



Artículo de investigación

## Educación interprofesional en salud: fundamentos, avances y tensiones para su implementación en América Latina

### Interprofessional education in health: foundations, progress, and tensions for its implementation in Latin America

Arturo José Parada-Baños\* 

Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia

Aceptado: 14 octubre 2025

Publicado: 14 febrero 2026

\*Correspondencia: Arturo José Parada-Baños. [ajparadab@unal.edu.co](mailto:ajparadab@unal.edu.co)

#### Resumen

**Introducción:** La Educación Interprofesional (EIP) se ha convertido en una estrategia esencial para la transformación de la formación en salud y la mejora de la calidad de la atención. Su implementación exige una revisión crítica de los marcos culturales, disciplinarios y pedagógicos que configuran las relaciones entre las distintas profesiones de salud.

**Objetivo:** Analizar la evolución histórica, los fundamentos conceptuales, las ventajas, tensiones y lineamientos para la implementación de la EIP en América Latina, con especial atención a su inserción en los sistemas educativos y de salud.


**Método:** Este artículo se desarrolló a partir de una revisión narrativa de literatura científica y documentos de organismos internacionales (OMS, OPS, CIHC, CAIPE, IPEC), con el propósito de contextualizar histórica, teórica y estratégicamente la EIP en las ciencias de la salud.

**Resultados:** Se identifican avances significativos en el reconocimiento global de la EIP, aunque su adopción en América Latina sigue siendo incipiente. La evidencia muestra beneficios en la formación integral, el trabajo colaborativo, la seguridad del paciente y la eficiencia de los equipos. No obstante, persisten barreras como la cultura profesional hegemónica, la fragmentación curricular, la resistencia institucional y las asimetrías de género y poder.

Med 2025; 47(3): 366-375

<https://doi.org/10.56050/RM-47-3-04>

[www.revistamedicina.net](http://www.revistamedicina.net)

© 2025 Los autores. Este artículo se distribuye bajo los términos de la licencia **Creative Commons Atribución 4.0 Internacional (CC BY 4.0)**. Publicado con  en nombre de Academia Nacional de Medicina de Colombia.

**Conclusión:** La EIP requiere más que experiencias compartidas: demanda un cambio cultural profundo, políticas intersectoriales coherentes y el desarrollo de una competencia cultural interprofesional que permita superar las barreras estructurales y simbólicas de los sistemas educativos y sanitarios.

**Palabras clave:** Educación interprofesional. Cultura profesional. Formación en salud. Trabajo colaborativo. Competencias interprofesionales. América latina.

## Abstract

**Introduction:** Interprofessional Education (IPE) has emerged as a key strategy for transforming health education and improving care quality. Its implementation requires a critical review of cultural, disciplinary, and pedagogical frameworks that shape relationships between health professions.

**Objective:** To analyze the historical evolution, conceptual foundations, benefits, tensions, and implementation guidelines of IPE in Latin America, with a focus on its integration into education and health systems.

**Method:** This article was developed from a narrative review of scientific literature and documents from international organizations (WHO, PAHO, CIHC, CAIPE, IPEC), with the purpose of historically, theoretically, and strategically contextualizing IPE in health sciences.

**Results:** Despite global progress, IPE adoption in Latin America remains limited. Evidence highlights its benefits in comprehensive training, collaborative work, patient safety, and team efficiency. However, barriers such as hegemonic professional cultures, curricular fragmentation, institutional resistance and gender-power asymmetries persist.

**Conclusion:** IPE is more than shared learning experiences; it demands cultural transformation, coherent intersectoral policies and the development of interprofessional cultural competence to overcome symbolic and structural barriers in educational and health systems.

**Keywords:** Interprofessional education. Professional culture. Health training. Collaborative practice. Interprofessional competencies. Latin america.

---

La Educación Interprofesional (EIP) se ha consolidado en las últimas décadas como una estrategia pedagógica esencial para transformar la formación del talento humano en salud y enfrentar los crecientes desafíos de los sistemas sanitarios contemporáneos. Definida como una experiencia en la que miembros o estudiantes de dos o más profesiones aprenden con, desde y acerca de ellos para facilitar la colaboración y obtener mejores resultados en la atención en salud<sup>1</sup>, la EIP promueve el desarrollo de competencias para el trabajo colaborativo, el liderazgo compartido, la comunicación efectiva y la

toma de decisiones conjunta centrada en el paciente, la familia y la comunidad<sup>2-4</sup>.

A nivel global, múltiples organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) han reconocido el potencial transformador de la EIP para avanzar hacia una atención más equitativa, eficiente y universal. En su informe marco de 2010, la OMS evidenció que una educación interprofesional eficaz es condición necesaria para una práctica colaborativa eficaz, lo que a su vez fortalece los sistemas de salud

y mejora los resultados en salud poblacional<sup>2</sup>. La EIP también se articula con los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) de las Naciones Unidas y con la llamada quintuple meta en salud, que busca mejorar la experiencia del paciente, la salud de las poblaciones, reducir los costos, aumentar la satisfacción del profesional y garantizar la equidad en la atención<sup>5,6</sup>.

Algunos países, como Reino Unido, Canadá, Estados Unidos y Brasil, han institucionalizado la EIP en sus políticas públicas, modelos curriculares y criterios de acreditación en ciencias de la salud<sup>7-9</sup>. Sin embargo, en países de América Latina y especialmente en Colombia, su implementación ha sido limitada, dispersa y poco evaluada. A pesar de los compromisos adquiridos en la reunión técnica de Bogotá en 2016<sup>10</sup>, el país no ha alcanzado las metas establecidas en la Política Nacional de Talento Humano en salud del año 2018<sup>11</sup>.

La escasa adopción de esta estrategia se debe, en parte, a barreras institucionales, de financiamiento y de gestión, pero también a obstáculos menos visibilizados: las culturas profesionales y disciplinares, entendidas como el conjunto de valores, normas, lenguajes, prácticas y estructuras de poder que configuran las identidades profesionales y las dinámicas disciplinares. Cada profesión en salud históricamente ha desarrollado saberes y territorios epistemológicos propios, generando lógicas de exclusión, jerarquización y tensiones en el trabajo colaborativo<sup>12,13</sup>. La persistencia de un centrismo profesional, las asimetrías de género en el liderazgo clínico y las lógicas de exclusión disciplinar configuran un panorama cultural adverso a la práctica colaborativa y constituyen desafíos persistentes para la transformación pedagógica requerida por la EIP<sup>13-15</sup>.

En este contexto, se vuelve indispensable el desarrollo de una competencia cultural interprofesional, entendida como la capacidad crítica, relacional y reflexiva de los profesionales para reconocer, valorar y dialogar con otras culturas disciplinares, gestionar tensiones y construir puentes epistémicos y éticos hacia una práctica colaborativa transformadora<sup>13,16</sup>.

Igualmente, se reconoce la importancia de fortalecer los procesos de interacción e intercomunicación interprofesional, elementos que constituyen una condición pedagógica para el fortalecimiento de equipos de salud colaborativos que permiten superar la segmentación y fragmentación de la atención en salud<sup>3,17-19</sup>.

Este artículo se propone revisar críticamente la evolución histórica, los marcos teóricos fundacionales, las ventajas y los desafíos que plantea la Educación Interprofesional en salud, con énfasis en su relevancia para América Latina y Colombia. El texto explora cómo la comprensión de las culturas profesionales y la promoción de competencias culturales interprofesionales pueden contribuir a consolidar modelos educativos más integradores, éticos y transformadores, en sintonía con las necesidades reales de los sistemas de salud del siglo XXI.

## **Historia y evolución de la educación interprofesional en el mundo y en América Latina**

La historia de la Educación Interprofesional (EIP) está profundamente entrelazada con la evolución de los sistemas de salud y la necesidad de mejorar la coordinación, accesibilidad y calidad de los servicios sanitarios. Aunque los principios de la atención interdisciplinaria ya estaban presentes en las prácticas comunitarias de salud pública de mediados del siglo XX, fue a partir de la década de 1960 cuando se comenzaron a institucionalizar propuestas educativas que promovieran el aprendizaje conjunto entre profesiones de la salud.

### **Primeras experiencias de colaboración interdisciplinaria (1940–1960)**

Durante y después de la Segunda Guerra Mundial, se consolidaron modelos colaborativos en países como Canadá, Reino Unido y Estados Unidos, principalmente en atención hospitalaria y salud comunitaria. En 1947, Canadá estableció el primer sistema público de seguro de salud en América del Norte, el cual evolucionó rápidamente hacia un

modelo centrado en la atención primaria y comunitaria, con equipos conformados por médicos, enfermeras y trabajadoras sociales<sup>20</sup>. Paralelamente, la creación del Servicio Nacional de Salud (NHS) en el Reino Unido en 1948 formalizó la organización de equipos multidisciplinares para la atención primaria, integrando parteras, médicos generales y personal de salud pública<sup>21,22</sup>.

En Estados Unidos, a pesar del predominio del sistema privado, fundaciones como Robert Wood Johnson, Kellogg y Commonwealth promovieron modelos de atención integral basados en equipos interdisciplinares, con el objetivo de garantizar el acceso a servicios de salud y aumentar la eficiencia clínica<sup>23</sup>. Estas experiencias sentaron las bases para una mayor reflexión sobre cómo debía prepararse a los profesionales para trabajar en conjunto.

### **Institucionalización académica (1960–1980)**

La EIP comenzó a ser formalmente desarrollada como estrategia educativa en la década de 1960. En 1966, George Szasz, médico y educador en la Universidad de Columbia Británica (Canadá), fundó el primer centro formal de Educación Interprofesional en Ciencias de la Salud, que reunió a docentes de medicina, enfermería, trabajo social, rehabilitación, odontología y farmacia. Szasz propuso un marco teórico y un currículo pionero con el supuesto de que “*si los profesionales van a trabajar juntos, deben aprender juntos*”<sup>24</sup>.

En Estados Unidos, Peter Sifneos, psiquiatra del Hospital General de Massachusetts, desarrolló un programa de formación interprofesional para psiquiatras, psicólogos y trabajadores sociales, que integraba experiencias clínicas compartidas para mejorar la calidad de la atención en salud mental<sup>25</sup>. En 1972, el Institute of Medicine (IOM) publicó el informe *Educating for the Health Team*, resultado de una conferencia nacional que estableció los primeros lineamientos sobre cómo educar a estudiantes de distintas profesiones en conjunto, analizando obstáculos, metodologías y requerimientos institucionales<sup>26</sup>.

### **Expansión global y marco normativo (1980–2010)**

En 1987, la OMS emitió su primer informe oficial sobre educación multiprofesional en salud, adoptando el lema “*Aprender juntos a trabajar juntos por la salud*”<sup>27</sup>. Ese mismo año se fundó en Reino Unido el Centre for the Advancement of Interprofessional Education (CAIPE), que se convirtió en referente internacional y asesor de múltiples sistemas educativos<sup>28</sup>.

Desde entonces, países como Canadá, Estados Unidos, Australia, Suecia, Noruega, Países Bajos y Brasil desarrollaron espacios interuniversitarios, marcos normativos o criterios de acreditación específicos para incorporar la EIP en la formación del talento humano en salud. En Canadá se consolidó el Canadian Interprofessional Health Collaborative (CIHC) en 2005, y en EE. UU. se creó en 2009 el panel Interprofessional Education Collaborative (IPEC), que en 2016 actualizó las competencias centrales para la práctica colaborativa<sup>7,29</sup>.

En 2010, la OMS publicó el *Marco de acción para la Educación Interprofesional y la Práctica Colaborativa*, que sintetiza medio siglo de experiencias y evidencia. Este documento propone que una EIP eficaz es clave para mitigar la crisis global de recursos humanos en salud, mejorar los resultados de atención y fortalecer la atención primaria centrada en la comunidad<sup>2</sup>.

### **Desarrollo de la EIP en América Latina**

En América Latina, la institucionalización de la EIP ha sido más reciente y desigual. Brasil es el país con mayores avances, gracias a políticas públicas como el programa PET-Saúde, que promueve la inserción temprana de estudiantes en servicios de salud con enfoque colaborativo. En 2016 se constituyó la Red Brasileña de EIP, que articula esfuerzos entre universidades, gobiernos y servicios de salud<sup>30</sup>.

Chile, por su parte, ha impulsado desde 2010 módulos integrados en universidades públicas como la Universidad de Chile, aunque la EIP aún no se incorpora en los criterios oficiales de acreditación. En

Argentina, la EIP está contemplada desde 2007 en las normas de acreditación de carreras de medicina, con énfasis en competencias para el trabajo en equipo en atención primaria<sup>31</sup>.

En Colombia, el Ministerio de Salud participó en la Reunión Técnica Regional de Bogotá en 2016, donde se suscribieron compromisos con la OPS para avanzar en la incorporación de la EIP en la formación del talento humano. Sin embargo, los avances han sido limitados. La Política Nacional de Talento Humano en Salud<sup>11</sup> estableció una meta de incorporación de la EIP en más del 60% de los programas para 2025, pero actualmente se desconoce la línea de base y no hay mecanismos de monitoreo establecidos. Sin embargo, se trabaja en establecer una línea de base sistematizada y las instituciones de educación superior, asociaciones, sociedades científicas y entidades gubernamentales en los territorios se ocupan de implementar estrategias consistentes de EIP. Así, el año 2023 se creó la Red Nacional de Educación Interprofesional de Colombia (REDEIPCOL), que desarrolla acciones que favorezcan la implementación y el avance de la estrategia de EIP-PCI (Educación Interprofesional - Práctica Colaborativa Interprofesional) en cada región del país<sup>32</sup>.

## Fundamentos conceptuales de la EIP

Según la OMS, la EIP es una experiencia que “ocurre cuando dos o más profesiones aprenden unas de otras, de y con otras para facilitar una colaboración eficaz y mejorar los resultados de salud”<sup>2</sup>. La EIP se articula en torno a ejes fundacionales que no son meramente pedagógicos, sino que implican una reconstrucción epistémica y cultural de los modos tradicionales de enseñanza en ciencias de la salud, donde históricamente ha prevalecido un modelo uniprofesional, fragmentado y jerárquico:

- **Aprender con:** el “aprendizaje con el otro” se refiere a una concepción del conocimiento que pone el énfasis en la relación social como condición fundamental del saber. Esta perspectiva sostiene que el conocimiento no se genera de manera individual, sino que se construye

colectivamente a través de la interacción, el diálogo y el reconocimiento mutuo. Tal como lo plantea Vygotsky, el desarrollo cognitivo es inseparable del contexto social y de la mediación con otros<sup>33</sup>. Desde esta mirada, la diversidad cultural, lingüística o profesional no representa una barrera, sino una oportunidad enriquecedora para el aprendizaje.

En términos epistemológicos, aprender con el otro implica reconocer a ese otro como sujeto válido de conocimiento, no solo como receptor, sino como co-constructor del saber. Esto coincide con Paulo Freire<sup>34</sup>, quien sostiene que el conocimiento emerge del diálogo genuino y que todo proceso educativo debe partir del reconocimiento del otro como sujeto de saber. En este sentido, aprender con el otro implica también un acto de concientización, de construcción de conciencia crítica a través de la reflexión compartida sobre la realidad.

- **Aprender de:** la expresión “aprender de” va un paso más allá, al plantear que el otro no solo aporta, sino que puede constituirse en punto de partida epistémico. Aprender desde el otro supone descentrar el conocimiento de los marcos hegemónicos tradicionales para abrirse a perspectivas, lenguajes y cosmovisiones diversas. Según Catherine Walsh<sup>35</sup>, esto exige desplazarse del lugar de poder epistémico habitual para reconocer la legitimidad de saberes históricamente subordinados: la experiencia, la lengua, la historia y la cultura del otro como fuentes válidas de conocimiento. En esta lógica, como advierte De Sousa Santos<sup>36</sup>, el aprendizaje desde el otro exige resistir la monocultura del saber científico y abrir espacio a una ecología de saberes.
- **Aprender acerca de:** por su parte, la idea de “aprender acerca de ellos”, especialmente en contextos interprofesionales, remite a una dimensión reflexiva en la que el sujeto se reconoce a sí mismo en relación con el otro. Desde una perspectiva epistemológica, se trata de un proceso de aprendizaje transformativo, en

el sentido de Mezirow<sup>37</sup>, en el que el encuentro con la diferencia lleva a cuestionar supuestos previos y resignificar la identidad profesional. Así, el estudiante toma conciencia de su propio rol, límites y prejuicios al confrontarse con otras disciplinas; aprende acerca de sí mismo en y por la interacción con el otro, lo que desencadena un proceso de autoconocimiento situado y crítico. Esta transformación va más allá de lo técnico, involucrando una reflexión profunda sobre la propia práctica profesional.

La EIP difiere de otras formas de enseñanza compartida porque requiere interacción significativa, no requiere obligatoriamente estructuras curriculares unificadas, sino contextos que favorezcan el aprendizaje colaborativo. No basta con estar en el mismo espacio; es necesario que los estudiantes vivan experiencias donde la comunicación, el reconocimiento de roles y la toma de decisiones compartida sean centrales. Estas experiencias promueven habilidades interpersonales, liderazgo colaborativo, comprensión de la diversidad profesional y sensibilidad hacia los contextos sociales de atención. En la formación universitaria, la EIP se convierte en un espacio de ruptura con la formación uniprofesional tradicional, promoviendo entornos donde las distintas profesiones puedan desarrollar una cultura de trabajo conjunta desde la etapa de formación<sup>38,39</sup>.

### **Competencias interprofesionales**

La EIP tiene como objetivo desarrollar competencias colaborativas interprofesionales, entendidas como un conjunto integrado de conocimientos, habilidades, actitudes y valores que permiten a los profesionales actuar de forma coordinada en contextos clínicos y comunitarios. Según el modelo canadiense del Canadian Interprofessional Health Collaborative - CIHC<sup>7</sup>, estas competencias incluyen:

1. Comunicación interprofesional efectiva.
2. Trabajo en equipo.

3. Claridad de roles.
4. Resolución de conflictos.
5. Liderazgo colaborativo.
6. Atención centrada en el paciente y la familia.

El desarrollo de estas competencias no solo mejora la calidad de los servicios, sino que también aumenta la seguridad del paciente, la satisfacción profesional y la equidad en el acceso a la salud<sup>30</sup>.

### **Recomendaciones y lineamientos para la implementación de la EIP**

La implementación efectiva y sostenible de la Educación Interprofesional (EIP) requiere un enfoque integral que articule dimensiones curriculares, pedagógicas, culturales, institucionales y políticas. Con base en la evidencia académica, los marcos teóricos analizados y los desafíos identificados en contextos latinoamericanos y globales, se proponen a continuación una serie de recomendaciones y lineamientos que pueden orientar a instituciones de educación superior, formuladores de políticas públicas y actores del sistema de salud en la incorporación de la EIP.

#### **A nivel institucional**

##### **Compromiso político y organizacional**

Incluir la EIP como política institucional con un verdadero anclaje pedagógico, que conlleve una transformación real de las culturas formativas y profesionales y no solo una implementación superficial, instrumental o meramente simbólica. Además, la EIP debe ser parte de la misión, visión y políticas institucionales. Este compromiso debe reflejarse en los planes estratégicos de las universidades y en su articulación con el sistema de salud<sup>1,2</sup>.

##### **Creación de unidades o centros de EIP**

Establecer estructuras organizativas que lideren, coordinen y evalúen el desarrollo interprofesional dentro de las universidades, como los Centros de Educación Interprofesional presentes en Canadá y Reino Unido.

## **Alianzas académicas y sanitarias**

Fortalecer convenios con escenarios clínicos y comunitarios de prácticas formativas para facilitar prácticas interprofesionales contextualizadas.

## **A nivel curricular**

### **Currículos integradores y flexibles**

Incorporar módulos interprofesionales desde etapas tempranas del pregrado, utilizando diseños curriculares que permitan la convergencia de estudiantes de diferentes programas de salud en actividades comunes<sup>40</sup>.

### **Competencias interprofesionales explícitas**

Incluir en los planes de estudio las competencias clave de la EIP: comunicación, liderazgo compartido, trabajo en equipo, toma de decisiones colaborativa y reconocimiento de roles profesionales<sup>15</sup>.

### **Evaluación auténtica de la colaboración**

Diseñar herramientas e instrumentos de evaluación que valoren el desempeño interprofesional, la reflexión crítica y la resolución conjunta de problemas complejos<sup>41</sup>.

## **A nivel docente y pedagógico**

### **Formación docente en EIP**

Capacitar sistemáticamente a los profesores en metodologías activas, aprendizaje basado en la colaboración, análisis de casos interprofesionales y habilidades que faciliten el diálogo y la horizontalidad<sup>41,42</sup>.

### **Fomento del aprendizaje transformativo**

Incorporar prácticas pedagógicas que promuevan el pensamiento crítico, la autorreflexión y el aprendizaje situado, como lo proponen Mezirow, Freire y Zemelman<sup>43</sup>.

### **Simulación y escenarios reales de práctica**

Utilizar simulación clínica, actividades interprofesionales a nivel clínico y comunitario, para que los estudiantes vivan experiencias de integración disciplinar<sup>44</sup>.

## **A nivel cultural y epistemológico**

### **Desnaturalizar el centrismo profesional**

Promover espacios de diálogo sobre la cultura profesional, la distribución del poder, la equidad entre disciplinas y los estereotipos profesionales y de género<sup>45,13</sup>.

### **Fomentar una competencia cultural interprofesional**

Toma de conciencia sobre la influencia de la cultura profesional, la necesidad de marcos curriculares flexibles y el desarrollo de una competencia cultural interprofesional son claves para avanzar en la consolidación de una EIP contextualizada, reflexiva y transformadora.

### **Diálogo de saberes y construcción de lenguajes comunes**

Reconocer las diferencias epistemológicas entre las disciplinas, tener presente que las ciencias biomédicas tienden a privilegiar enfoques positivistas y técnicos, mientras que otras disciplinas, como trabajo social o psicología, adoptan paradigmas interpretativos o críticos; es necesario el diálogo de saberes para entender estas diferencias y trabajar en la construcción de lenguajes comunes para el trabajo colaborativo. Se debe fomentar el respeto y la complementariedad entre saberes técnicos, sociales, clínicos y comunitarios<sup>15</sup>.

## **A nivel de políticas públicas y acreditación**

### **Incorporar la EIP en estándares de acreditación**

Incluir criterios de formación interprofesional en los criterios de acreditación de programas en salud, como parte del aseguramiento de la calidad educativa.

### **Políticas públicas articuladas entre salud y educación**

Formular políticas intersectoriales que promuevan la EIP como estrategia para fortalecer la cobertura universal, la humanización del cuidado y la eficiencia del sistema<sup>2</sup>.

### **Fortalecimiento del sistema de salud**

Posicionar la EIP como una estrategia estructural de transformación del sistema de salud que contribuya a disminuir las tensiones por desigualdades, fragmentación y escasez de talento humano<sup>46</sup>.

### **Financiamiento estructural para la EIP**

Asegurar recursos económicos para el diseño, implementación y evaluación de programas interprofesionales sostenibles y escalables, especialmente en contextos públicos o rurales<sup>47</sup>.

### **Conclusión**

La Educación Interprofesional (EIP) se ha consolidado como una estrategia transformadora en la formación del talento humano en salud y en la mejora de los sistemas de atención, al promover una cultura de colaboración, diálogo y reconocimiento entre disciplinas. Lejos de ser una simple innovación pedagógica, la EIP se configura como una respuesta integral a los desafíos contemporáneos en salud, como la fragmentación del cuidado, las brechas de equidad, la sobreespecialización y las tensiones derivadas de jerarquías profesionales.

La historia y evolución de la EIP demuestra que su consolidación no ha sido lineal ni homogénea. Aunque existen experiencias exitosas a nivel mundial. América Latina y Colombia aún enfrentan obstáculos significativos en su implementación sistemática, entre ellos la rigidez curricular, la ausencia de formación docente interprofesional, la cultura profesional hegemónica y la falta de políticas articuladas entre el sector salud y el educativo.

La EIP no se limita al diseño de experiencias conjuntas, sino que requiere una transformación profunda de los modelos formativos, las prácticas pedagógicas y las culturas institucionales. Especial atención debe darse al desarrollo de una competencia cultural interprofesional, que permita a estudiantes y profesionales actuar con sensibilidad, respeto y eficacia en contextos diversos y colaborativos.

Asimismo, los beneficios documentados de la EIP en la calidad de la atención, la seguridad del paciente, el bienestar de los equipos y la eficiencia del sistema justifican su integración en los programas de ciencias de la salud. Sin embargo, estas potencialidades solo pueden materializarse si se abordan de forma consciente las tensiones estructurales, simbólicas y organizacionales que persisten en los entornos de formación y práctica clínica.

A partir del análisis crítico presentado, es imperativo que las instituciones educativas, los cuerpos docentes y los responsables de política pública avancen hacia la institucionalización de la EIP como parte integral de una formación humanista, interdisciplinaria y centrada en la realidad latinoamericana. Solo así será posible consolidar sistemas de salud más integrales, inclusivos y resolutivos, capaces de responder a las necesidades complejas de nuestras comunidades.

### **Financiamiento**

Esta investigación no recibió ninguna subvención específica de agencias de financiamiento de los sectores públicos, comercial o sin fines de lucro.

### **Conflicto de intereses**

El autor declara no tener conflicto de interés.

### **Uso de IA**

El autor declara que se utilizaron herramientas de inteligencia artificial en mejora de la claridad expositiva y claridad técnica del manuscrito.

### **Referencias**

1. Centre for the Advancement of Interprofessional Education (CAIPE). Collaborative practice through learning together to work together [Internet]. CAIPE; 2016 [Consultado 30 mar 2025]. Disponible en: <https://www.caipe.org/resource/CAIPE-Statement-of-Purpose-2016.pdf>
2. World Health Organization. Framework for action on interprofessional education and collaborative practice. Geneva: World Health Organization; 2010.
3. Interprofessional Education Collaborative (IPEC). Core competencies for interprofessional collaborative practice: 2016 update. Washington (DC): IPEC; 2016.

4. Gilbert JH, Yan J, Hoffman SJ. A WHO report: Framework for action on interprofessional education and collaborative practice. *J Allied Health*. 2010;39 (Suppl 1):196-197.
5. Nundy S, Cooper LA, Mate KS. The Quintuple Aim for Health Care Improvement: A New Imperative to Advance Health Equity. *JAMA*. 2022;327(6):521-522.
6. Coleman K, Austin BT, Brach C, Wagner EH. Evidence on the Chronic Care Model in the new millennium. *Health Aff (Millwood)*. 2009;28(1):75-85.
7. Canadian Interprofessional Health Collaborative (CIHC). A National Interprofessional Competency Framework. Vancouver: CIHC; 2010.
8. Barr H. Medicine and the making of interprofessional education. *Br J Gen Pract*. 2010;60(573):296-299.
9. Chrigger K. Interprofessional education and collaboration in Brazil: reflections and perspectives. *Rev Bras Educ Med*. 2021;45(3):e051.
10. Organización Panamericana de la Salud. Educación interprofesional en salud: mejorar la capacidad de los recursos humanos para alcanzar la salud universal. Washington (DC): OPS; 2017. Informe de la reunión del 7 al 9 de diciembre de 2016 en Bogotá, Colombia. Número de documento: OPS/HSS/17-024.
11. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Política Nacional de Talento Humano en Salud. Dirección de Desarrollo del Talento Humano en Salud. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; 2018.
12. Pecukonis E, Doyle O, Bliss DL. Reducing barriers to interprofessional training: promoting interprofessional cultural competence. *J Interprof Care*. 2008;22(4):417-428.
13. Khalili H, Orchard C, Laschinger HKS, Farah R. An interprofessional socialization framework for developing an interprofessional identity among health professions students. *J Interprof Care*. 2013;27(6):448-453.
14. Vázquez ML, Vargas I, Aller MB. La coordinación entre niveles asistenciales en América Latina: una revisión sistemática. *Rev Panam Salud Publica*. 2021;45:e91.
15. Haraway D. Conocimientos situados: la cuestión científica en el feminismo y el privilegio de la perspectiva parcial. En: Haraway D. *Ciencia, cyborgs y mujeres: la invención de la naturaleza*. Madrid: Cátedra; 1995. p. 313-346.
16. D'Amour D, Oandasan I. Interprofessionality as the field of interprofessional practice and interprofessional education: an emerging concept. *J Interprof Care*. 2005;19(Suppl 1):8-20.
17. Reeves S, Lewin S, Espin S, Zwarenstein M. *Interprofessional teamwork for health and social care*. Oxford: Wiley-Blackwell; 2010.
18. Hammick M, Freeth D, Koppel I, Reeves S, Barr H. A best evidence systematic review of interprofessional education: BEME Guide No. 9. *Med Teach*. 2007;29(8):735-751.
19. Hall P. Interprofessional teamwork: professional cultures as barriers. *J Interprof Care*. 2005;19(Suppl 1):188-196.
20. Marchildon GP. Canada: health system review. *Health Syst Transit*. 2013;15(1):1-179.
21. Webster C. *The National Health Service: a political history*. Oxford: Oxford University Press; 2002.
22. Leutz WN. Five laws for integrating medical and social services: lessons from the United States and the United Kingdom. *Milbank Q*. 1999;77(1):77-110.
23. DeFriesse GH, Ricketts TC. Primary health care in rural areas: an agenda for research. *Health Serv Res*. 1989;23(6):931-974.
24. Szasz G. Interprofessional education in the health sciences: a project conducted at the University of British Columbia. *Milbank Mem Fund Q*. 1969;47(4):449-475.
25. Sifneos PE. The interdisciplinary team: an educational experience for mental health professionals. *Psychiatry*. 1970;33(1):71-82.
26. Institute of Medicine. *Educating for the health team*. Washington (DC): National Academy Press; 1972.
27. World Health Organization. *Learning together to work together for health: report of a WHO Study Group*. Geneva: World Health Organization; 1988.
28. Horder J. *A history of CAIPE: Centre for the Advancement of Interprofessional Education 1987-2003*. London: CAIPE; 2003.
29. Interprofessional Education Collaborative (IPEC). *Core competencies for interprofessional collaborative practice: 2016 update*. Washington (DC): IPEC; 2016.
30. Almeida MD, Peduzzi M, Yamamoto OH. Interprofessional education and collaborative practice in the Brazilian Unified Health System: advances and challenges. *Educ Med*. 2020;21(3):181-187.
31. Ministerio de Educación de Argentina. Resolución 1314/2007: Normas de acreditación de las carreras de medicina. Buenos Aires: CONEAU; 2007.
32. Serpa P. La educación interprofesional en Colombia y el papel de las redes EIP-PCI en América Latina [Internet]. Bogotá; 2023 [Consultado 1 may 2025]. Disponible en: <https://interprofessional.global/global-cafe-27-9-2023/>
33. Carrera B, Mazzarella C. Enfoque sociocultural. *Educere*. 2001;5(13):41-44. Universidad de los Andes, Mérida, Venezuela. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=35601309>
34. Freire P. *Pedagogía del oprimido*. 2a ed. México: Siglo XXI Editores; 2005.
35. Walsh C. ¿Son posibles unas ciencias sociales/culturales otras? Reflexiones en torno a las epistemologías decoloniales. *Nómadas (Col)*. 2007;(26):102-113 [Consultado 1 may 2025]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=105115241011>
36. De Sousa Santos B. *Descolonizar el saber, reinventar el poder*. Montevideo: Ediciones Trilce; 2010 [Consultado 1 may 2025]. Disponible en: <https://caritascolombiana.org/wp-content/uploads/2016/10/Descolonizar-el-saber.pdf>
37. Espejo R, González J. Aprendizaje transformativo y programas de investigación en el desarrollo docente universitario. *Rev Docencia Univ*. 2015;13(3):309-330.
38. Reeves S, Zwarenstein M, Goldman J, Barr H, Freeth D, Hammick M, et al. Interprofessional education: effects on professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;(3):CD002213.
39. Parada A, Galindo M, Bejarano M, González A, Pérez K, Prieto A, Rondon S. Educación interprofesional en salud

- materno perinatal: percepción en medicina y enfermería. *Av Enferm.* 2024;42(3):113730. Disponible en: <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v42n3.113730>
40. Bainbridge L, Nasmith L, Orchard C, Wood V. Competency-based education for collaborative practice. *J Interprof Care.* 2010;24(2):147-160.
  41. Thistlethwaite J, Forman D, Matthews L, Rogers G, Steketee C, Yassine T, et al. Learning outcomes for interprofessional education (IPE): literature review and synthesis. *J Interprof Care.* 2014;28(4):291-298.
  42. Oandasan I, Reeves S. Key elements for interprofessional education. Part 1: the learner, the educator and the learning context. *J Interprof Care.* 2005;19 (Supl 1):21-38.
  43. Mezirow J. Transformative learning: theory to practice. *New Dir Adult Contin Educ.* 1997;(74):5-12.
  44. Barr H. Interprofessional education: the genesis of a global movement. London: CAIPE; 2015.
  45. Haraway D. *Manifiesto cyborg: ciencia, tecnología y feminismo-socialista en el siglo XX.* Madrid: Cátedra; 1995.
  46. Parada A. Educación interprofesional y práctica colaborativa: estrategias para transformar un sistema de salud. *Rev Salud Publica.* 2024;26(3):1-7. Disponible en: <https://doi.org/10.15446/rsap.v26n3.114943>
  47. Nundy S, Cooper LA, Mate KS. The Quintuple Aim for Health Care Improvement. *JAMA.* 2022;327(6):521-522.