchas de ellas son la falta de los factores facilitadores mencionados previamente. Una de las barreras más descrita por los autores, e incluso por los profesionales sanitarios, son las relaciones jerárquicas

existentes en el ambiente sanitario¹². Estas jerarquías representan una barrera tanto social como cultural. Las diferencias que se crean en el entorno pueden generar conflictos de poder y falta de respeto, dificultándose así el trabajo en equipo¹². Además, los estereotipos y prejuicios entre los distintos grupos profesionales pueden generar una percepción equivocada de las competencias de los demás, limitando así la cooperación y la confianza mutua^{9,14}. La falta de comunicación efectiva es otra barrera significativa, ya que cuando los profesionales no se comunican de manera clara, se producen malentendidos que afectan a la calidad de la atención y la satisfacción del personal¹⁸.

En relación a la desconfianza, diversos estudios han identificado cuáles son los principales factores que generan desconfianza en un equipo de trabajo. Los siguientes factores son: la duda sobre la motivación del otro, la percepción de que el otro busca un beneficio personal, el temor a perder territorio, la existencia de estereotipos negativos sobre otras profesiones y la falta de confianza en las habilidades o en la conciencia del papel del otro en el cuidado del paciente¹⁴.

Por otro lado, resulta relevante abordar la cuestión de los límites profesionales en el ámbito sanitario. Los límites profesionales hacen referencia a la delimitación clara de competencias, responsabilidades, habilidades y funciones específicas que corresponde a cada profesión. Estos límites profesionales están en continuo desarrollo, sobre todo en las últimas décadas. Una revisión sistemática realizada por Niezen, M., et al.¹⁹, muestra cómo esta redefinición de fronteras profesionales constituye una barrera en la PCI. Esto podría deberse a que la propia redefinición de límites profesionales implica varios retos, aparte de la colaboración interprofesional. Entre dichos retos, podrían destacarse la formalización de especialidades de enfermería, la prescripción por parte de enfermería, entre otros retos similares.

Por otro lado, se han encontrado otras barreras, no tan estudiadas, que dificultan una interacción y colaboración efectiva. Entre ellas, cabe destacar la limitación de tiempo, ya que la carga de trabajo y las exigencias del ámbito sanitario no permiten a los profesionales dedicar el tiempo necesario para fomentar la PCI^{12,20}. En segundo lugar, la falta de recursos, ya sean recursos humanos o materiales, también juegan un papel crucial como barrera¹². La falta de apoyo organizacional provoca que las intervenciones interprofesionales se vean reducidas a una simple coordinación superficial sin sustentar los planes de acción conjuntos^{12,19}.

3.3 Beneficios de la colaboración interprofesional en el ámbito sanitario

La colaboración interprofesional ha mostrado ser un factor clave para mejorar diversos aspectos en la atención sanitaria, tanto en los resultados de los pacientes como en la satisfacción de los profesionales sanitarios involucrados. A continuación, se desarrollarán algunas de las mejoras más destacadas que se consiguen tras la implementación de una PCI eficaz.

Uno de los principales beneficios observados en la PCI es la mejora en la calidad y seguridad de la atención clínica. Esta se traduce en un aumento de la satisfacción del paciente, así como en

una disminución de reclamaciones por parte de pacientes y familiares^{9, 21}. Además, la PCI está asociada con una reducción de las complicaciones y de los errores clínicos, lo que tiene un impacto directo en la seguridad del paciente⁹.

Un claro ejemplo de mejora de la calidad y la seguridad de la atención se manifiesta en el estudio controlado aleatorizado realizado por Guan, P. et al.²¹. En este estudio se compararon dos grupos de pacientes con cáncer de cuello uterino. El grupo control recibió los cuidados de enfermería rutinarios, mientras que el grupo de intervención fue atendido mediante una colaboración entre enfermeras y médicos con una puesta en común de objetivos y una planificación conjunta de las intervenciones. Tras la intervención, se evaluó la frecuencia de complicaciones comunes derivadas del tratamiento.

Se analizaron complicaciones físicas, ansiedad, depresión, calidad de vida y satisfacción del paciente. El 45,65% del grupo control presentó complicaciones físicas, frente al 13,04% del grupo de intervención²¹. Durante el ingreso, no hubo diferencias significativas en ansiedad y depresión, pero al alta se observó una mejora en el grupo de intervención²¹. Inicialmente, la calidad de vida fue similar, pero al alta, el grupo de intervención mostró mejora en todos los indicadores de la misma²¹. En cuanto a la satisfacción, el 95,7% del grupo de intervención se mostró satisfecho, frente al 76,1% del grupo control²¹.

Por otro lado, en lo que respecta a la mortalidad, se selecciona una revisión sistemática que concluye que no se puede establecer de manera significativa, basada en la evidencia, una relación directa entre la cantidad de colaboración interprofesional y la mortalidad hospitalaria²². Los resultados obtenidos en la literatura sobre este tema son muy variados, lo que podría atribuirse a la diversidad de herramientas empleadas para medir de manera cuantitativa la colaboración interprofesional²². Algo similar se observa en la revisión realizada por Reeves, et al. donde ninguno de los artículos incluidos informó de una mejora en la tasa de mortalidad²³.

Con respecto a la eficiencia, los resultados evidenciados son contradictorios. Por un lado, diferentes artículos recogen su impacto en la reducción de los costes sanitarios, la disminución del tiempo de estancia hospitalaria y la prevención de la duplicación de esfuerzos por parte de los profesionales sanitarios^{9, 12, 21}. Asimismo, se ha registrado una mejora en la utilización de recursos sanitarios, especialmente en el uso adecuado de fármacos y otros tratamientos²³, mejorando del mismo modo la adherencia terapéutica²¹. Por ejemplo, un estudio específico incluido en una revisión propuesta por Reeves, et al. evaluó el número medio de fármacos psicotrópicos consumidos en dos grupos: uno de intervención, donde se implementaron reuniones interprofesionales, y otro de control²³. Los resultados mostraron un incremento del 1% en el consumo de psicotrópicos en el grupo de intervención, frente a un aumento del 7% en el grupo control. Además, en este mismo estudio, se observó una reducción del 59% en el uso de antidepresivos no recomendados en los hogares bajo intervención, en comparación con una disminución del 34% en los hogares pertenecientes al grupo control²³. No obstante, otros

estudios obtenidos en esta misma revisión informaron que no había evidencia significativa en la eficacia de la atención sanitaria tras la implementación de PCI²³.

Otro beneficio clave de la colaboración interprofesional es la mejora del bienestar profesional. Varios estudios destacan la reducción del estrés y del agotamiento de los profesionales sanitarios, así como el aumento de la satisfacción laboral^{9,24}. Además, la PCI favorece la retención de los profesionales en las instituciones y disminuye la rotación de personal, contribuyendo así a la estabilidad de los equipos de trabajo⁹.

Por último, la PCI tiene un impacto positivo en el aprendizaje y la formación continua de los profesionales pertenecientes al equipo de trabajo. La interacción entre diferentes disciplinas facilita el intercambio de conocimientos y experiencias, lo que no solo mejora la atención del paciente, sino que también fomenta el desarrollo profesional de cada miembro del equipo¹².

3.4 Percepción de los profesionales sanitarios y pacientes sobre la colaboración interprofesional

Las percepciones de los profesionales sanitarios en estudio, es decir, de médicos y enfermeras, han sido analizadas por diversos autores, lo que evidencia el impacto que tienen sobre la colaboración interprofesional. Se evidencian las diferentes opiniones sobre la PCI, influenciadas por factores organizativos, culturales, sociales y relacionales. En general, ambas profesiones reconocen la importancia de la PCI y la consideran una práctica que permite integrar diferentes perspectivas en la toma de decisiones. Como consecuencia, se llega al consenso de que esta PCI mejora la calidad asistencial, la seguridad del paciente y la satisfacción de los propios sanitarios^{9,20,25}. Al finalizar este apartado, se representaran en la Figura 3 algunas respuestas de profesionales sanitarios recogidas de distintas encuestas^{24,25}.

3.4.1. Percepción sobre el concepto de la colaboración interprofesional.

Desde el punto de vista de las enfermeras, la PCI se entiende como una práctica que implica tanto aportaciones individuales como conjuntas entre los profesionales involucrados en el cuidado del paciente. Esta colaboración está caracterizada por el intercambio de conocimientos específicos de cada disciplina, la comunicación efectiva y el establecimiento de objetivos claros y compartidos^{9, 25}.

Por su parte, los médicos señalan la necesidad de fomentar relaciones equitativas y la toma de decisiones consensuadas. Consideran que el liderazgo debería depender más de la experiencia y el conocimiento, que del estatus profesional^{9,25}. No obstante, se recogen respuestas de médicos en las que asumen la PCI como la toma de decisiones de forma autónoma con consejos por parte de enfermería en relación a las intervenciones, asumiendo ellos la responsabilidad total del cuidado⁹.

Ambos consideran que quienes participan en la PCI deben tener capacidad de escucha activa y asertiva, así como compromiso e implicación. De esta forma es como se pueden coordinar los saberes y competencias para poder brindar la mejor atención²⁵.

3.4.2. Percepción sobre el rol que asume cada profesional sanitario en la colaboración interprofesional.

En lo que respecta a los roles de cada profesional, las enfermeras consideran que durante las PCI adoptan un rol pasivo, limitándose a escuchar y hacer aportaciones escasas, siendo estas casi inexistentes^{9,11,14}. Además, manifiestan sentirse marginadas, no solo por ignorar sus aportaciones, sino también físicamente, ya que no perciben ser acogidas en las sesiones clínicas^{11,25}. Estas profesionales enfatizan su rol como importantes observadoras del paciente, debido a su papel a pie de cama²⁴.

Por su parte, el rol que asume el médico es activo, ya que su papel se basa en dirigir, informar y comunicar durante las PCI^{9,20,25}. Además, consideran que el rol pasivo que asume enfermería es debido a su poca iniciativa en la participación, a pesar de poseer las habilidades comunicativas necesarias²⁵. Los médicos muestran una necesidad de dominación y, por tanto, menor compromiso con la PCI^{9,20}.

3.4.3. Percepción sobre los factores que condicionan la colaboración interprofesional.

En cuanto a los factores capaces de condicionar la PCI, las enfermeras identifican la ausencia de una dinámica sistematizada y acordada para realizar sesiones clínicas, permitiendo la participación de todos los miembros que puedan aportar^{24,25}.

En relación a la percepción de los médicos sobre los condicionantes, estos consideran que la falta de espacio físico en las unidades dificulta el desarrollo adecuado de las sesiones con la participación de todos los profesionales involucrados^{20,24,25}.

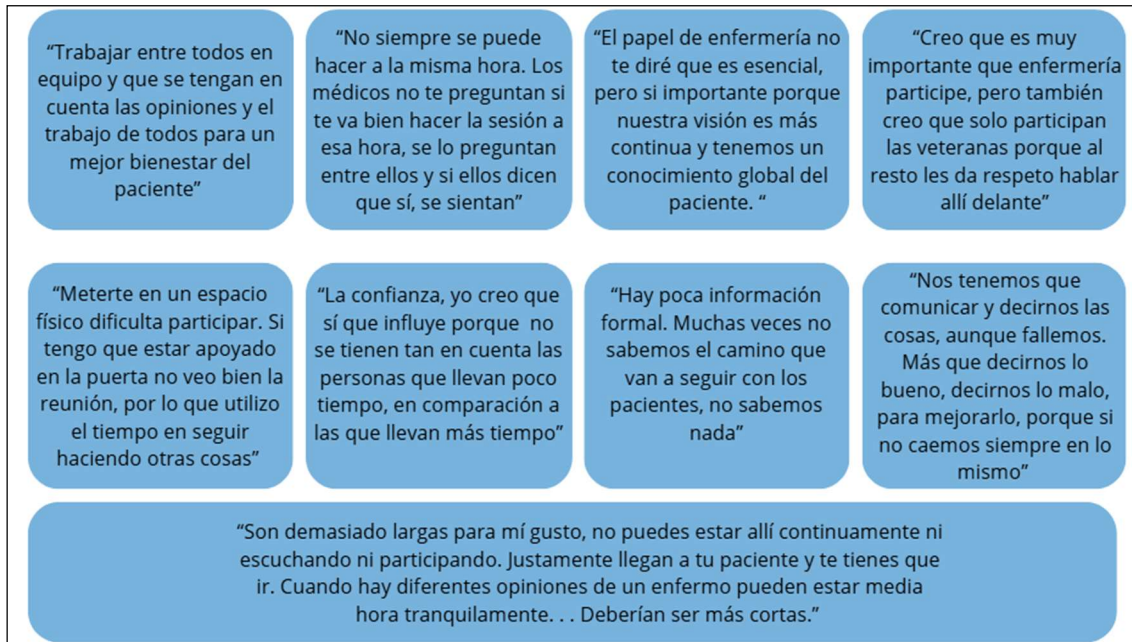
Ambos profesionales coinciden en la identificación de algunas barreras como el ruido ambiental, interrupciones ajenas, falta de confianza y sobrecarga asistencial^{20,24,25}. Además, destacan la importancia de reconocer factores facilitadores como la confianza, la experiencia profesional y la predisposición^{9,20,25}. Por otro lado, los sanitarios consideran que la comunicación en la práctica diaria es ineficaz^{24,25}. Esta falta de comunicación dificulta compartir y definir los objetivos planteados, siendo esto otra barrera descrita por los profesionales²⁴. Por último, se enfatiza en la existencia actual de una cultura profesional que fomenta las relaciones jerarquizadas, lo que genera conflictos entre los profesionales y dificultando la comunicación abierta y segura sobre errores cometidos²⁴.

3.4.4. Estrategias propuestas por los profesionales sanitarios para alcanzar una colaboración interprofesional eficaz.

Tanto médicos como enfermeras coinciden en la falta de colaboración interprofesional, por lo que proponen estrategias para mejorar y fortalecer una colaboración eficaz. Por un lado, enfermería plantea la creación de protocolos a seguir durante las sesiones clínicas, así como para la práctica diaria, para facilitar y definir la participación de ambas profesiones^{20,24,25}. Algunas enfermeras proponen realizar una intervención obligatoria durante las sesiones clínicas para fomentar y facilitar su participación¹⁹. Se menciona la importancia de facilitar el acceso de enfermería a las sesiones clínicas con espacios adecuados para la colaboración y toma de decisiones conjuntas²⁵. Por otro lado, los médicos insisten en la necesidad de crear de espacios donde se facilite el acceso de todo profesional responsable del cuidado del paciente²⁴.

Ambos enfatizan la importancia de sesiones clínicas cortas para que estas sean aprovechadas sin que la sobrecarga laboral dificulte la reunión interdisciplinaria²⁵. Del mismo modo, se plantean sesiones a pie de cama para incluir la participación del paciente y de la familia²⁵. Por último, se destaca la necesidad de un cambio de actitud y de cultura profesional con el objetivo de fomentar una relación de igualdad basada en el respeto²⁵.

Figura 3: Respuesta de los profesionales sanitarios a través de encuestas.



Fuente: Elaboración propia.

3.4.5. Perspectiva de los pacientes sobre la colaboración interprofesional.

Dentro de los artículos seleccionados, se encuentra una revisión bibliográfica propuesta por Gilchrist, R. et al. que recoge información sobre la perspectiva que poseen los pacientes en relación con la colaboración interprofesional²⁶.

Esta percepción está estrechamente vinculada a su experiencia durante la asistencia por parte de estos profesionales. Uno de los aspectos a destacar es la claridad de los roles profesionales. Los pacientes mostraron dificultades para identificar a los profesionales que integraban su equipo sanitario. Como consecuencia, se genera confusión respecto a quién acudir en caso de dudas o problemas relacionados con su proceso asistencial. Esta falta de reconocimiento influyó en la percepción negativa sobre el trabajo en equipo, el nivel de confianza y el apoyo recibido. No obstante, en las ocasiones en las que el trabajo en equipo era percibido como efectivo, los pacientes valoraban de forma positiva la colaboración entre profesionales sanitarios de distintas disciplinas clínicas²⁶.

En relación a la estructura jerárquica de los equipos sanitarios, las opiniones encontradas fueron diversas. Algunos pacientes consideraron que esta estructura favorecía la comprensión de las responsabilidades y la asignación de tareas dentro del equipo. Por otro lado, también se evidenció que esta estructura podría desembocar en una ausencia de respeto entre los diferentes niveles, generando conflictos internos y retrasos en la toma de decisiones compartidas²⁶.

Por otro lado, se evalúa la calidad de la comunicación entre los miembros del equipo. Los pacientes subrayan que la falta de comunicación eficaz puede dar lugar a información contradictoria, duplicación de datos y retraso en el acceso al tratamiento o derivación. En cuanto a la comunicación con el paciente, estos valoraban la escucha activa, el trato humanizado y el uso de un lenguaje adaptado a la situación, clasificando dichos factores como facilitadores para generar confianza con el paciente²⁶.

Por último, los pacientes resaltaron que la atención coordinada y accesible, siendo esta facilitada por un enfoque de trabajo interprofesional, contribuía a una mejor experiencia asistencial. Esta experiencia era descrita con menos tiempos de espera para la derivación, reducción de visitas innecesarias, así como costes asociados²⁶.

3.5 Desafíos y retos en la implementación de la colaboración interprofesional

La PCI en el ámbito sanitario presenta una serie de retos complejos que afectan tanto a los propios profesionales como al sistema en su conjunto. Entre los principales desafíos en estudio, destacan los siguientes: la resistencia a compartir responsabilidades¹⁷, la delegación de tareas²⁷ y la reasignación de funciones entre los profesionales¹⁹.

Uno de los principales desafíos es la reticencia de ciertos profesionales, en especial los médicos, a compartir la toma de decisiones¹⁷. Esta resistencia puede estar motivada por el miedo a perder estatus o autoridad, elemento coherente con los roles tradicionales asumidos por los médicos. No obstante, se ha observado que avanzar hacia una responsabilidad compartida puede mitigar conflictos de poder y favorecer una atención más equitativa, centrada en el trabajo en equipo y en el paciente¹⁷.

En esta línea, la disposición de los profesionales sanitarios a asumir o delegar responsabilidades se ha identificado como un factor clave^{19,17}. Muchas enfermeras han mostrado una actitud positiva hacia la colaboración, viendo la PCI como una herramienta para transformar las jerarquías existentes y lograr relaciones horizontales dentro de los equipos de trabajo^{19,17}. Por otro lado, los médicos han tendido a adoptar una postura más utilitarista, valorando la colaboración solo en función de los resultados, sin plantear mejoras en términos de satisfacción profesional¹⁷.

Ligado a la responsabilidad compartida, surge la práctica de la delegación de tareas, especialmente en contextos donde el rol de la enfermería está cada vez más expandido. Delegar responsabilidades no solo permite mejorar la eficiencia y la calidad²⁷, sino que también contribuye al empoderamiento profesional, aumentando la autonomía, la motivación y la satisfacción²⁷. La delegación de tareas por parte de los médicos a enfermería es mejor aceptada debido a que la responsabilidad en este tipo de reasignación de tareas sigue siendo del médico, evitando la pérdida de estatus cultural¹⁹.

En una revisión realizada por Martínez et al.²⁷, se analizaron los resultados clínicos en grupos de pacientes atendidos tanto por médicos como por enfermeras²⁷. Un ejemplo incluido en dicha revisión es un ensayo clínico en el que enfermeras profesionales aplicaron intervenciones orientadas a fomentar cambios de conductas en la prevención secundaria de la enfermedad coronaria. A los 12 y 48 meses, no se hallaron diferencias significativas entre la atención dirigida por enfermeras y la dirigida por médicos en cuanto al dolor torácico. No obstante, tras 12 meses, un menor porcentaje de pacientes atendidos por enfermeras (7,1%) reportó un empeoramiento del dolor torácico, en comparación con el grupo atendido por médicos (10,8%). Aunque la diferencia sea reducida, estos datos evidencian la capacidad de las enfermeras para asumir funciones, en este caso, en el ámbito de la prevención secundaria de la enfermedad crónica. Otro ejemplo analizado en la misma revisión hace referencia al manejo de la dispepsia. En este ensayo, las enfermeras profesionales dirigieron una clínica de seguimiento, aplicando las guías clínicas correspondientes. A los seis meses se observó una mejora significativa de los síntomas en los pacientes atendidos por enfermeras, en comparación con aquellos que recibieron atención médica convencional.

En relación con la reasignación de tareas, se trata de una estrategia relevante frente a la escasez de profesionales médicos. Además, fortalecería la colaboración interprofesional, al redefinir los roles de cada profesión¹⁹. Esta práctica implica retos tanto individuales como institucionales. Por un lado, se considera necesario que los profesionales que vayan a asumir tareas tengan confianza en sus propias capacidades y formación¹⁹. Niezen et al., en su revisión sistemática exponen cómo la falta de confianza es probablemente la causa por la que los enfermeros derivan pacientes a los médicos¹⁹. Por otro lado, los límites profesionales rígidos y tradicionales, la falta

de protocolos claros y un marco legal ambiguo actúan como barreras importantes para la reasignación y delegación de tareas¹⁹. Sin embargo, las fuerzas socioeconómicas que aumentan la demanda de atención sanitaria son un factor que facilita, o más bien obliga a que haya reasignación de tareas entre los miembros del equipo¹⁹.

En la revisión propuesta por Niezen et al. se recoge cómo la predisposición de las enfermeras a aceptar la delegación de tareas depende de la posición que estas adopten¹⁹. Se afirma que existe una mayor predisposición cuando se asume un rol de “súper-enfermera” en contraposición al de “mini-médico”. El término de “súper-enfermera” hace referencia a la enfermera que desempeña funciones avanzadas dentro del ámbito propio con un mayor nivel de competencia, mientras que “mini-médico” alude a aquella que adopta tareas tradicionalmente asociadas al rol médico. En esta misma línea y recogido por la misma revisión, Tye et al. señalan que las enfermeras de práctica avanzada tienden a enfatizar un enfoque holístico en su labor, lo que refuerza su papel como complemento del médico, sin pretender sustituirlo¹⁸. Esta postura de no tratar de sustituir a otro profesional ha favorecido su aceptación entre los mismos, ya que no invaden límites tradicionales entre disciplinas. En contraste, Lindblad et al. describen cómo intentos de reasignación estructural de tareas médicas, como la prescripción por parte de las enfermeras profesionales, no llegaron a consolidarse¹⁸. Este modelo de sustitución, que implica cruzar fronteras profesionales establecidas, generó tensiones. Así, el tipo de reasignación de funciones (complementaria o sustitutiva) se relaciona estrechamente con la distribución de responsabilidades médicas, el grado de independencia de la enfermera y el nivel de supervisión requerido.

Del mismo modo, se aborda la ausencia de políticas que permitan una delimitación clara del rol de la enfermera, la gestión de las tensiones profesionales, la disponibilidad de protocolos y procedimientos formales, así como la eliminación de restricciones injustificadas, como la limitación de la autoridad para prescribir. La ausencia de una definición precisa de las funciones, responsabilidades y competencias de estos profesionales puede limitar el ejercicio pleno de sus capacidades y dificultar la integración efectiva dentro del equipo sanitario¹⁹.

En esta misma línea, el entorno organizativo e institucional desempeña un papel fundamental en el desarrollo de modelos de atención colaborativa. La falta de políticas de apoyo, la escasez de recursos y la rigidez de los marcos legales existentes pueden constituir obstáculos significativos para facilitar la redistribución de tareas. Por ello, resulta imprescindible promover cambios estructurales que incluyan la creación de marcos normativos claros y el desarrollo de protocolos colaborativos. Estas medidas no solo facilitarían la reasignación de tareas desde los médicos hacia las enfermeras, sino que también contribuirían a consolidar un modelo de PCI más eficiente y sostenible¹⁹.

3.6 Estrategias para mejorar la colaboración interprofesional: formación e intervenciones

La educación interprofesional (EIP) es una estrategia clave para fomentar una cultura de trabajo colaborativo en el ámbito sanitario. Según la OMS, consiste en un enfoque formativo en el que estudiantes de diferentes profesiones aprenden de forma conjunta con el objetivo de mejorar la colaboración y los resultados en salud¹⁰. El *Centre for the Advancement of Interprofessional Education* amplía la definición al mencionar que se trata de un proceso en el que los profesionales aprenden entre sí, con y sobre las otras profesiones, para fortalecer la calidad de trabajo colaborativo y, en consecuencia, la atención.

La EIP persigue objetivos clave relacionados con la mejora de la PCI, la comunicación efectiva, la comprensión mutua de roles y la reducción de errores clínicos. El aprendizaje colaborativo (AC) desde etapas tempranas permite a los estudiantes entender su papel en la atención, así como el de otros profesionales²⁸. Además, la EIP busca superar barreras tradicionales del enfoque unidisciplinar, destacando entre ellas las relaciones verticales o la escasa interacción entre profesionales durante su formación universitaria²⁹.

Su implementación genera beneficios tanto a nivel colectivo, como a nivel individual. En la Tabla 2 se recogen exclusivamente los beneficios derivados directamente de la EIP, sin incluir aquellos que resultan de la PCI, ya abordados previamente.

Tabla 2: Resultados revisados de los beneficios obtenidos tras la implementación de la EIP

BENEFICIOS DE ASPECTO CLÍNICO
<p>La evidencia científica muestra que las intervenciones interprofesionales, especialmente aquellas que se integran en la práctica clínica, contribuyen a la disminución de errores médicos, mejora en la comunicación interprofesional y aumento de la adherencia a los tratamientos prescritos^{28,30,31,32,33}.</p> <p>Por otro lado, Cadet et al.³¹ realizaron una revisión sistemática con el objetivo de explorar cómo las intervenciones de educación colaborativa impactaban en resultados clínicos. En dicha revisión se incluyeron 94 artículos que abordaban indicadores clínicos como: duración de la estancia, errores médicos, satisfacción del paciente, entre otros. El indicador más estudiado fue la duración de la estancia, el cual mostró un impacto positivo en el 67% de los estudios, un impacto neutro en el 30% y un impacto negativo en un único estudio. En contraste, el indicador menos estudiado fue el uso de hospicio, presente en un solo estudio, donde se observó un impacto positivo. Asimismo, los indicadores que reportaron mejores resultados fueron los errores de medicación y la adherencia al tratamiento, ambos con un 100% de impacto positivo. Les siguen la satisfacción del paciente y la educación del mismo con un 95% de eficacia. No obstante, estos autores señalan que aquellos indicadores incluidos en ocho estudios o menos (como la tasa de readmisión, los errores de medicación, la adherencia a la mediación, la tasa de infección y el uso de hospicios) deberían ser estudiados en mayor profundidad para determinar la fiabilidad y relevancia de los resultados obtenidos.</p> <p>En relación con los beneficios clínicos, Reeves et al.³² llevaron a cabo una revisión sistemática con el objetivo de evaluar la eficacia de las intervenciones de EIP en comparación con intervenciones educativas individuales. En esta revisión se incluyeron 15 artículos, de los cuales 11 reportaron resultados de aspectos clínicos. Entre estos, seis estudios informaron mejoras significativas en diversos ámbitos clínicos como resultado de la intervención de EIP. Las intervenciones aplicadas y los resultados obtenidos se detallan en el Anexo 3.</p>

BENEFICIOS DE ASPECTO COMUNICATIVO Y COLABORATIVO

Bhavani et al.²⁸, en su revisión bibliográfica, afirman que, si la EIP se implementa de manera adecuada, esta puede motivar a los sanitarios a colaborar y comunicarse eficazmente. En sus resultados, los autores señalan que la EIP ha facilitado el trabajo en equipo y la comunicación²⁸. Asimismo, destacan que la evaluación de la PCI puede constituir un indicador útil para valorar la efectividad de la EIP, debido al impacto positivo que esta tiene sobre la PCI²⁸. Por otro lado, la EIP favorece el desarrollo de la capacidad de reflexión profesional, ayudando a los estudiantes a identificar sus áreas de mejora dentro del equipo de trabajo³⁰.

En la revisión propuesta por Reeves et al.³², 4 de los 15 artículos incluidos reportaron resultados relacionados con la colaboración y comunicación posteriores a la intervención de EIP. Al igual que en el caso de los beneficios clínicos, las intervenciones aplicadas y los resultados obtenidos se presentan en el Anexo 3.

BENEFICIOS DEL ASPECTO ORGANIZACIONAL

La EIP tiene como objetivo minimizar las barreras profesionales que dificultan alcanzar una PCI, al tiempo que promueve una comprensión más clara de los roles, dentro de un equipo interprofesional de salud. Como consecuencia, se optimizan los recursos humanos y económicos, evitando la duplicación de tareas y eliminando las innecesarias²⁸.

BENEFICIOS DE ASPECTO PROFESIONAL

La EIP favorece una redefinición clara y consensuada de los roles dentro del equipo sanitario desde los inicios de su formación. Esta clarificación de roles no solo mejora la dinámica de colaboración, sino que también se traduce en beneficios profesionales y académicos significativos. La EIP se asocia con un aumento de la satisfacción tanto laboral como académica durante la formación, una disminución del agotamiento profesional y un fortalecimiento del sentimiento de pertenencia al equipo²⁸.

Por otro lado, en un ensayo llevado a cabo por White et al.³⁴, se evaluó el cambio de percepción de los estudiantes respecto a otras profesiones sanitarias tras participar en un programa de EIP. Los autores evidenciaron cómo los resultados de la encuesta aplicada, para medir dicha percepción, mostraron variaciones significativas. La herramienta utilizada fue el *Student Stereotypes Rating Questionnaire*, que valora indicadores como: capacidad académica, competencia profesional, habilidad interpersonal, capacidad de liderazgo, habilidad para trabajar de forma independiente, habilidad para ser miembro de equipo, habilidad para tomar decisiones, habilidades prácticas/técnicas y seguridad. Tras la implementación del programa de EIP, en el que participaron estudiantes enfermería, medicina y otras disciplinas, se observó un cambio en la percepción de los estudiantes sobre sus compañeros de otras profesiones. En particular, las características que más se modificaron en relación a los estudiantes de enfermería fueron la percepción sobre su capacidad de liderazgo y su habilidad para tomar decisiones³⁴. Estos resultados ponen en manifiesto cómo la EIP puede contribuir a una mayor visibilidad y valoración del rol de Enfermería dentro del equipo de salud.

BENEFICIOS DE ASPECTO EDUCATIVO

La EIP enriquece el proceso educativo y formativo de los estudiantes implicados en ella. Delawala et al.³³ concluyeron en su revisión que la EIP era beneficiosa ya que les daba a los estudiantes una plataforma para interactuar, aprender y colaborar con otras profesiones desde etapas tempranas de su recorrido de formación. Esto no solo mejora la preparación para la práctica real en el futuro, sino que también fomenta actitudes positivas hacia la PCI³³.

Fuente: Elaboración propia.

3.6.1. Factores condicionantes de la educación interprofesional.

La implementación de la EIP está condicionada por una serie de factores que actúan a diferentes niveles (Figura 4). A continuación, se procede a desarrollar los factores que se han recopilado de los artículos seleccionados:

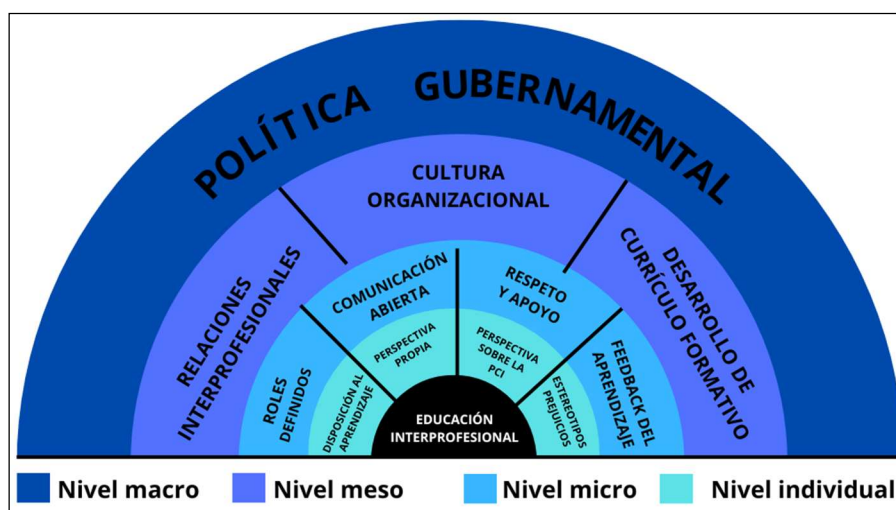
En el nivel macro se encuentra la política gubernamental, jugando un papel importante en la promoción de la EIP a través de políticas públicas. Mulvale et al.³⁵, en su revisión sistemática, exponen que las políticas que apoyan la formación interprofesional y la creación de equipos de atención sanitaria interprofesional son fundamentales para poder garantizar un entorno facilitador para la implementación de la EIP³⁵. Estas políticas incluyen tanto intervenciones nacionales relacionadas con la asignación de recursos, como normativas que apoyen la EIP y PCI.

El nivel meso aborda los factores organizacionales y culturales, siendo estos determinantes. Las barreras que se encuentran a este nivel incluyen la falta de sistemas de información integrados y una cultura organizacional que no valora la interprofesionalidad³⁵. A su vez, el tiempo disponible de los profesionales y estudiantes para interactuar es un factor clave en la implementación de la EIP³⁶. Por otro lado, las diferencias culturales entre los estudiantes y profesionales crean conflictos internos en los equipos de trabajo. Estas diferencias fomentan estereotipos que limitan la efectividad del AC y la práctica asistencial³⁶. Por último, el diseño curricular también condiciona la efectividad de la EIP. Es necesario un currículo que sea inclusivo y que permita a docentes y estudiantes trabajar de forma interdisciplinar durante su formación³⁶.

En relación al nivel micro, este aborda los factores que condicionan el funcionamiento interno de un equipo de trabajo. Los involucrados en la EIP deben tener claros objetivos de esa intervención, así como su papel durante el AC^{35,36}. Además, el proceso social dentro del equipo, como la comunicación abierta entre los estudiantes, el apoyo mutuo y la resolución de conflictos durante el AC, facilita la cohesión y la empatía con la otra profesión³⁵.

Por último, a nivel individual, la perspectiva de cada participante influye en el éxito de la EIP. Al igual que en la PCI, la EIP está condicionada por la disponibilidad de los estudiantes a participar en ella. Los estudiantes suelen presentar estereotipos y prejuicios sobre otras profesiones, pudiéndose dificultar el AC³⁴.

Figura 4: Diagrama de los distintos niveles de factores que condicionan una EIP exitosa.



Fuente: Elaboración propia

3.6.2. Requisitos para desarrollar un programa de educación interprofesional.

La implementación de un programa de EIP requiere una planificación estratégica y metodológica como cualquier programa educativo. Es necesario que contemple diversos elementos clave para garantizar su efectividad y aprendizaje. Este programa no solo debe considerar el diseño pedagógico, sino también condiciones institucionales, competencias del profesorado y una evaluación continua del proceso educativo.

Como bien se ha mencionado previamente, uno de los principales requisitos es la promoción estructurada y temprana hacia la EIP en las instituciones universitarias³⁷. Por otro lado, para poder alcanzar los objetivos de la EIP, el docente desempeña un rol clave en el ejercicio, no tanto como transmisor de información, sino como facilitador del aprendizaje. Debe tener la capacidad de guiar discusiones, promoviendo la autorreflexión y fomentando la confianza y comunicación tanto formal como informal³⁸. El docente ideal debe reunir una serie de atributos personales y profesionales que le conviertan en un agente de cambio e influencia: habilidades de comunicación, liderazgo, honestidad, crítica constructiva y visión transformadora³⁸. Estas características del profesorado son esenciales para que la EIP pueda desarrollarse en un ambiente motivado, respetado y alejado de prejuicios y conflictos³⁸.

Por último, en relación al diseño del programa, el enfoque debe seguir una metodología clara. Se recomienda seguir los doce pasos para implementar un programa de EIP propuestos por Reeves, S., et al.³⁹. Esta guía destaca la necesidad de formular preguntas evaluativas desde un inicio, aceptar un enfoque de evaluación claro y emplear marcos teóricos que fundamenten la intervención³⁹. Esta necesidad de evaluación continua es compartida por otros autores como señalan Diggele, C., et al.³⁷. Estos autores definen la evaluación continua del programa como un requisito para el éxito del mismo. Algunas de las escalas que se pueden emplear para la evaluación son: la *Escala de Percepción de Educación Interdisciplinaria* y la *Escala de actitudes interprofesionales*, entre otras³⁹. Es importante que sean transparentes y que se fomente la retroalimentación entre los estudiantes, pudiendo incluir al profesorado³⁷.

3.6.3. Otras intervenciones para mejorar la colaboración interprofesional.

Además de la propuesta educativa formal para mejorar la colaboración interprofesional, diversos estudios han identificado estrategias e intervenciones que se realizan en la práctica habitual y que contribuyen significativamente a fortalecer la PCI. No obstante, estas estrategias no solo se pueden aplicar en entornos clínicos, sino que pueden ser incluidas en programas de EIP, ya que los objetivos de estas son compatibles con ellas.

Una de las intervenciones que destaca en la literatura es la realización de sesiones informativas y *debriefings* (proceso de reflexión y análisis que se lleva a cabo después de una intervención, en este caso, sanitaria), tanto antes como después de procedimientos clínicos interprofesionales.

Estas reuniones permiten al equipo sanitario compartir información relevante, prevenir posibles complicaciones y reflexionar sobre el desempeño conjunto e individual. A través de estas sesiones clínicas, se promueve una mayor conciencia sobre el trabajo colaborativo y el rol profesional⁴⁰. De forma complementaria, existen listas de verificación clínica, las cuales se han consolidado como herramientas claves para estructurar la comunicación del equipo y aclarar la responsabilidad y el desempeño de los profesionales que intervienen en el procedimiento, favoreciendo así la coordinación entre todos^{40,41}.

Otra estrategia de gran importancia es la implementación de rondas interdisciplinarias a pie de cama, las cuales mejoran la comunicación entre profesionales y favorecen la participación activa de todos los miembros y del propio paciente, alejándose así de una relación paternalista⁴¹. Esta intervención fomenta la toma de decisiones compartida y la aceptación de las perspectivas de cada miembro del equipo⁴¹.

Por último, desde una perspectiva educativa, y como estrategias que se pueden incluir dentro de la EIP, se han descrito metodologías innovadoras como la simulación clínica, el aprendizaje basado en casos y la discusión grupal, entre otras. La simulación se ha reportado como la intervención más empleada, mostrando esta su capacidad para recrear escenarios realistas que favorecen el desarrollo de habilidades interpersonales, la comprensión de roles y la confianza grupal^{29,42}. Los estudiantes que han participado en estos tipos de experiencias de aprendizaje colaborativo reportan no solo aprendizaje técnico, sino un crecimiento intrapersonal y profesional^{29,42}.

4. DISCUSIÓN

Tras haber realizado esta revisión bibliográfica, se puede evidenciar que la PCI entre médicos y enfermeras es ampliamente reconocida como un elemento esencial para mejorar la calidad asistencial, la seguridad del paciente y la eficiencia del sistema sanitario. Sin embargo, los resultados obtenidos en esta revisión reflejan que su aplicación continúa enfrentándose a importantes desafíos estructurales, formativos y culturales. La brecha entre el discurso teórico sobre la importancia de la PCI y su implementación real evidencia la necesidad de una reflexión profunda y de estrategias adaptadas a la complejidad del trabajo en equipo dentro del ámbito sanitario.

Uno de los principales aspectos que surgen de esta revisión es la importancia de escuchar a los profesionales sanitarios implicados en los procesos colaborativos. Son ellos quienes conviven diariamente con las dinámicas de trabajo en equipos interdisciplinarios y quienes, por tanto, pueden aportar una visión realista sobre las barreras y facilitadores que condicionan la PCI. La incorporación de estas perspectivas resulta fundamental para diseñar estrategias de mejora que no solo sean teóricamente válidas, sino que respondan a las necesidades reales del sistema sanitario actual. Escuchar sus experiencias también permite identificar problemáticas específicas como la desigualdad en la toma de decisiones, el desequilibrio en la participación activa de los profesionales sanitarios, la jerarquización de los roles o la falta de reconocimiento de ciertas competencias profesionales, sobre todo en la profesión de enfermería.

En esta línea, se identifica como una barrera significativa la ausencia de protocolos institucionales y herramientas prácticas que orienten cómo debe producirse la colaboración entre médicos y enfermeras. Esta falta de referencia genera confusión en los equipos, especialmente en contextos de alta presión asistencial, donde la coordinación es clave. Además, esta carencia se refleja también en la escasa visibilización de la importancia de la colaboración interprofesional dentro de las propias instituciones sanitarias y académicas. La PCI de constituir una competencia definida, promovida y evaluada tanto en la práctica clínica como en la formación académica de los futuros profesionales.

En el ámbito educativo, la formación interprofesional sigue siendo limitada o inexistente en muchos programas universitarios de las ciencias de la salud. La falta de espacios compartidos entre estudiantes de medicina y enfermería impide que desde etapas tempranas desarrollen una visión integrada y real del trabajo en equipo. Como consecuencia, se mantienen estereotipos profesionales y roles desiguales, dificultando la construcción de relaciones interprofesionales equitativas.

Un aspecto crítico a discutir es la limitación metodológica presente en gran parte de la literatura revisada, que tiende a abordar la colaboración interprofesional desde una perspectiva

cuantitativa. Aunque el enfoque cuantitativo resulta útil para medir ciertos indicadores de impacto (como la reducción de errores médicos o el tiempo de hospitalización), la colaboración es un proceso relacional y subjetivo que no puede comprenderse de forma completa sin un enfoque cualitativo. Las relaciones entre profesionales, las dinámicas de poder y las emociones implicadas en el trabajo en equipo, así como las experiencias por pacientes y familias, exigen metodologías cualitativas. Solo así es posible captar la complejidad de la PCI. El hecho de ignorar estas dimensiones puede llevar a conclusiones simplificadas sobre el problema y a intervenciones que no abordan realmente las causas de fondo.

Por otro lado, un aspecto a señalar es la forma en la que se evalúa la PCI mediante escalas estandarizadas. Si bien estas herramientas permiten una medición objetiva y sistemática de distintos componentes del trabajo en equipo, presentan también limitaciones importantes. Una de las escalas revisadas en este trabajo, la *Escala de la Intensidad de Colaboración Interprofesional en Salud*, analiza la colaboración a través de cuatro dimensiones: coordinación, percepción del paciente, actividades compartidas y apreciación global. Aunque cada una aborda aspectos relevantes, la evaluación se basa en ítems cerrados con puntuaciones del 1 al 5. Esto limita la comprensión de la PCI, ya que solo permite un análisis numérico y estructurado, sin identificar las causas subyacentes del problema.

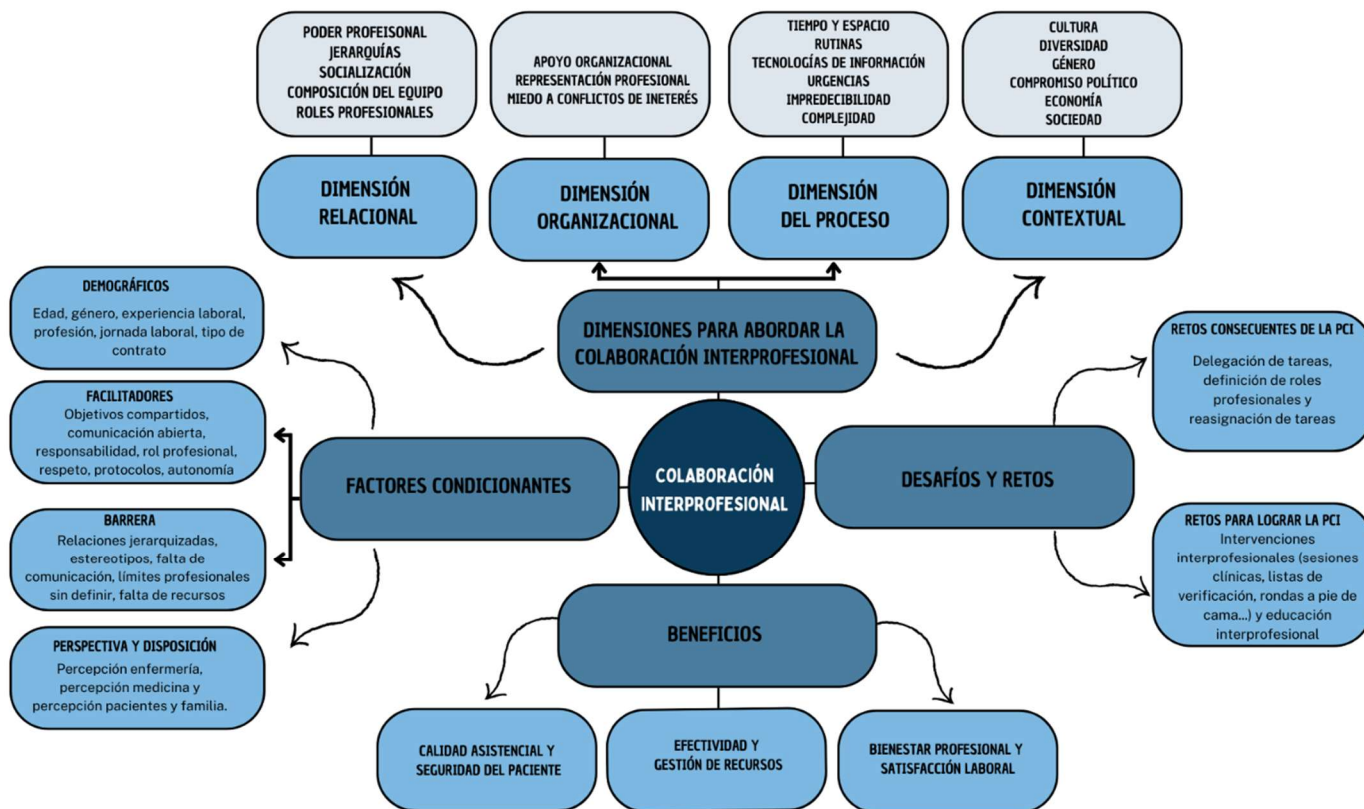
Por último, cabe señalar que este trabajo se ha centrado exclusivamente en la PCI entre médicos y enfermeras, lo cual representa una limitación importante. Si bien ambos colectivos son fundamentales en el ámbito asistencial, la atención sanitaria implica la participación de muchos otros profesionales. Por ello, sería necesario que futuras investigaciones amplíen tanto el enfoque como la población en estudio, analizando la PCI desde una perspectiva global. Solo de esta forma será posible comprender plenamente los retos y oportunidades que conlleva la PCI y avanzar hacia modelos de atención más integrados y eficaces.

5. CONCLUSIÓN

En este trabajo se ha realizado una aproximación teórica y conceptual sobre la colaboración interprofesional, permitiendo esto la comprensión de la misma. Esta aproximación permite proponer las siguientes conclusiones:

- La PCI debe entenderse como un concepto complejo que va más allá de la simple relación entre profesionales. Implica diversas dimensiones de desarrollo, la existencia de factores que la facilitan o la dificultan, y estrategias de mejora como la EIP. El conjunto de estos elementos que rodean el objeto de estudio se representa en la Figura 5.
- Los resultados encontrados indican que, aunque se han logrado ciertos avances en la PCI en comparación con décadas pasadas, aún persiste barreras significativas que dificultan esta práctica. Como barrera principal se identifica la existencia de relaciones jerárquicas, que a su vez originan otras problemáticas como la escasa comunicación interprofesional, la falta de toma de decisiones conjunta y la desconfianza entre profesionales.
- Aunque la colaboración entre médicos y enfermeras se percibe como moderada, los resultados sugieren que la ausencia de protocolos claros, la falta de formación conjunta y las barreras culturales continúan siendo obstáculos importantes.
- Se identifican carencias metodológicas, tanto en el enfoque de algunas revisiones como en las herramientas empleadas para el análisis de la problemática, lo que limita una comprensión completa del fenómeno.
- Es importante señalar que la principal limitación de esta revisión es su enfoque exclusivo en la relación entre médicos y enfermeras, sin incluir a otros profesionales clave de los equipos de salud.
- Se pone de manifiesto la necesidad de futuras investigaciones que continúen esta línea de trabajo, incorporando metodologías adecuadas para analizar la colaboración interprofesional y criterios de inclusión que contemplen a todos los profesionales sanitarios implicados en la atención.

Figura 5: Marco conceptual sobre los fundamentos de la práctica de colaboración interprofesional



Fuente: Elaboración propia

BIBLIOGRAFÍA

1. Stein L I. The Doctor-Nurse Game. Arch Gen Psychiatry [Internet]. 1967 [Citado 19 de abril de 2025]; 16(6): 699-703. Disponible en: <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1967.01730240055009>
2. Lázaro J, Gracia D. La relación médico-enfermo a través de la historia. Anales Sis San Navarra [Internet]. 2006 [Citado 19 de abril de 2025]; 29(3): 7-17. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v29s3/original1.pdf>
3. Kaufmann AE, Guilera E. Consideraciones sobre la estratificación social a nivel hospitalario. Revista de Sociología [Internet]. 1979 [Citado 19 de abril de 2025]; 12: 157-169. Disponible en: <https://doi.org/10.5565/rev/papers/v12n0.1184>
4. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad [Internet]. España: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2012 [Citado el 19 de abril de 2025]; Estrategias para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. Disponible en: <http://publicacionesoficiales.boe.es>
5. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. (Boletín Oficial del Estado, 29 abril 1986; núm. 102:8-21). [Citado 19 de abril de 2025]. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/l/1986/04/25/14/con>
6. Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. (Boletín Oficial del Estado, 22 noviembre 2003; núm. 280:1-25). [Citado 19 de abril de 2025]. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/l/2003/11/21/44/con>
7. Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos de España. Código de Deontología Médica. Capítulo XI, Artículo 49. Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos de España; 2022. [Citado 19 de abril de 2025]. Disponible en: <https://www.cgcom.es/codigo-deontologia-medica>
8. Consejo General de Colegios Oficiales de Enfermería de España. Código de Deontología de la Enfermería. Capítulo X, Artículo 63. Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Enfermería de España; 1998. [Citado 19 de abril de 2025]. Disponible en: <https://www.codem.es/codigo-deontologico>
9. Miró Bonet M. Práctica colaborativa interprofesional es salud: Conceptos clave, factores y percepciones de los profesionales. Educ.Med. [Internet]. 2016 [Citado 17 abril 2025]; 17(1):21-24. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-educacion-medica-71-pdf-X1575181316539806>
10. World Health Organization. Framework for action on Interprofessional education and collaborative practice. World Health Organization [Internet]. 2010 [Citado 17 abril 2025]; 9-31. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/framework-for-action-on-interprofessional-education-collaborative-practice>
11. González López MM, Esquinas López C, Romero Garcí M, Benito Aracil L, Martínez Momblan M A, Villanueva Cendán M, et al. Intensity of Interprofessional Collaboration and related factors in Intensive Care Units. A descriptive cross-sectional study with an analytical approach. Enferm Intensiva [Internet]. 2024 [Citado 17 abril 2025]; 35(3):188-200. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.enfie.2023.10.002>
12. Mahdzadeh M, Heydari A, Karimi Moonaghi H. Clinical Interdisciplinary Collaboration Models and Frameworks From Similarities to Differences: A Systematic Review. Glob J Health Sci [Internet]. 2015 [Citado 17 abril 2025]; 7(6):170-180. Disponible en: <https://doi.org/10.5539/gjhs.v7n6p170>
13. Reeves S, Lewin S, Espin S, Zwarenstein M. Interprofessional Teamwork for Health and Social Care [Internet]. 1ª ed. Oxford: Wiley-Blackwell; 2010 [Citado 17 de abril de 2025]. 209 p. Disponible en: <https://tcsc-indonesia.org/wp->

- content/uploads/2012/11/ebooksclub.org_Interprofessional_Teamwork_in_Health_and_Social_Care_Promoting_Partnership_for_Health_.pdf
14. Karam, M, Brault, I, Van Durme T, Macq J. Comparing interprofessional and interorganizational collaboration in healthcare: A systematic review of the qualitative research. *Int J Nurs Stud* [Internet]. 2018 [Citado 17 de abril de 2025]; 79:70-83. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.11.002>
 15. Serrano Gemes G, Rich Ruiz M. Intensidad de colaboración interprofesional entre enfermeras de cuidados intensivos de un hospital de tercer nivel. *Enferm Intensiva* [Internet]. 2017 [Citado 17 de abril de 2025]; 28(2):48-56. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2016.10.007>
 16. Haslam Larmer L, Krassikova A, Wojtowicz E, Vellani S, Feldman S, Katz P, et al. Nurse Practitioner and Physician Collaboration in the Long-Term Care Setting: Secondary Analysis of a Scoping Review. *J Am Med Dir Assoc*. [Internet]. 2025 [Citado 17 de abril de 2025]; 26(2). Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2024.105418>
 17. Brandt SK, Essig S, Balthasar A. Health professionals' willingness to share responsibility and strengthen interprofessional collaboration: a cross-sectional survey. *BMC Medical Education* [Internet]. 2025 [Citado 17 de abril de 2025]; 25 (102). Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12909-024-06351-9>
 18. Abu Rish Blakeney E, Baird J, Beaird G, Khan A, Parente VM, O'Brien KD, et al. How and why might interprofessional patient- and family-centered rounds improve outcomes among healthcare teams and hospitalized patients? A conceptual framework informed by scoping and narrative literature review methods. *Front Med* [Internet]. 2023 [Citado 17 de abril de 2025]; 10. Disponible en: <https://doi.org/10.3389/fmed.2023.1275480>
 19. Niezen MGH, Mathijssen JJP. Reframing professional boundaries in healthcare: A systematic review of facilitators and barriers to task reallocation from the domain of medicine to the nursing domain. *Health Policy* [Internet]. 2014 [Citado 17 de abril de 2025]; 117(2):151-169. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2014.04.016>
 20. Alzate Moreno M, Calderón Breñosa B, Rodríguez San Miguel K, Sarasa Monreal M M. Colaboración interprofesional en las sesiones clínicas de una Unidad de Cuidados Intensivos: percepción de enfermeras y médicos. Una revisión sistémica de la literatura. *Enferm Intensiva* [Internet]. 2025 [Citado 17 de abril de 2025]; 36(1). Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2024.03.002>
 21. Guan P, Han X, Li D, Liao B. Effect of nurse-physician collaboration on the incidence of complications, negative emotions and quality of life in cervical cancer patients: a randomized controlled study. *J Interprof care* [Internet]. 2025 [Citado 17 de abril de 2025]; 39(1):5-13. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/13561820.2024.2327621>
 22. Pantha S, Jones M, Moyo N, Pokhrel B, Kushemererwa D, Gray R. Association between the Quantity of Nurse–Doctor Interprofessional Collaboration and in-Patient Mortality: A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2024 [Citado 17 de abril de 2025]; 21(4). Disponible en: <https://doi.org/10.3390/ijerph21040494>
 23. Reeves S, Pelone F, Harrison R, Goldman J, Zwarenstein M. Interprofessional collaboration to improve professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2017 [Citado 17 de abril de 2025]; 6(6). Disponible en: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000072.pub3>
 24. Lucas García C, Gómez García C I, Antón Hurtado F. La comunicación interprofesional desde la cultura organizacional de la enfermería asistencial. *Cultura de los cuidados* [Internet]. 2011 [Citado 17 de abril de 2025]; 31: 85-92. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3851986>
 25. Verd Aulí X, Maqueda Palau M, Miró Bonet M. Interprofessional collaboration in joint clinical sessions in an intensive care unit: Perceptions of nurses and physicians. *Enferm Intensiva*

- [Internet]. 2021 [Citado 17 de abril de 2025]; 32(1): 3–10. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2020.02.004>
26. Gilchrist R, Kholvadia A, Burdick W. Patients' Perceptions of Interprofessional Collaboration: A Scoping Review. *PXJ* [Internet]. 2024 [Citado 17 de abril de 2025]; 11 (1), 154–172. Disponible en: <https://doi.org/10.35680/2372-0247.1876>
 27. Martínez González NA, Tandjung R, Djalali S, Rosemann T. The impact of physician-nurse task shifting in primary care on the course of disease: A systematic review. *Hum Resour Health* [Internet]. 2015 [Citado 17 de abril de 2025]; 13 (55). Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12960-015-0049-8>
 28. Bhavani AG, Jayakumar SS, Mishra SN. Exploring the Impact of Interprofessional Education on Teamwork and Communication in Healthcare Settings. *Health Leadership and Quality of Life* [Internet]. 2022 [Citado 17 de abril de 2025]; 1(97). Disponible en: <https://doi.org/10.56294/hl202297>
 29. Gassim Aldriwesh M, Mohammed Alyousif S, Sulaiman Alharbi N. Undergraduate-level teaching and learning approaches for interprofessional education in the health professions: a systematic review. *BMC Medical Education* [Internet]. 2022 [Citado 17 de abril de 2025]; 22(1). Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12909-021-03073-0>
 30. Reeves S, Clark E, Lawton S, Ream M, Ross F. Examining the nature of interprofessional interventions designed to promote patient safety: a narrative review. *Int J Qual Health Care* [Internet]. 2017 [Citado 17 de abril de 2025]; 29(12):144-150. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzx008>
 31. Cadet T, Cusimano J, McKearney S, Honaker J, O'Neal C, Taheri R, et al. Describing the evidence linking interprofessional education interventions to improving the delivery of safe and effective patient care: a scoping review. *J Interprof Care* [Internet]. 2024 [Citado 17 de abril de 2025]; 38(3):476-485. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/13561820.2023.2283119>
 32. Reeves S, Perrier L, Goldman J, Freeth D, Zwarenstein M. Interprofessional education: Effects on professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2013 [Citado 17 de abril de 2025]; 2013(3). Disponible en: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD002213.pub3>
 33. Delawala F, Heymans Y, Christmals D. Conceptualisation, development and implementation of Interprofessional Education programmes: A qualitative document analysis. *J Taibah Univ Med Sci* [Internet]. 2022 [Citado 17 de abril de 2025]; 18(3):639-651. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jtumed.2022.12.006>
 34. White S, Lambert S, Visker J, Bández JC, Lasser B, Cichon T, et al. Public Health Education Student Stereotypes of Other Health Professions Before and After an Interprofessional Education Program. *Health Professions Education* [Internet]. 2019 [Citado 17 de abril de 2025]; 5(2). Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.hpe.2018.06.006>
 35. Mulvale G, Embrett M, Razavi S D. "Gearing Up" to improve interprofessional collaboration in primary care: A systematic review and conceptual framework. *BMC Fam Pract* [Internet]. 2016 [Citado 17 de abril de 2025]; 17(83). Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12875-016-0492-1>
 36. Visser CLF, Ket JCF, Croiset G, Kusurkar RA. Perceptions of residents, medical and nursing students about Interprofessional education: A systematic review of the quantitative and qualitative literature. *BMC Medical Education* [Internet]. 2017 [Citado 17 de abril de 2025]; 17(11):77. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12909-017-0909-0>
 37. Van Diggele C, Roberts C, Burgess A, Mellis C. Interprofessional education: tips for design and implementation. *BMC Medical Education* [Internet]. 2020 [Citado 17 de abril de 2025]; 20(2):455. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12909-020-02286-z>
 38. Grymonpre RE. Faculty development in interprofessional education (IPE): Reflections from an IPE coordinator. *J Taibah Univ Med Sci* [Internet]. 2016 [Citado 17 de abril de 2025]; 11(6):510-519. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jtumed.2016.10.006>

39. Reeves S, Barr H. Twelve steps to evaluating interprofessional education. *J Taibah Univ Med Sci* [Internet]. 2016 [Citado 17 de abril de 2025]; 11(6):601-605. Disponible en: <https://eprints.kingston.ac.uk/id/eprint/36733/7/Reeves-S-36733-VoR.pdf>
40. Levesque MJ, Etherington C, Lalonde M, Moradi N, Sikora L, Stacey D. Interventions to facilitate interprofessional collaboration in the operating theatre: A scoping review. *J Perioper Pract* [Internet]. 2024 [Citado 17 de abril de 2025]; 34(1-2):6-19. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/17504589221137978>
41. Heip T, Van Hecke A, Malfait S, van Biesen W, Eeckloo K. The Effects of Interdisciplinary Bedside Rounds on Patient Centeredness, Quality of Care, and Team Collaboration: A Systematic Review. *J Patient Saf* [Internet]. 2020 [Citado 17 de abril de 2025]; 18(1):40-44. Disponible en: <https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000695>
42. Kong L, Briggs E, Xyrichis A. What is the effect of different interprofessional education teaching strategies on healthcare professions students' interprofessional learning outcomes? A systematic narrative review. *Nurse Educ Pract* [Internet]. 2025 [Citado 17 de abril de 2025]; 83. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2025.104255>

ANEXOS

ANEXO 1

Estrategia de búsqueda y selección de artículos

DESCRIPTOR	"interprofessional relations" OR "interprofessional collaboration"		
BASE DE DATOS	DIALNET	PUBMED	SCOPUS
RESULTADOS	125	13310	3883
CRITERIOS DE INCLUSIÓN	74	267	146
SELECCIÓN POR TÍTULO Y/O RESUMEN	14	27	12
SELECCIÓN POR LECTURA COMPLETA Y CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	4	8	4
DESCRIPTOR	"physician-nurse relations" OR "physician-nurse collaboration"		
BASE DE DATOS	DIALNET	PUBMED	SCOPUS
RESULTADOS	3055	5640	2377
CRITERIOS DE INCLUSIÓN	142	93	113
SELECCIÓN POR TÍTULO Y/O RESUMEN	12	18	8
SELECCIÓN POR LECTURA COMPLETA Y CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	0	3	1
DESCRIPTOR	("interprofessional collaboration" AND ("interventions" OR "strategy")) NOT "education[Title]"		
BASE DE DATOS	DIALNET	PUBMED	SCOPUS
RESULTADOS	33	6070	456
CRITERIOS DE INCLUSIÓN	21	292	91
SELECCIÓN POR TÍTULO Y/O RESUMEN	0	14	5
SELECCIÓN POR LECTURA COMPLETA Y CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	0	5	1
DESCRIPTOR	"Interprofessional Collaboration" AND "Interprofessional education"		
BASE DE DATOS	DIALNET	PUBMED	SCOPUS
RESULTADOS	153	6914	1601
CRITERIOS DE INCLUSIÓN	88	225	194
SELECCIÓN POR TÍTULO Y/O RESUMEN	9	17	10
SELECCIÓN POR LECTURA COMPLETA Y CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	2	6	6

ANEXO 2

Información sobre los artículos incluidos en la revisión bibliográfica.

AUTOR(ES)	TÍTULO Y AÑO	LUGAR DE PUBLICACIÓN	METODOLOGÍA	OBJETIVO PRINCIPAL	RESULTADOS
Miró Bonet M.	Práctica colaborativa interprofesional en salud: Conceptos clave, factores y percepciones de los profesionales. (2016)	Educación Médica	Revisión bibliográfica	Examinar evidencias sobre conceptos clave que establecen las bases para comprender la práctica interprofesional.	Se abordan objetivos, beneficios y percepciones de profesionales en torno a la PCI, así como los principales retos futuros para su consolidación.
World Health Organization	Framework for action on Interprofessional education and collaborative practice. (2010)	Página Oficial de la Organización Mundial de Salud	Marco teórico	Exponer los conceptos necesarios para realizar un marco teórico.	Marco teórico sobre la educación y colaboración interprofesional
González López MM, Esquinas López C, Romero Garcí M, Benito Aracil L, Martínez Momblan M.A, Villanueva Cendán M, et al.	Intensity of Interprofessional Collaboration and related factors in Intensive Care Units. A descriptive cross-sectional study with an analytical approach. (2024)	Enfermería intensiva	Estudio descriptivo, transversal y analítico	Determinar la colaboración interprofesional entre los profesionales sanitarios que trabajan en las UCI polivalentes de un Hospital de tercer nivel.	La intensidad global de la colaboración interprofesional fue moderada, destacando puntuaciones más elevadas en hombres, profesionales con mayor experiencia laboral y en el colectivo médico en comparación con el de enfermería.
Mahdzadeh M, Heydari A y Karimi Moonaghi H.	Clinical Interdisciplinary Collaboration Models and Frameworks From Similarities to Differences: A Systematic Review. (2015)	Global Journal of Health Science	Revisión sistemática	Revisar evidencia de modelos o marcos con enfoque cualitativos sobre la colaboración interdisciplinaria en enfermería clínica.	Se identifican hallazgos sobre los contextos, procesos y resultados de la PCI, destacándose el contexto como un factor clave. Entre los principales resultados se encuentran la mejora asistencial, la reducción de errores y el aumento de la satisfacción profesional.
Haslam Larmer L, Krassikova A, Wojtowicz E, Vellani S, Feldman S, Katz P, et al.	Nurse Practitioner and Physician Collaboration in the Long-Term Care Setting: Secondary Analysis of a Scoping Review. (2025)	Journal of the American Medical Directors Association	Análisis secundario de una revisión de alcance	Caracterizar los elementos de la colaboración entre las enfermeras profesionales y los médicos en centros de atención a largo plazo mediante la aplicación del "Modelos Básico de Practica Colaborativa Estructurada".	El análisis reveló que la coordinación y la comunicación fueron los elementos reportados con mayor frecuencia.

Reeves S, Lewin S, Espin S, Zwarenstein M.	Interprofessional Teamwork for Health and Social Care. (2010)	Oxford Book	Marco teórico	Proponer un marco teórico sobre la colaboración interprofesional.	Desarrollo de los puntos clave sobre la colaboración interprofesional.
Karam, M, Brault, I, van Durme T, Macq J	Comparing interprofessional and interorganizational collaboration in healthcare: A systematic review of the qualitative research. (2018)	International Journal of Nursing Students	Revisión sistemática	Aclarar las características específicas de los marcos conceptuales de la colaboración interprofesional e interorganizacional en el ámbito sanitario.	Se exponen las similitudes y diferencias entre los marcos de colaboración interprofesional y colaboración interorganizacional.
Serrano Gemes G, Rich Ruiz M.	Intensidad de colaboración interprofesional entre enfermeras de cuidados intensivos de un hospital de tercer nivel. (2018)	Enfermería Intensiva	Estudio observacional descriptivo y transversal	Medir la intensidad de colaboración interprofesional (ICP) en enfermeras de una unidad de cuidados intensivos (UCI) de un hospital de tercer nivel.	El 62,3% tuvieron valores de ICP media. Se encontró asociación estadísticamente significativa entre ICP (puntuación global) y apreciación global con años de experiencia en cuidados críticos.
Abu Rish Blakeney E, Baird J, Beaird G, Khan A, Parente V M, O'Brien K D, et al.	How and why might interprofessional patient- and family-centered rounds improve outcomes among healthcare teams and hospitalized patients? A conceptual framework informed by scoping and narrative literature review methods. (2023)	Frontiers in Medicine	Revisión bibliográfica	Articular un marco que pueda probarse en estudios de investigación posteriores.	Se propone un marco conceptual preliminar, específico para el contexto, que ilustra las interrelaciones entre cuatro componentes principales de la IPFCR (enfoque interprofesional, participación intencional del paciente y la familia, estructura de rondas, desarrollo compartido de un plan de atención diaria), mejoras en la comunicación y mejores resultados.
Niezen M G H, Mathijssen J J P	Reframing professional boundaries in healthcare: A systematic review of facilitators and barriers to task reallocation from the domain of medicine to the nursing domain. (2014)	Health Policy	Revisión sistemática	Explorar los principales facilitadores y barreras para la reasignación de tareas.	El análisis temático reveló cuatro categorías de facilitadores y barreras: (1) conocimientos y capacidades, (2) límites profesionales, (3) entorno organizacional y (4) entorno institucional.
Alzate Moreno M, Calderón Breñosa B, Rodríguez San Miguel K, Sarasa Monreal M M.	Colaboración interprofesional en las sesiones clínicas de una Unidad de Cuidados Intensivos: percepción de enfermeras y médicos. Una revisión sistemática de la literatura. (2025)	Enfermería Intensiva	Revisión sistemática	Explorar las percepciones de enfermeras y médicos sobre la práctica colaborativa en las sesiones clínicas conjuntas en una Unidad de Cuidados Intensivos.	El análisis de las publicaciones identificó cinco categorías clave relacionadas con la colaboración interprofesional: su definición, el impacto en la práctica clínica, las barreras percibidas, los roles profesionales y las estrategias de mejora propuestas por enfermeras y médicos.

Brandt S K, Essig S, Balthasar A	Health professionals' willingness to share responsibility and strengthen interprofessional collaboration: a cross-sectional survey. (2025)	BMC Medical Education	Estudio descriptivo transversal	Comparar la disposición a asumir o renunciar a la responsabilidad de la toma de decisiones en la atención al paciente y su disposición a fortalecer la CIP entre miembros de cinco profesiones sanitarias principales.	Los sanitarios mostraron gran disposición para asumir más responsabilidad en la toma de decisiones sobre el cuidado del paciente, especialmente los asistentes de práctica médica (52.3%) y enfermeras (46.8%). Los médicos presentaron opiniones divididas. Además, hubo una alta disposición para fortalecer la colaboración interprofesional, con una relación estadísticamente significativa entre la disposición a asumir más responsabilidad y a mejorar la PCI.
Martínez González N A, Tandjung R, Djalali S, Rosemann T.	The impact of physician-nurse task shifting in primary care on the course of disease: A systematic review. (2015)	Human Resources for Health	Revisión sistemática	Evaluar la evidencia sobre la delegación de funciones entre médicos y enfermeras en atención primaria en relación con la evolución de la enfermedad y las funciones de las enfermeras.	La mayoría (84 %) de las estimaciones de los estudios no mostraron diferencias significativas entre la atención dirigida por enfermeras y la atención dirigida por médicos, las enfermeras lograron mejores resultados en la prevención secundaria de la enfermedad cardíaca y un mayor efecto positivo en el manejo de la dispepsia y en la reducción del riesgo cardiovascular en pacientes diabéticos.
Bhavani A G, Jayakumar S S, Mishra S N.	Exploring the Impact of Interprofessional Education on Teamwork and Communication in Healthcare Settings. (2022)	Health Leadership and Quality of Life	Revisión bibliográfica	Explorar el impacto de la educación interprofesional en el trabajo en equipo y la comunicación en entornos sanitarios.	Los resultados de la revisión bibliográfica, incluido el metaanálisis, se agruparon en tres temas generales: Estrategias para la EPI, Aspectos de la EPI y Dificultades de la EPI.
Gassim Aldriwesh M, Mohammed Alyousif S, Sulaiman Alharbi N.	Undergraduate-level teaching and learning approaches for interprofessional education in the health professions: a systematic review. (2022)	BMC Medical Education	Revisión sistemática	Determinar cómo se ha implementado la EIP en los currículos universitarios de pregrado, centrándose en los enfoques de enseñanza y aprendizaje.	Los hallazgos indicaron que, de todos los enfoques de enseñanza y aprendizaje, la educación basada en simulación, el aprendizaje en línea y el aprendizaje basado en problemas fueron los más utilizados para impartir la EIP.
Reeves S, Clark E, Lawton S, Ream M, Ross F.	Examining the nature of interprofessional interventions designed to promote patient safety: a narrative review. (2017)	International Journal for Quality in Health Care	Revisión bibliográfica	Explorar la literatura sobre seguridad del paciente para identificar enfoques de intervención interprofesional, fuentes de evidencia y resultados informados.	La mayoría informó resultados relacionados con cambios en las actitudes, el conocimiento y las habilidades de los profesionales. Sin embargo, hubo menos estudios que informaron cambios en los comportamientos de seguridad de los profesionales, las prácticas organizacionales o el beneficio para los pacientes.
Cadet T, Cusimano J, McKearney S, Honaker J, O'Neal C, Taheri R, et al.	Describing the evidence linking interprofessional education interventions to improving the delivery of safe and effective patient care: a scoping review. (2024)	Journal of Interprofession al Care	Revisión sistemática	Describir y resumir la evidencia que vincula las intervenciones de EIP con la prestación de una atención eficaz al paciente.	Los artículos identificados aportaron evidencia contundente que respalda una relación positiva entre las intervenciones de EIP y diversas medidas clave de calidad de la salud, como la duración de la estancia hospitalaria, los errores médicos, la satisfacción del paciente, la educación del paciente o cuidador, y la mortalidad.

Reeves S, Perrier L, Goldman J, Freeth D, Zwarenstein M	Effects on professional practice and healthcare outcomes. (2013)	Cochrane Library	Revisión sistemática	Evaluar la eficacia de las intervenciones de EIP en comparación con intervenciones educativas separadas y específicas para cada profesión; y evaluar la eficacia de las intervenciones de EIP en comparación con ninguna intervención educativa.	Siete estudios indicaron que la EIP produjo resultados positivos en las siguientes áreas: atención de la diabetes, cultura del departamento de emergencias y satisfacción del paciente; comportamiento de equipo colaborativo y reducción de las tasas de error clínico para los equipos del departamento de emergencias; comportamiento de equipo colaborativo en quirófanos; gestión de la atención brindada en casos de violencia doméstica; y competencias de los profesionales de la salud mental relacionadas con la prestación de atención al paciente.
Delawala F, Heymans Y, Christmals D.	Conceptualisation, development and implementation of Interprofessional Education programmes: A qualitative document analysis. (2022)	Journal of Taibah University Medical Sciences	Estudio analítico cualitativo	Analizar los programas de EIP de seis instituciones de formación en profesiones de la salud de países de ingresos altos y de países de ingresos bajos y medios, según los 12 pasos de la introducción de programas de EIP para profesiones de la salud.	Este documento proporciona una guía paso a paso y una lista de tareas para ayudar a los educadores a conceptualizar, desarrollar, implementar y revisar sus programas de EIP. Recomendamos que las instituciones revisen y contextualicen estos hallazgos y los implementen en sus programas de EIP desde su concepción hasta su revisión final.
Mulvale G, Embrett M, Razavi S D.	"Gearing Up" to improve interprofessional collaboration in primary care: A systematic review and conceptual framework. (2016)	BMC Primary Care	Revisión sistemática	Identificar estudios que demuestren una asociación entre los factores sugeridos y los procesos colaborativos en los Equipos Interprofesionales de Atención Primaria.	Dieciocho factores se asociaron significativamente con la colaboración en al menos un artículo. Se presentan los hallazgos dentro de un modelo conceptual propuesto de "engranajes" interrelacionados. El modelo ofrece una taxonomía de factores que los responsables políticos (engranaje macro), los gerentes organizacionales (engranaje meso), los equipos de atención (engranaje micro) y los profesionales de la salud (engranaje individual) pueden ajustar para mejorar la colaboración interprofesional en los equipos de PCI.
Visser C L F, Ket J C F, Croiset G, Kusrkar R A.	Perceptions of residents, medical and nursing students about Interprofessional education: A systematic review of the quantitative and qualitative literature. (2017)	BMC Medical Education	Revisión sistemática	Identificar los facilitadores y barreras que los residentes, estudiantes de medicina y enfermería perciben en su Educación Interprofesional (EIP) en un entorno clínico con otros estudiantes de salud.	Las percepciones y actitudes de los residentes y estudiantes podrían categorizarse en 'Preparación para la EIP', 'Barreras para la EIP' y 'Facilitadores de la EIP'. Dentro de cada categoría, trabajan en tres niveles: individual, proceso/curricular y cultural/organizacional.
White S, Lambert S, Visker J, B á ñez JC, Lasser B, Cichon T, et al.	Public Health Education Student Stereotypes of Other Health Professions Before and After an Interprofessional Education Program. (2019)	Health Professions Education	Ensayo Caso-Control	Evaluar el impacto de un programa de educación interprofesional en los estereotipos que los estudiantes de educación en salud p ú blica tienen sobre otras profesiones de la salud.	Al finalizar el programa, el grupo experimental mejoró significativamente su percepci ó n de los estudiantes de enfermer í a en nueve caracter í sticas profesionales positivas.

**ANÁLISIS DE LA COLABORACIÓN INTERPROFESIONAL EN EL ÁMBITO SANITARIO:
REVISIÓN NARRATIVA DEL BINOMIO ENFERMERA-MÉDICO**

[2025]

ANDREA MORENO RESINO. CURSO 2024-2025

van Diggele C, Roberts C, Burgess A, Mellis C.	Interprofessional education: tips for design and implementation. (2020)	BMC Medical Education	Revisión bibliográfica	Describir puntos clave para planificar y practicar la facilitación interprofesional en el aula y en el ámbito clínico.	Consejos y requisitos para diseñar un programa educativo de forma interprofesional.
Grymonpre R E.	Faculty development in interprofessional education (IPE): Reflections from an IPE coordinator. (2016)	Journal of Taibah University Medical Sciences	Revisión bibliográfica	Describir las estrategias que impulsaron el desarrollo interprofesional del profesorado en el marco de la Iniciativa de EIP de la Universidad de Manitoba (la Iniciativa) entre 2008 y 2015, destacar ejemplos implementados y evaluados, y ofrecer reflexiones del coordinador de EIP.	Se describen las oportunidades de desarrollo interprofesional del profesorado, tanto para docentes con y sin experiencia práctica, y se presentan los resultados de la evaluación.
Reeves S, Barr H.	Twelve steps to evaluating interprofessional education. (2016)	Journal of Taibah University Medical Sciences	Diseño curricular	Presentar un plan paso a paso para ayudar a los lectores a diseñar, implementar y difundir evaluaciones de la educación interprofesional	Se desarrollan los doce pasos a seguir para poder planear la evaluación de un programa de educación interprofesional
Levesque M J, Etherington C, Lalonde M, Moradi N, Sikora L, Stacey D.	Interventions to facilitate interprofessional collaboration in the operating theatre: A scoping review. (2024)	Journal of Perioperative Practice	Revisión bibliográfica	Identificar intervenciones de colaboración interprofesional que involucran a equipos de quirófano y describir su efecto en la facilitación de la comunicación, el trabajo en equipo y la seguridad.	A pesar de la baja calidad de los diseños de los estudios, cuatro intervenciones mejoraron la comunicación y el trabajo en equipo, así como los resultados de seguridad. Solo un estudio, que utilizó capacitación de equipos, informó que las intervenciones a nivel organizacional mejoraron el trabajo en equipo y los resultados de seguridad.
Heip T, van Hecke A, Malfait S, van Biesen W, Eeckloo K.	The Effects of Interdisciplinary Bedside Rounds on Patient Centeredness, Quality of Care, and Team Collaboration: A Systematic Review. (2020)	Journal of Patient Safety	Revisión sistemática	Explorar la evidencia sobre los efectos de las rondas interdisciplinarias al lado de la cama (RIC) en la centralidad del paciente, la calidad de la atención y la colaboración en equipo.	La ronda interdisciplinaria de atención a pie de cama tiene un potencial impacto positivo en la centralidad del paciente, la calidad de la atención y la colaboración en equipo. Las barreras percibidas para el uso de la RBI son las limitaciones de tiempo, la falta de objetivos compartidos, la diversidad de responsabilidades de los diferentes profesionales, la jerarquía y las dificultades de coordinación.
Kong L, Briggs E, Xyrichis A	What is the effect of different interprofessional education teaching strategies on healthcare professions students' interprofessional learning outcomes? A systematic narrative review. (2025)	Nurse Education In Practice	Revisión bibliográfica	Explorar las distintas estrategias pedagógicas empleadas en programas de educación interprofesional (EIP) en el ámbito pre-licenciatura, así como los componentes más efectivos de dichas estrategias para fomentar el aprendizaje estudiantil, el desarrollo de competencias interprofesionales, el cambio de comportamiento, la mejora de la práctica organizacional y los resultados en salud de los pacientes.	La simulación fue utilizada con frecuencia por educadores de EIP en entornos de educación sanitaria de pregrado, lo que modificó la actitud de los participantes hacia el aprendizaje interprofesional. Además, el juego de roles, la discusión en grupo y los estudios de caso mostraron beneficios significativos en la mejora de las habilidades de comunicación y colaboración.

ANEXO 3

Beneficios de aspecto clínicos, comunicativos y colaborativos mostrados en la revisión sistemática propuesta por Reeves et al.

AUTOR Y AÑO	POBLACIÓN Y/U OBJETIVO	INTERVENCIÓN	RESULTADOS
Barcelo, 2010	Paciente diabético en centros de atención primaria.	Tres sesiones de aprendizaje interprofesional, incluyendo al paciente: programa de educación diabética para pacientes, capacitación en cuidado del pie y capacitación en el servicio.	La proporción de personas con buen control glucémico en el GI aumentó un 11% tras la intervención. La proporción de personas que alcanzaron tres o más objetivos de mejora de la calidad aumentó un 53,1% en el GI, mientras que el GC experimentó una disminución no significativa de un 6,5%.
Campbell, 2001	Identificación de mujeres con maltrato agudo en Urgencias.	Programa de dos días, desarrollado e implementado por organizaciones de prevención de la violencia (instrucción didáctica, dramatización, planificación y trabajo en equipo para desarrollar un plan de acción escrito).	El GI registró niveles significativamente más altos en todos los componentes del indicador de cambio de sistema de "cultura del departamento de urgencias" y niveles más altos de satisfacción del paciente que el GC.
Strasser, 2008	Unidades de rehabilitación de accidentes cerebrovasculares.	Programa de EIP de implementado durante seis meses: taller interactivo, resolución de problemas, uso de datos de retroalimentación del desempeño y creación de planes de acción para la mejora de procesos.	La proporción de personas que habían sufrido un accidente cerebrovascular y que obtuvieron una ganancia funcional superior a la mediana aumentó un 4,4% en el GI, mientras que disminuyó un 9,2% en el GC. Al mismo tiempo, la intervención no tuvo un efecto medible en la duración de la estancia hospitalaria de los participantes.
Thompson, 2000	Identificación de la violencia doméstica y la gestión colaborativa de las clínicas de atención primaria.	Dos sesiones de EIP, un boletín informativo bimensual, rondas educativas clínicas, apoyo del sistema (pósteres, tarjetas de referencia, cuestionarios) y retroalimentación de los resultados.	La documentación de incidentes de violencia doméstica aumentó un 14,3%. La documentación se multiplicó por 3,9 a los nueve meses en las clínicas de intervención, en comparación con los GC. La calidad registrada de la asistencia a pacientes con violencia doméstica no varió.
Janson, 2009	Persona con diabetes tipo 2.	Presentaciones didácticas semanales, debates clínicos y visitas clínicas. El GI también recibió informes trimestrales del panel de pacientes sobre los puntos de referencia del proceso de atención y los marcadores del estado clínico.	Los participantes del GI recibieron con mayor frecuencia evaluaciones de HbA1c, colesterol de LDL, presión arterial, micro albuminuria, tabaquismo, y exámenes de los pies. Los participantes del GI tuvieron más visitas planificadas a medicina general.

Taylor, 2007	Prestación de servicios para la diabetes.	Actividades interactivas: redistribución de tareas, métodos de comunicación estandarizados y desarrollo de herramientas de apoyo a la toma de decisiones	La intervención logró mejoras en las pruebas de niveles de microalbúmina (+7,40 %) y HbA1c (+3,80). No queda claro en el informe si la intervención es independiente de otros cambios. Además, los resultados no se evaluaron a ciegas.
Helitzer, 2011	Mejorar las habilidades de comunicación centrada en el paciente y la competencia para discutir los riesgos de salud de los pacientes.	La intervención consistió en capacitación centrada en la comunicación centrada en el paciente sobre factores de riesgo conductuales e incluyó un día completo de EIP, retroalimentación individualizada sobre interacciones grabadas en video con pacientes simulados y talleres opcionales para reforzar las estrategias para involucrar al paciente. .	Después de seis meses, se observó una diferencia significativa en las puntuaciones de la comunicación centrada en el paciente, que favoreció al GI. Después de 18 meses, las puntuaciones de la comunicación centrada en el paciente, significativamente más altas, del GI se mantuvieron.
Morey, 2002	Mejorar el comportamiento colaborativo del personal del hospital	La intervención consistió en un curso de educación de coordinación del equipo, así como la implementación de estructuras y procesos formales de trabajo en equipo. El curso consistió en 8 horas de instrucción en un día. El formato fue conferencias, discusión de comportamientos, ejercicios prácticos y discusión de segmentos de video.	Los resultados mostraron una mejora estadísticamente significativa en la calidad de los comportamientos de equipo observados entre los GI y GC tras la capacitación.
Weaver, 2010	Mejorar el trabajo en equipo para el personal de quirófano de dos hospitales comunitarios..	La intervención consistió en una sesión de cuatro horas que incluyó presentaciones didácticas y actividades interactivas de juego de roles entre los participantes dirigidos a mejorar sus conocimientos y habilidades de trabajo en equipo y colaboración.	Se informó que los participantes del GI participaron significativamente en más sesiones informativas previas al caso del equipo después de asistir a la capacitación. También se observó un aumento significativo en la proporción de intercambio de información (p. ej., los miembros del equipo de intervención se mostraron más dispuestos a hablar y participar durante las sesiones informativas). Este patrón también se observó en la frecuencia de las discusiones sobre el plan de atención.
Young, 2005	Mejorar la competencia de los profesionales de la salud mental que trabajan en organizaciones comunitarias de salud mental.	La intervención consistió en 6 componentes educativos impartidos durante un período de un año que incluyeron presentaciones, debates, grupos pequeños y técnicas de juego de roles, así como visitas de seguimiento de un día completo a los centros. También se dedicaron 16 horas adicionales al personal de los centros.	Se informó que, en comparación con los profesionales de la salud mental del GC, los profesionales del GI informaron puntuaciones significativamente más altas en relación con las siguientes competencias: trabajo en equipo, enfoques holísticos, educación sobre el cuidado, métodos de rehabilitación y competencia general.

GC: Grupo(s) control(es) // GI: Grupo(s) de intervención(es)