

Pech Pech, Abigail; Castillo León, Teresita; Echeverría Echeverría, Rebelín
Diagnóstico de Competencias Profesionales para el Trabajo en Equipos Interdisciplinarios en una
Unidad de Salud

Psicología Iberoamericana, vol. 13, núm. 1, 2005, pp. 12-19
Universidad Iberoamericana, Ciudad de México
Distrito Federal, México

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=133926982004>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org

Diagnóstico de Competencias Profesionales para el Trabajo en Equipos Interdisciplinarios en una Unidad de Salud

Diagnosis of Professional Skills for Interdisciplinary Teamwork in a Health Center

Abigaíl Pech Pech, Teresita Castillo León* y Rebelín Echeverría Echeverría
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE YUCATÁN

Resumen

En el presente estudio se exponen los resultados del diagnóstico realizado en la unidad universitaria del Programa UNI/Mérida en Mérida, Yucatán. Éste se realizó para identificar el estado actual de las competencias profesionales del personal para el trabajo en equipos interdisciplinarios en Atención Primaria de la Salud. Los resultados se usarán para elaborar e implementar un programa que permita desarrollar y/o fortalecer las competencias profesionales pertinentes. La metodología de investigación-acción participativa incluye un diagnóstico participativo con el personal, aplicación de escalas Likert y cuestionarios, entrevistas y revisión de documentos. Los resultados indican la necesidad de desarrollar conocimientos e incrementar habilidades y actitudes sobre aspectos como interdisciplina, toma de decisiones, liderazgo, manejo de conflictos y comunicación para optimizar el trabajo en equipos interdisciplinarios.

Descriptores: diagnóstico, competencias profesionales, entrenamiento de profesionales, tratamiento interdisciplinario, servicios públicos de salud

Abstract

The results of a diagnosis done at the university unit of the Programa UNI/Mérida in Mérida, Yucatán are exposed. This diagnosis was done to identify the personnel professional competences for the interdisciplinary teamwork in Primary Health Care. The results will be used to elaborate and implement a program to develop and/or improve the relevant professional competences. Participatory-action research methodology includes a participative diagnosis with the personnel, Likert scales and quizzes, interviews and literature review. Results indicate the need to develop knowledge and to improve abilities and attitudes on interdiscipline, decision making, leadership, conflict managing and communication to optimize interdisciplinary teamwork.

Descriptors: diagnosis, professional competences, professional training, interdisciplinary treatment, public health services

Introducción

El presente trabajo es producto de una investigación realizada dentro del Programa Una Nueva Iniciativa (UNI/Mérida), el cual tiene como propósito lograr un modelo de trabajo conjunto de la universidad, los servicios de salud y la comunidad con la finalidad de mejorar la formación de los nuevos profesionales del área, aumentar la calidad de la atención en los servi-

cios de salud y lograr una mayor participación comunitaria autogestiva en cuestiones de salud.

Desde los inicios del programa se ha señalado la importancia del trabajo en equipos interdisciplinarios como estrategia fundamental para atender la salud de manera integral. Sin embargo, a través de los años, el modelo de atención a la salud tradicional se ha presentado de manera hegemónica, lo cual ha limitado que la experiencia de trabajo interdisciplinario se pre-

* Dirigir correspondencia a: 31-A por 8 s/n, Mérida, Yucatán, C.P. 97149. Correo electrónico: cleon@tunku.uady.mx

sente de manera continua. La atención individual de carácter asistencial y unidisciplinario ha sido dominante y ha dificultado la implementación de estrategias de acción alternativas. Se registran avances en el desarrollo de trabajo multiprofesional pero se necesitan mayores esfuerzos para el logro del trabajo en equipos interdisciplinarios.

De ahí la importancia y la necesidad de realizar diferentes acciones que permitan que el trabajo en equipos interdisciplinarios se vuelva el paradigma dominante y así poder brindar un servicio de atención integral a la salud de mayor calidad, no sólo en este programa sino también en otros servicios de salud. En Yucatán es necesario contar con personal de salud configurado en equipos con competencias profesionales pertinentes, en términos de conocimientos, habilidades y actitudes, que puedan ofrecer una atención de calidad mediante el abordaje integral e interdisciplinario de la salud. Es por ello que el objetivo general de la investigación es proponer un modelo metodológico para el desarrollo de competencias profesionales que permita reconstruir las prácticas en la atención a la salud y con ello responder con calidad a las necesidades que presenta la población usuaria, desde de una perspectiva de trabajo en equipos interdisciplinarios y dentro del marco conceptual de la Atención Primaria de la Salud (APS) (Organización Mundial de la Salud, OMS, 1978).

Como primer paso para alcanzar el objetivo final, se ha realizado un diagnóstico sobre el desarrollo de competencias profesionales para el trabajo en equipos interdisciplinarios en diversas unidades de salud del Programa UNI/Mérida. De manera particular, en el presente trabajo tenemos como objetivo específico reportar los resultados de una parte de la investigación, consistente en el diagnóstico de la situación actual de las competencias profesionales para el trabajo en equipos interdisciplinarios en atención primaria de la salud del personal que labora en la unidad de salud universitaria del Programa UNI/Mérida.

Marco teórico

Las políticas actuales en salud a nivel local, nacional e internacional establecen la necesidad de proporcionar servicios de calidad a la población. La calidad, en la actualidad, es un valor explícito, tanto para los profesionales como para los sistemas de salud (Ruelas, 1992), la cual se puede definir como la obtención de los mayores beneficios posibles de la atención en

salud con los menores riesgos para el usuario. Los beneficios están en función de lo alcanzable de acuerdo con los recursos con los que se cuenta para brindar la atención (Ruelas, 1992). Sin embargo, hay que considerar que la mera satisfacción del usuario no resulta suficiente. La relación beneficios y riesgos determina la calidad y la satisfacción, de manera que es posible que el paciente quede satisfecho con la atención recibida aun cuando no pueda juzgar la verdadera efectividad del tratamiento. De ahí la importancia de establecer criterios y estándares que posibiliten el monitoreo y evaluación de la calidad (Donabedian, 2001a, 2001b).

Los avances en la búsqueda de la calidad y en el conocimiento científico han llevado al abandono progresivo del quehacer individual, dando paso al trabajo en equipos interdisciplinarios como estrategia básica que permite abordar integralmente la atención a la salud. Sin embargo, utilizar esta estrategia implica diversos cambios que inician desde la formación profesional del área de la salud. La reciprocidad existente entre la calidad de la atención y la educación de los profesionales de la salud es un componente del nuevo paradigma de atención concebido como un estado biopsicosocial.

La influencia de factores psicológicos y del contexto sociocultural en las cuestiones de salud ha sido reconocida desde hace más de medio siglo y ha llevado a la necesidad de reorganizar los servicios e impulsar la prevención con la finalidad de establecer estrategias (como la APS) que permitan la cobertura de las necesidades básicas de la población con un enfoque integral (OMS, 1978; Almeida, Feuerwerker & Llanos, 1999). Para alcanzar las metas, las acciones de la APS son integrales e incluyen fundamentalmente lo preventivo, basándose en la promoción de la salud y la prevención primaria (Kroeger & Luna, 1992). Realizar este tipo de acciones implica pasar del objetivo de la enfermedad individual al de salud integral-colectiva y priorizar el trabajo en equipos interdisciplinarios, donde cada componente del mismo contribuye con competencias específicas al logro de la mejoría en el estado de la salud. Estos equipos trabajan en centros de salud ubicados en las comunidades y sus acciones se ajustan a las necesidades reportadas por la población que asume un papel protagónico.

Dentro de este modelo de salud, los equipos interdisciplinarios son la estructura organizativa y funcional de los servicios a la comunidad que abordan diferentes aspectos de la vida cotidiana desde diferentes perspectivas, de manera global y ofrecen solu-

ciones más creativas ante las diversas necesidades encontradas en la comunidad. De manera que la verdadera concepción del problema o de la promoción de la salud, sólo puede lograrse desde la mirada del equipo como totalidad hacia el hombre o la comunidad.

La interdisciplina en los equipos de salud resulta imprescindible para la adecuada implementación de programas de calidad de atención bajo el enfoque de la APS. Por trabajo interdisciplinario se entiende "la búsqueda de vínculos, encuentros y cooperación entre dos o más disciplinas" que "implica la reciprocidad de intercambios y el mutuo enriquecimiento" (Castro, 1993, pp. 46 y 49). Se distingue del trabajo multidisciplinario en que este último se relaciona con la presencia conjunta de especialistas que trabajan independientemente, donde se da un vínculo en términos de comunicación de resultados, préstamo de conocimientos o métodos de las disciplinas (Castro, 1993). Esto no implica necesariamente un trabajo conjunto ni interdependiente entre los diferentes profesionales. Los integrantes de un equipo interdisciplinario deben reconocer como punto de encuentro la realidad misma y no las disciplinas de origen; deben asumir objetivos comunes, sin jerarquías verticales. De lograrse una buena integración a partir de estos elementos se posibilita el trabajo interdisciplinario que como requiere del buen manejo de los recursos y de sistemas adecuados de comunicación.

La noción de equipo es fundamental, ya que no es lo mismo trabajar en grupo que en equipo. Los grupos de trabajo se componen de integrantes que trabajan juntos para terminar una tarea, su interacción es para intercambiar información y tomar decisiones a fin de ayudar a cada miembro en su área de responsabilidad. Así, no implica necesariamente esfuerzo conjunto, lo que lo diferencia del trabajo en equipo, el cual es un tipo de grupo cuyos esfuerzos individuales al darse de manera conjunta dan como resultado un desempeño mayor que la suma de sus aportaciones individuales (Robbins, 1999). Significa hacer cosas juntos (Robbins & Finley, 1999). Así, un equipo se define como un grupo de personas con un grado elevado de interdependencia y dedicado a conseguir un objetivo cuya única forma de conseguirlo es trabajando juntos (Robbins & Coulter, 2000; Thiagarajan & Parker, 2000). Supone facilidad para la relación interpersonal y la capacidad de comprender que las acciones de una persona influye en el éxito de las acciones de las demás (Alles, 1999).

Por su importancia, se han realizado múltiples investigaciones para generar conocimientos respecto a

cuáles son las características que deben estar presentes para desarrollar buenos equipos. Así, tenemos, entre muchos, los estudios sobre el papel fundamental del liderazgo de Chang (1999); Jung & Sosik (2002); Kane, Zaccaro, Tremble & Masuda (2002); Trujillo (2002) y Chansler, Swamidass & Camman (2003); las investigaciones de Gurevitch (1990) sobre manejo de conflictos, de Dahlbäck (2003) sobre el papel de la toma de decisiones grupales en la disminución de los conflictos y de Bennet (1997) respecto de la comunicación. Sin embargo, el trabajo en equipos interdisciplinarios es más complejo, por lo que se requiere mayor investigación que permita facilitar su desarrollo.

Método

La temática de estudio se concentra en las competencias profesionales, entendidas como aquella serie de conocimientos, habilidades y actitudes necesarias y pertinentes que propician un desempeño efectivo y de alta calidad en una actividad determinada. Es la capacidad para dominar un campo determinado, poder tomar decisiones dentro de un ámbito específico y la disposición para lograr excelencia en su realización (López-Olivas, 2003) y que implican una formación cualitativamente relevante que integra conocimientos, habilidades y actitudes que se utilizan en combinaciones diferentes para desempeñar diversas tareas ocupacionales en determinados contextos (De la Torre, 2003).

Este estudio se concentra en la identificación de las competencias profesionales consolidadas en el personal de la unidad de salud, de aquellas existentes pero que requieren fortalecerse y de las que el personal de la unidad de salud carece, aun cuando son consideradas importantes para su práctica cotidiana. Aunado a lo anterior está la identificación de los elementos que favorecen las prácticas interdisciplinarias; así como los elementos que dificultan el desarrollo de las mismas. Así, las preguntas de investigación son las siguientes: ¿Cuáles son las competencias profesionales que el personal de la unidad de salud ha consolidado o está fortaleciendo en su práctica cotidiana? ¿Cuáles son las competencias profesionales que ha reconocido el personal de la unidad como importantes, a pesar de carecer de ellas? ¿Cuáles son los elementos que favorecen las prácticas interdisciplinarias? Y, finalmente, ¿cuáles son los elementos que dificultan las prácticas interdisciplinarias?

El diagnóstico efectuado en la unidad de salud universitaria del Programa UNI/Mérida se realizó mediante

una metodología de investigación acción participativa (Fals, 1985) en la que participaron 27 personas (profesionales y pasantes de servicio social) que conforman la totalidad del personal de esa unidad de salud. La investigación diagnóstica tuvo varias fases. Primeramente, se realizó un taller con todos los participantes con técnicas de Diagnóstico Comunitario Participativo (DCP), tales como mapeo, bitácoras, priorizaciones, fortalezas y debilidades, diagramas de flujo sobre causa-efecto, línea de vida y *ranking*. También se efectuó una investigación documental sobre la historia laboral de la unidad mediante la revisión y análisis de 43 documentos (planes operativos, informes anuales, evaluaciones de cluster, actas de consejo directivo, programas específicos de intervención y de capacitación).

Además, todos los participantes contestaron cuatro instrumentos de medición que abordaban aspectos sobre interdisciplina, liderazgo, trabajo en equipo, toma de decisiones, manejo de conflictos, disposición al cambio, trabajo en APS y sistemas de recompensas, entre otros temas. Uno de estos instrumentos fue una escala tipo Likert y los otros tres fueron tres cuestionarios que incluían preguntas de selección múltiple o jerarquización. Finalmente, a diez miembros del personal se les realizó una entrevista a profundidad (cinco profesionales, cuatro pasantes y la directora de la unidad de salud). Dado que esta investigación es de carácter cualitativo, los resultados encontrados no pueden ser generalizables. Sin embargo, la metodología empleada es factible de ser usada en otros escenarios para comprender y conocer el desarrollo sobre competencias profesionales pertinentes.

Resultados

A partir de la realización del Diagnóstico Comunitario Participativo (DCP) se cuenta con el registro gráfico de la situación social y laboral de los participantes en cuanto a la infraestructura, sus funciones, propósitos y trascendencia. En el turno matutino se identificaron, como espacios que favorecen el trabajo interdisciplinario, la sala de juntas y la de usos múltiples. Se reconoció como práctica cotidiana la optimización de áreas para el trabajo pues hay algunas de ellas que se utilizan con diferentes motivos. Sin embargo, disciplinas como derecho y rehabilitación necesitan sus propios espacios, al igual que en el turno vespertino.

Al parecer, las áreas de enfermería y psicología funcionan como enlaces en las actividades con otras

disciplinas, de ahí su importancia como facilitadoras para el logro de la interdisciplina. Sin embargo, algunas profesiones están muy aisladas (odontología), algunas no se ven como integradas (medicina) y de otras no se conoce bien su contribución (antropología). Uno de los elementos que favorecen el desarrollo de la interdisciplina es el gusto unánime por el trabajo, aunque se necesita más desarrollo de actividades que impliquen mayor participación comunitaria. Otros de los cambios necesarios en la unidad son de carácter físico, como la creación de espacios que permitan desarrollar más fácilmente acciones interdisciplinarias, ya que, de otro modo, los profesionales se concentran en las necesidades de carácter uniprofesional. A partir de la herramienta de la bitácora se identificaron personajes típicos de la unidad y las actividades que realizan el profesional asistencial, el profesional con enfoque comunitario, los pasantes y miembros de la comunidad que laboran dentro de la unidad. Se reconocieron como elementos que dificultan las prácticas interdisciplinarias la multiplicidad de papeles, las excesivas responsabilidades y las "intensas" cargas de trabajo.

La herramienta priorizadora se utilizó para comprender las preocupaciones prioritarias con relación a la calidad de la atención del servicio y/o el trabajo en equipo interdisciplinario. Como preocupaciones destacaron la falta de tiempo para dedicarle a las personas, la insuficiencia de espacio físico, además de la falta de equipo, material y medicamentos adecuados. Una de las prioridades fue la necesidad de equilibrar las profesiones en ambos turnos y combinar las actividades de servicio y docencia. Se reconoció que hay poco tiempo para los programas comunitarios y la necesidad de objetivos concretos para el trabajo interdisciplinario.

Asimismo, se aplicó la telaraña o diagrama de flujo de causa-efecto para entender las fortalezas y debilidades del equipo de salud acerca de la calidad de la atención y sus vínculos con el trabajo en equipo interdisciplinario, permitiendo diagnosticar el grado de disponibilidad y el impacto en el mejoramiento en estos aspectos. Esta herramienta reflejó y validó algunos de los resultados obtenidos en las herramientas antes mencionadas, como la necesidad de reuniones del equipo de salud, la búsqueda de alternativas de solución y difusión para aumentar la calidad de la atención, tener insuficientes instalaciones, la falta de interés de las autoridades pertinentes, la falta de respuesta a los programas, la resistencia al cambio y la cultura paternalista. Permitió identificar las posibles causas y la interrelación de las diversas preocupaciones.

ciones que inciden en el pleno desarrollo de la unidad de salud.

La línea de vida permitió aprender acerca de las normas sociales sobre el desempeño profesional del personal de salud, sus efectos en la calidad de la atención y el bienestar de los prestadores del servicio. Indicó la influencia de lo que se piensa y hace en términos profesionales. Respecto a UNI, el trabajo ha sido positivo y hay preferencia por el trabajo comunitario más que por hospitalario. Hay situaciones que crean frustración en los profesionales debido a la falta de respuesta de la gente y de espacio para laborar. Algunas estrategias señaladas para mejorar las situaciones negativas e impactar en la calidad de atención van en términos de lograr facilitar el compromiso de la gente y los profesionales, resolución de problemas con alternativas innovadoras, aprender de las experiencias, la disposición al servicio, la comunicación entre profesionales y la capacitación.

Mediante el *ranking* se diagnosticaron las preferencias personales sobre las técnicas o procedimientos de trabajo para la atención en el servicio evidenciándose el predominio de las actividades de tipo individual. Se reconoció la necesidad del trabajo interdisciplinario pero las actividades son unidisciplinarias. Los profesionales mencionaron que para el manejo de situaciones frecuentes o complejas se usa la atención individual inmediata ya que es más eficaz, fácil, satisfactoria, menos cara, causa menos demora y es de fácil acceso. Otras técnicas, como la atención individual diferida, la discusión con estudiantes o con asesores, la interconsulta formal con especialistas y la solicitud informal de opinión de otro especialista se ponderan en orden decreciente por razones similares, quedando en último sitio la discusión grupal interdisciplinaria. Sólo una disciplina (nutrición) la utiliza preferentemente por considerarla más eficaz, satisfactoria y fácil para el manejo de los problemas más complejos.

En relación a la investigación documental, se revisaron escritos que comprenden el periodo de 1995 a 2002; para su análisis se utilizaron como palabras clave: asistencia, interdisciplina, multidisciplina, multiprofesional y atención. No sólo se revisó la frecuencia de estas palabras en los textos sino, principalmente, su ubicación en los párrafos para analizar la información que se presentaba en los mismos.

A través de la lectura fue posible identificar diversos aspectos, tales como que, de manera recurrente, se expresa que tanto el grupo conductor (operativo) como las autoridades académicas universitarias deben incorporar en sus programas la APS, la modalidad

de enseñanza interdisciplinaria y el aprendizaje basado en problemas, de modo que se refleje tanto en los planes de estudio como en las acciones concretas dentro del programa. Sin embargo, las evidencias concretas de estos aspectos son pocas. Por ejemplo, a lo largo de la historia laboral de la unidad se registran avances en cuanto a la relación entre disciplinas, sin embargo, de manera dominante se presenta el trabajo asistencial unidisciplinario. El trabajo multidisciplinario se realiza principalmente cuando se realiza el diagnóstico comunitario de salud. Hay trabajo interdisciplinario en las sesiones clínicas, pero éstas son escasas. En diversos documentos se habla sobre el trabajo interdisciplinario pero su expresión se limita a ser un "discurso" que la plantea como importante y esencial.

En diversos documentos se plantea que el Programa UNI ha iniciado un cambio importante al comenzar a promover las bases de la atención multiprofesional y el análisis interdisciplinario de los problemas de salud, dado que la formación profesional en el área de la salud en nuestro medio, en su mayoría, está orientada hacia la atención del individuo y no de la colectividad. Trabajar en equipos multiprofesionales e interdisciplinarios que asumen la responsabilidad del trabajo comunitario es una alternativa distinta a lo comúnmente realizado. Sin embargo, se cuestiona si las facultades están aprovechando todas las potencialidades del modelo UNI y el consenso fue que pueden aprovecharse aún mucho más, ya que con la participación de otras disciplinas podría resolverse aún mejor los problemas de salud de la comunidad. Hay el reconocimiento de la necesidad del fortalecimiento del trabajo en equipo, de sistematizar la multiprofesionalidad, la interdisciplina, la recolección de información y el sistema de evaluación para continuar incrementando la calidad de atención a la salud.

Por otro lado, a través de las entrevistas se abordaron temas como calidad de la atención, misión-visión del programa, estructura, funciones y normatividad de la unidad, trabajo en equipo, liderazgo, comunicación, toma de decisiones, cambio e innovación, manejo de conflictos y competencias profesionales. Se evidenció que no existe el trabajo en equipos interdisciplinarios, ya que las preocupaciones van en el sentido de la propia disciplina. Hay disposición para el cambio, pero falta enfatizar el ser y no el tener. Hay desconocimiento de conceptos como APS, interdisciplina, trabajo comunitario y de la propia filosofía del Programa UNI. Se requiere desarrollar habilidades de comunicación, toma de decisiones, planeación de pro-

yectos interdisciplinarios y manejo de conflictos. Se necesita fortalecer actitudes de respeto a la diversidad, apertura a la crítica, flexibilidad y confianza.

Finalmente, en relación a los instrumentos, se aplicó una escala tipo Likert que media temas como liderazgo, trabajo en equipo, toma de decisiones, manejo de conflictos, confianza y responsabilidad compartida. Con las respuestas obtenidas se hicieron análisis de diferencias entre pasantes y profesionales a través de la prueba de Mann Whitney U. Las diferencias que fueron significativas se encuentran reportadas en la tabla 1. Los resultados significativos indican que los pasantes están de acuerdo en que el trabajo en equipo consume mucho tiempo (X de rango = 16.15; p . 0.05) y consideran que la función de liderazgo debe compartirse entre los miembros del equipo (X de rango = 16.35; p . 0.026). Los profesionales están de acuerdo en que los individuos se sienten más seguros cuando trabajan en equipo (X de rango = 17.90; p . 0.048), que después de haber decidido, es preciso preocuparse por encontrar medios para aplicar la decisión (X de rango = 18.10; p . 0.014); están muy de acuerdo en que un buen liderazgo garantiza el éxito (X de rango = 17.75; p . 0.027) y están indecisos sobre si al decidir solo, se puede cometer un error (X de rango = 17.70; p . 0.046). Los profesionales, al acordar una actividad con un compañero, casi siempre precisan cuándo y cómo se realizará ésta (X de rango = 18.25; p . 0.020) y consideran que, a veces, cuando un compañero comete siempre el mismo error es porque se le ha explicado mal el procedimiento (X de rango = 17.75; p . 0.041).

A partir de la aplicación del instrumento que abordaba sistemas de recompensas, se obtuvo que los participantes consideran como principales: el contar con

equipo e infraestructura y que se les reconozca la calidad de su trabajo; también, en menor medida, que el trabajo signifique un reto, el propio gusto por realizar su trabajo y tomar cursos junto con sus compañeros. En cuanto a las recompensas, se presentaron diferencias entre los profesionales y los pasantes. Los primeros consideran como las principales recompensas el recibir un incremento de sueldo y contar con prestaciones adicionales, mientras que a los pasantes les recompensa el gusto por las relaciones sociales de trabajo, los convivios y la retroalimentación.

De manera general, el personal señala que la unidad requiere de cambios para el logro de la interdisciplina y el desarrollo de competencias, se siente preparado para ello, sin embargo, reconoce la existencia de resistencias como el miedo al fracaso, la pereza, y la inexistencia de beneficios. Sugiere que las principales estrategias para el cambio serían las reuniones interdisciplinarias y las experiencias de aprendizaje planificadas.

Discusión

Los resultados reflejan la necesidad de incrementar conocimientos, así como desarrollar y fortalecer diversas habilidades y actitudes para poder optimizar el trabajo en equipos interdisciplinarios en congruencia con los conceptos vigentes de salud y los modelos actuales de calidad de la atención. Varios de estos aspectos ya fueron mencionados en la sección de resultados. Particularmente, existe la necesidad de tener el suficiente conocimiento, así como claridad y especificidad, respecto de las funciones de las diversas áreas disciplinarias participantes para poder integrarlas al realizar proyectos interdisciplinarios. Es indispensable, asimismo, distinguir entre los conceptos de *multidisciplina* e *interdisciplina* y profundizar en los conceptos de *salud integral* y *APS*. Entre las principales habilidades por desarrollar están la elaboración y la evaluación de proyectos interdisciplinarios. Es necesario consolidar las habilidades de comunicación, liderazgo, toma de decisiones, manejo de conflictos, el diseño de estrategias innovadoras para la resolución de problemas y el trabajo en equipos interdisciplinarios. Se requiere fortalecer las actitudes positivas hacia la interdisciplina, confianza, disponibilidad al servicio, respeto, tolerancia a la diversidad, flexibilidad, apertura crítica. Se requiere de aprovechar los espacios para el diseño de proyectos interdisciplinarios, como las sesiones clínicas y el diagnóstico,

Tabla 1. Análisis de diferencias entre pasantes y profesionales a partir de la prueba de Mann Whitney U.

Reactivos	Pasantes	Profesionales	Z	p
Te10	16.15	10.35	-1.984	.050
Te14	11.71	17.90	-2.039	.048
Lid19	16.35	10.00	-2.228	.026
Lid27	11.79	17.75	-2.211	.027
Td32	11.59	18.10	-2.466	.014
Td34	11.82	17.70	-1.992	.046
Re48	11.50	18.25	-2.332	.020
Rc49	11.79	17.75	-2.041	.041

como estrategia básica de trabajo en la unidad de salud y llevar programas de inducción y actualización con el personal de base y pasantes, así como incrementar la participación de los docentes, de la comunidad y de profesionales y/o estudiantes de otras disciplinas, eficientando los mecanismos de difusión y sensibilización.

Existe la necesidad de redefinir el papel del profesional de la salud partiendo de la ruptura de los esquemas paternalistas y la hegemonía de la atención asistencial y uniprofesional que se manifiesta en la resistencia al cambio por parte de las autoridades y la preferencia por la atención individualizada por considerarla fácil, eficaz, y pronta. Lo anterior, a partir de la revaloración de la APS y de conceptualizar el programa desde el punto de vista psicopedagógico, así como incorporar las modalidades de enseñanza interdisciplinaria, multiprofesional y el aprendizaje basado en problemas para aprovechar las oportunidades que ofrece el programa. Es importante lograr cambios en estos aspectos antes de realizar adecuaciones a los programas de estudio. Además, es esencial establecer una adecuada sistematización de las mismas y la evaluación de sus resultados de manera constante.

Finalmente, a través del desarrollo de dichas competencias profesionales y la redefinición de los papeles profesionales se podrían diseñar los planes operativos de las unidades con una visión a corto, mediano y largo plazo con objetivos concretos, siempre y cuando los profesionales reduzcan sus cargas de trabajo y la multiplicidad de papeles que tienen que asumir, así como mantener su disposición al cambio y reduzcan las resistencias como el miedo al fracaso y la pereza. Las principales estrategias para el cambio serían las reuniones interdisciplinarias y experiencias de aprendizaje. Para que los intentos de cambio tengan éxito se requiere planificarlo, reforzarlo, comunicarlo, generar redes de apoyo y expectativas de éxito y mostrar cómo hacer el cambio, es indispensable que a nivel organizativo se establezcan sistemas de recompensa a partir de los cuales se reconozca la calidad de su trabajo.

Conclusiones

El Programa UNI/Mérida como una nueva iniciativa para la educación de los profesionales de la salud es una opción que debe permitir sensibilizar y crear conciencia social en los estudiantes. Para mejorar, pro-

mover y apoyar la riqueza potencial del análisis interdisciplinario y el trabajo multiprofesional es necesario nombrar coordinadores académicos para cada unidad de salud, con el objetivo de integrar el trabajo tanto de los profesionales como de estudiantes y pasantes, establecer una relación horizontal efectiva, una actitud de elevado compañerismo, cooperación interdisciplinaria y compromiso social para posibilitar el trabajo, así como reorganizar los tiempos de trabajo de cada una de las unidades.

En el proceso salud-enfermedad se tiene como objetivo general la atención integral de la salud, pero hay pocas disciplinas en que entre sus funciones se especifique trabajar en forma interdisciplinaria, como son los casos de Psicología y Rehabilitación, que parecen tener una mayor disposición para las acciones comunitarias. Disciplinas como Medicina y Odontología se dedican a la práctica clínica asistencial, generalmente de manera individual, lo cual dificulta la implementación de alternativas innovadoras. A esto deben adicionarse aspectos normativos de los servicios de salud, en los cuales se le da un mayor peso al aspecto asistencial (enfatizada en aspectos como evaluación en términos del número de consultas brindadas), en lugar de favorecer la forma como se proporciona la atención dentro de un enfoque biopsicosocial. Igualmente, en los programas nacionales y los proyectos específicos no se mencionan las disciplinas responsables de las diversas metas; esto impide un compromiso para el logro de los objetivos.

Sería recomendable que el Programa UNI tenga manuales de inducción disponibles que cuenten con los datos importantes y que la información sea proporcionada a través de talleres, aunque primeramente debería haber un consenso sobre los pasos de la estrategia del trabajo interdisciplinario que no están puestos en el programa, por lo cual se percibe la necesidad de conceptualizar sobre ello. Esto llevaría también a la necesidad de realizar un programa de capacitación a todo el personal de base. De acuerdo con la metodología empleada en el presente estudio éste es el siguiente paso.

Finalmente, es necesaria la modificación de los proyectos existentes hacia el enfoque interdisciplinario enfocando la información hacia los profesionales de base, quienes son los que inician éstos. Además los programas, al estar bajo la responsabilidad de una sola disciplina, impiden el compromiso de otras para el logro de objetivos. Sería conveniente trabajar bajo el análisis de las necesidades comunitarias y pedirle a las disciplinas pertinentes la elaboración de un pro-

yecto para la solución. Es necesario realizar reuniones periódicas para analizar el avance de los programas además de las actividades periódicas. Sería conveniente incluir a los pasantes y no considerar como

parte del equipo de salud sólo a los profesionales de base. Estas reuniones deben ser por turno y también para el personal total, puesto que hay desinformación sobre las actividades realizadas en ambos turnos.

Referencias

- Alles, M. (1999). *Elija al mejor. Cómo entrevistar por competencias. Guía para el entrevistador*. Buenos Aires, Argentina: Granica.
- Almeida, M., Feuerwerker, L. & Llanos, M. (1999). *La educación de los profesionales de la salud en Latinoamérica: Teoría y práctica de un movimiento de cambio, Tomo 1: Una mirada analítica*. São Paulo: Hucitec y Buenos Aires: Da Uel.
- Bennet, G. (1997). *Medicación: Guía práctica para la mediación*. Buenos Aires: Paidós.
- Castro, M. (1993). *La psicología, los procesos comunitarios y la interdisciplinariedad*. Guadalajara: Universidad de Guadalajara.
- Chang, R. (1999). *La construcción de un equipo dinámico*. Buenos Aires: Granica.
- Chansler, P.A., Swamidass, P.M. & Canmann, C. (2003). Self-managing work teams: An empirical study of group cohesiveness in "natural work groups" at Harley-Davidson Motor Company Plant. *Small Groups Research*, 34(1), 101-120.
- Dahlbäck, O. (2003). A conflict theory of group risk taking. *Small Groups Research*, 34(3), 251-289.
- Donabedian, A. (2001a). Efectividad de la garantía de calidad. *Calidad Asistencial*, 16, 131-135.
- Donabedian, A. (2001b). Criterios y estándares para evaluar y monitorizar la calidad. *Calidad Asistencial*, 16, 868-878.
- Fals, O. (1985). *Conocimiento y poder popular: Lecciones con campesinos de Nicaragua, México y Colombia*. Bogotá: Siglo XXI.
- Gurevitch, Z.D. (1990). The power of not understanding: The meeting of conflicting identities. *Journal of Applied Behavioral Sciences*, 25, 161-173.
- Jung, D.I. & Sosik, J.J. (2002). Transformational leadership in work groups: The role of empowerment, cohesiveness and collective-efficacy of perceived groups performance. *Small Groups Research*, 33(3), 313-336.
- Kane, T.D., Zaccaro, S.J., Tremble, T.R. & Masuda, A.D. (2002). *Small Groups Research*, 35(1), 65-69.
- Kroeger, A. & Luna, R. (1992). *Atención primaria de la salud: Principios y métodos* (2a. ed.). México: Organización Panamericana de la Salud.
- López-Olivas, M. (2003, 22 a 24 de octubre). *Un marco conceptual para el desarrollo de competencias profesionales*. Ponencia en el XI Congreso Mexicano de psicología: El psicólogo como usuario de la investigación: La generación de competencias profesionales. Campeche, Campeche, México.
- Organización Mundial de la Salud (oms) (1978). *Conferencia de Alma Ata*. Washington, DC: Autor.
- Robbins, H. (1999). *Comportamiento organizacional*. México: Prentice Hall.
- Robbins, H. & Coulter, M. (2000). *Administración*. México: Prentice Hall.
- Robbins, H. & Finley, M. (1999). *Por qué fallan los equipos. Los problemas y cómo corregirlos*. Barcelona: Gránica.
- Ruelas, E. (1992). Hacia una estrategia de garantía de calidad: De los conceptos a las acciones. *Salud Pública*, 34(suplemento), 24-45.
- Thiagarajan, S. & Parker, G. (2000). *Equipos de trabajo: Actividades y juegos de interacción*. México: Prentice Hall.
- Torre, R. de la (2003, 22 a 24 de octubre). *La actuación del docente en las competencias que demanda la educación en el siglo xxi*. Ponencia en el XI Congreso Mexicano de psicología: El psicólogo como usuario de la investigación: La generación de competencias profesionales: Campeche, Campeche, México.
- Trujillo, M. (2002, marzo). *Liderazgo en equipos*. Disponible en Biblioteca de Castilla-La Mancha, <http://www.jccm.es/educacion/centros/plant/anexos3a.pdf>; consultado el 18 de octubre de 2003.