



**La Educación Interprofesional en el ambiente laboral de los profesionales de la salud:
Una revisión de alcance.**

Autores

Mariana Medina-Córdoba, Sara Cadavid, Ángela Fernanda Espinosa-Aranzales, Karen Aguía-Rojas, Pablo Andrés Bermúdez-Hernández, William Ricardo Rodríguez Dueñas

**Trabajo presentado como requisito para optar por el
título de Magistra en Salud Pública (Salubrista)**

Director, Tutor

Sara Cadavid, Ángela Fernanda Espinosa-Aranzales, Karen Aguía-Rojas, Pablo Andrés Bermúdez-Hernández, William Ricardo Rodríguez Dueñas

Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud

Maestría en Salud Pública

Universidad del Rosario

Bogotá - Colombia

2022

**La Educación Interprofesional en el ambiente laboral de los profesionales de la salud:
Una revisión de alcance.**

Mariana Medina-Córdoba, Sara Cadavid, Ángela Fernanda Espinosa-Aranzales, Karen Aguía-Rojas, Pablo Andrés Bermúdez-Hernández, William Ricardo Rodríguez Dueñas

Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud, Universidad del Rosario (Colombia)

Author note

Mariana Medina-Córdoba  <https://orcid.org/0000-0002-0078-8649>

Sara Cadavid  <https://orcid.org/000-0002-2606-3742>

Angela-Fernanda Espinosa-Aranzales  <https://orcid.org/0000-0003-0042-2935>

[Karen Aguía-Rojas](#)  <https://orcid.org/0000-0002-5726-9575>

Pablo Andres Bermudez-Hernández  <https://orcid.org/0000-0002-6008-5785>

William Ricardo Rodríguez Dueñas  <https://orcid.org/0000-0002-6183-5779>

La correspondencia relativa a este artículo debe dirigirse a Sara Cadavid Espinha, Carrera 24 # 63C-69 Sede Quinta Mutis, Universidad del Rosario, Bogotá, 111221, Colombia. E-mail: sara.cadavid@urosario.edu.co

Resumen

Objetivo: Explorar la literatura existente acerca del efecto de la Educación Interprofesional en el ambiente laboral de los profesionales de la salud. *Metodología:* Se realizó una revisión de alcance con 407 artículos de diferentes enfoques científicos. Se eligieron 21 artículos para hacer parte de la revisión de alcance, dado que cumplieron con los criterios de inclusión. Resultados: 21 estudios fueron elegidos para explorar la investigación científica existente sobre el tema. Los estudios describieron la población, compuesta por profesionales en Medicina, Enfermería, Psicología, Terapia Ocupacional, Fisioterapia, Trabajo social, entre otros. Dentro del contexto, se hallaron hospitales vinculados a la academia o independientes a ella, instituciones de salud mental y escenarios comunitarios. Por otra parte, se encontraron efectos positivos en el clima y la cultura organizacionales. No obstante, los resultados acerca de la satisfacción y el compromiso laboral, fueron mixtos, dado que mostraban algunos efectos positivos y otros resultados sin efecto luego de la intervención en dichas dimensiones.

Keywords: Educación Interprofesional, Ambiente Organizacional, profesionales de la salud, cuidado de la salud interprofesional, salud global.

Abstract

Objective: To explore the literature about the effect of interprofessional education on the work environment of healthcare workers. *Methodology:* A scoping review was conducted with 407 articles from different scientific approaches. Twenty-one articles were chosen to be part of the scoping review as they met the inclusion criteria. *Results:* 21 articles were chosen to study the existing scientific research on the topic. Studies described a population that included doctors, nurses, psychologists, occupational therapists, physiotherapists, social workers and other professions. Context scenarios encompassed hospitals related and not to academic fields, mental health hospitals and community settings. Several positive effects were found on organizational climate and culture. However, effects on satisfaction and commitment were ambivalent.

Keywords: Interprofessional education, organizational environment, health professions, interprofessional health care, global health.

El efecto de la Educación Interprofesional en el ambiente laboral de los profesionales de la salud: Una revisión de alcance.

La Organización Mundial de la Salud (OMS o WHO por sus iniciales en inglés *World Health Organization*) define los servicios de salud como el conjunto de organizaciones, personas, recursos e instituciones que buscan mejorar la calidad de la salud de los consultantes (World Health Organization, 2010). Precisamente con el objetivo de mejorar los sistemas de salud, se propuso en 2008 la Triple Meta (Interprofessional Educational Collaborative et al., 2016), que contemplaba tres grandes objetivos: mejorar la salud de las poblaciones, mejorar la experiencia de cuidado que tienen los pacientes y reducir el coste del sistema sanitario. Más recientemente, Brodenheimer y Sinsky (2014) actualizaron la propuesta anterior y plantearon la Cuádruple Meta. Concretamente, a las tres metas mencionadas le añadieron una nueva: incrementar el bienestar y la satisfacción de los profesionales de la salud dentro de la experiencia de cuidar a los demás (Bodenheimer & Sinsky, 2014; Sikka et al., 2015). También la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha incluido el recurso humano en salud como uno de los seis componentes o *building blocks* de cualquier sistema de salud, dado que el conocimiento y las habilidades con las que prestan el servicio impactan directamente en la salud del paciente (World Health Organization, 2010). En este sentido, el recurso humano se contempla como factor crucial para el tercer Objetivo de Desarrollo Sostenible (ODS), que consiste en “Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades” (Organización de las Naciones Unidas, 2018).

La Educación Interprofesional (EIP) se ha consolidado como una estrategia esencial para conseguir los objetivos de la Cuádruple Meta y los ODS (Interprofessional Educational Collaborative et al., 2016). El Centro para el Avance de la Educación Interprofesional

(CAIPE, 2019) define la EIP como aquella actividad en la que “dos o más profesiones aprenden con, de y sobre la otra para mejorar la colaboración en el campo del cuidado de la salud” (Buring et al., 2009). La OMS (2010) indicó que las iniciativas para fomentar el trabajo interprofesional a través de programas de entrenamiento y educación interprofesional fortalecen el trabajo colaborativo y la formación requerida para afrontar los nuevos retos mundiales en materia de salud. Teniendo en cuenta lo anterior, resulta clave examinar el efecto que las iniciativas de EIP pueden tener en los seis componentes de los sistemas de salud definidos por la OMS (WHO, 2010): Liderazgo y gobernanza, prestación de servicios, financiación del sistema sanitario, personal sanitario, productos médicos, vacunas y tecnologías y sistemas de información sanitaria.

Las investigaciones que exploran el efecto de las iniciativas de EIP suelen enfocarse en los efectos observados en los componentes de prestación de servicios y financiación del sistema sanitario. Algunos de los aspectos examinados tras una iniciativa de EIP han sido, por ejemplo, el resultado de la intervención clínica, su calidad, o su costo (Brashers et al., 2016). Otros estudios han enfatizado el efecto de la EIP en la satisfacción del paciente, la adherencia al tratamiento, la seguridad del usuario y los resultados sobre la eficacia del tratamiento en la mejoría (Moore et al., 2009; Walsh et al., 2014). En una revisión sistemática se revelaron también algunos resultados positivos asociados a la EIP como resultados clínicos positivos de consultantes con diabetes, comunicación centrada en el paciente, comportamiento colaborativo y reducción de errores clínicos (Reeves et al., 2013). Sin embargo, esa misma revisión sistemática señala que no se han realizado suficientes investigaciones rigurosas y sistemáticas sobre el efecto que tienen las experiencias EIP en otros componentes de los sistemas de salud. Concretamente, se ha identificado que es necesaria más investigación para entender los efectos de la EIP en (a) la

práctica profesional o en los resultados de la atención sanitaria, así como también en (b) aspectos relevantes en el entorno laboral (p.ej., la comunicación entre profesionales, la resolución de problemas y complicaciones, las dinámicas de trabajo y las condiciones laborales (Reeves et al., 2013). Tanto la Cuádruple Meta (Bodenheimer & Sinsky, 2014) como los ODS (Organización de las Naciones Unidas, 2018) han puesto de relieve el bienestar del recurso humano en salud al prestar sus servicios profesionales. Además, el ODS 3.c. tiene en cuenta al recurso humano en salud como clave fundamental para el cumplimiento de la Agenda 2030 sobre el Desarrollo Sostenible. Como se detallará más adelante, el presente trabajo se centra precisamente en explorar la naturaleza de la literatura disponible sobre el efecto de la EIP entre los profesionales de la salud.

El ambiente laboral es el conjunto de factores del ambiente físico y social del trabajo que influyen en la calidad de vida de las personas que desempeñan sus labores en un lugar o contexto específico. Se incluyen tanto las áreas encargadas de prevenir enfermedades ocupacionales, como las que se enfocan en la promoción del desarrollo y el bienestar de las personas al realizar sus actividades laborales (Knudsen et al., 2011). Dentro del ambiente laboral, se distinguen cuatro dimensiones que resultan de interés para esta investigación: clima laboral, cultura organizacional, compromiso organizacional y satisfacción laboral.

Con respecto a clima laboral, no existe un consenso en su definición, por lo que coexisten numerosas definiciones de este concepto. Para esta investigación se usará la definición de Méndez (2006), como se citó en García Solarte, (2011), dado que se basa en que la interacción social es lo que produce el clima organizacional. De este modo se entiende que, al igual que cualquier interacción humana, el clima organizacional puede modificarse con una intervención adecuada como la EIP:

(...) “El ambiente propio de la compañía, producido y percibido por cada uno de los individuos de acuerdo con las condiciones que encuentran en su proceso de interacción social y en la estructura organizacional” (...) “El proceso de interacción social es aquel donde se generan todos los agentes de cambio que pueden incidir en la conformación del clima organizacional” (...) (pp. 45-46).

Por su parte, la cultura organizacional se define como el fenómeno dinámico que se forma constantemente por las interacciones sociales dentro de la institución, y está influida por el liderazgo, estructuras, reglas, rutinas y normas que direccionan el comportamiento de las personas dentro de la institución (Schein, 2004). Aunque clima y cultura organizacional son conceptos parecidos, se podría decir que la cultura organizacional es más estructural y se expresa en el clima dentro del cual las personas que trabajan se relacionan dentro de las instituciones.

A ambos constructos se añaden dos que tienen un interés significativo para esta revisión, dada su importancia en el ambiente laboral y la posible interacción que podrían tener con la formación interprofesional aplicada en el ámbito laboral. El primer fenómeno es el compromiso organizacional, que se refiere al estado afectivo y conductual en el que los individuos se sienten orgullosos y comprometidos con la institución en la que trabajan; al mismo tiempo que se involucran y sienten pasión por lo que hacen dentro de la organización (Macey & Schneider, 2008). El segundo concepto es la satisfacción laboral, que es definida por los mismos autores como un constructo que, en el ámbito laboral, se refiere a estados de afecto positivo hacia el trabajo realizado (Macey & Schneider, 2008).

Tanto la satisfacción laboral como el compromiso, han demostrado estar relacionados con resultados significativos dentro de la organización. De hecho, ambos constructos se han comportado como eventos correlacionados, de modo que, si uno se fortalece, el otro también lo

hará (Harter et al., 2002). Dentro del ambiente laboral en el que se encuentran inmersos los equipos de profesionales en salud, todos los componentes anteriormente descritos juegan un papel crucial.

Algunas dimensiones del ambiente laboral tienen un efecto significativo en la comunicación e interacción de los profesionales clínicos (Lapo-Maza & Bustamante-Ubilla, 2018), lo que a su vez tiene implicaciones éticas en la atención a los consultantes. Por lo tanto, el ambiente laboral podría abordarse como una variable intermedia entre la EIP y los resultados terapéuticos en los consultantes al favorecer la comunicación y la toma de decisiones de los trabajadores de la salud. Adicionalmente, el ambiente organizacional de las instituciones de salud juega un papel crucial en el bienestar físico y mental de los profesionales. Así pues, se destacan investigaciones que relacionan un ambiente laboral favorable con la satisfacción del paciente hacia el cuidado (Aoki & Guirardello, 2019) la disminución del abandono laboral (Copanitsanou et al., 2017) y la reducción de errores terapéuticos (van den Berg et al., 2017). Así mismo, se ha identificado que puede haber un aumento de los trastornos relacionados con el estrés en el caso de que haya escaso apoyo y altas demandas laborales (Nieuwenhuijsen et al., 2010) y aumento del ausentismo y la rotación por efectos del matoneo laboral (Aoki & Guirardello, 2019). Además, investigaciones previas han mostrado que las características del ambiente laboral influyen significativamente en el desempeño en los ambientes clínicos (Peña-Viveros et al., 2015).

Estudios anteriores sobre el efecto de las iniciativas de EIP en el entorno laboral del personal sanitario han encontrado efectos positivos en el desempeño de los equipos de trabajo que han tenido formaciones basadas en la interprofesionalidad (Brashers et al., 2016). Así mismo, algunas investigaciones han mostrado un efecto positivo en la aplicación de la EIP en

variables específicas del trabajo en equipo, como el aumento de conocimiento mutuo; la contribución al trabajo colectivo (Freeth & Nicol, 1998) y el liderazgo relacionado con comportamiento en equipo, corrección de errores en escenarios clínicos y fortalecimiento del trabajo conjunto (Morey et al., 2002). Sin embargo, otras investigaciones han mostrado que hay una escasez en la especificidad de las profesiones que se incluyen dentro de los participantes y el tipo de programas EIP que se han aplicado (Brashers et al., 2016). Así mismo, se ha encontrado que las mediciones sobre la satisfacción en el trabajo y el involucramiento de los profesionales de la salud necesitan ampliarse y sistematizarse (Theobald et al., 2015) y se ha constatado la necesidad de explorar más a fondo qué intervenciones EIP podrían tener datos que permitan sustentar la funcionalidad de este tipo de programas a un nivel más amplio, dado que sus intervenciones ajustarse solamente a nivel local (Reeves et al., 2017).

Por otra parte, la heterogeneidad de programas EIP, atados al contexto en el que se realizan, genera una complejidad en su estudio y la total comprensión de su efecto cualitativo y cuantitativo. Por ende, la unificación o inclusión de una estrategia base podría favorecer la claridad en el direccionamiento de los estudios y, posteriormente, la revisión de su efecto. No obstante, se tendría que aumentar la importancia de evaluar primero el efecto dentro de la colaboración entre los profesionales de la salud, antes de enfocarse en los resultados terapéuticos (Brashers et al., 2016). Y aquí, como ya se ha mencionado, ha sido difícil hallar una forma de evaluar el efecto de la EIP en el ambiente laboral que dé cuenta de todas las estrategias EIP y, a su vez, logre profundizar en la experiencia de sus participantes. Por ende, dentro de la recopilación de las sugerencias IPEC acerca de la EIP y su relación con la colaboración, se encuentra la de utilizar métodos mixtos que puedan dar cuenta de la complejidad del fenómeno (Brashers et al., 2016).

En definitiva, la literatura que se puede encontrar sobre los efectos que tienen las experiencias de EIP en el ambiente laboral de los profesionales de la salud es escasa y sus resultados podrían ser ampliados. Además, pese a que existen revisiones sobre el efecto de la EIP en la práctica colaborativa y los desenlaces clínicos de los pacientes (Brashers et al., 2016; Reeves et al., 2013), no se ha encontrado ninguna revisión sobre el efecto de la EIP en el ambiente laboral propiamente dicho. Con el fin de subsanar ese vacío en la literatura, en el presente trabajo se revisó la literatura sobre los efectos de la EIP en el ambiente laboral de profesionales de la salud.

Se eligió una revisión de alcance para explorar el estado de la literatura actual sobre el tema y examinar las similitudes y diferencias entre los artículos publicados (Tricco et al., 2018), así como para identificar, de forma amplia, la variedad de contextos y estrategias metodológicas aplicadas para estudiar la relación entre la EIP y el ambiente laboral en entornos clínicos. Así, se podrá dar a conocer qué áreas del ambiente son susceptibles a la incidencia de la formación previa y qué estrategias específicas se han llevado a cabo para el desarrollo de una buena práctica colaborativa en el trabajo. Adicionalmente, se podrán recopilar propuestas que busquen aumentar la visibilidad, implementación y eficiencia de la EIP como estrategia para mejorar los sistemas de salud, desde una perspectiva global.

Método

El diseño de este estudio es una revisión de alcance, dado que se desea revisar el estado de la literatura con respecto a la relación entre los programas de Educación Interprofesional y su efecto en el ambiente laboral. Así mismo, se busca analizar el estado del arte del tema y revisar a profundidad las experiencias de los profesionales que han sido participantes de los programas EIP. La revisión de alcance incluyó estudios de corte cuantitativo y cualitativo por dos motivos.

En primer lugar, se deseaba dar cuenta de la naturaleza y variedad de la literatura existente, como es uno de los objetivos de las revisiones de alcance (Tricco et al., 2018), dentro de las cuales se encontraron investigaciones de ambos enfoques y mixtas. En segundo lugar, la comprensión de los efectos cuantitativos y subjetivos asociados a la EIP se considera importante para que los tomadores de decisiones en salud puedan tener una visión más completa de la experiencia EIP a la hora de tomar decisiones y generar políticas en salud (Stern et al., 2020). Se diseñó el protocolo de la revisión de acuerdo con el tipo de estudio y metodología recomendada, usando como guía la lista de chequeo prisma (Apéndice C) (Tricco et al., 2018).

La pregunta de investigación se sistematizó de acuerdo con el formato PCC, en el que se describen la Población, el Concepto y el Contexto (Pollock et al., 2021). En el Apéndice A se puede encontrar el algoritmo empleado para la búsqueda de información. Allí, cada uno de los componentes se diferencian entre sí por el marcador booleano AND. Así mismo, los términos que corresponden al mismo componente se vincularon con el marcador OR. En esta revisión no se consideró necesario el marcador NOT ni tampoco se estableció un límite de años de publicación porque se pretende revisar toda la literatura escrita hasta el momento sobre los efectos que tiene la educación interprofesional en el ambiente laboral de los profesionales de la salud.

Para la selección de los artículos se establecieron los siguientes criterios de elegibilidad de los artículos científicos a revisar sobre el tema seleccionado:

Criterios de inclusión

- a) Que el artículo defina una estrategia educativa que involucre dos o más profesiones (población).

- b) Que el artículo mencione una medida o una forma de evaluación cualitativa o cuantitativa del efecto de la estrategia educativa en el ambiente laboral en cualquiera de sus dimensiones: clima, cultura, satisfacción laboral y compromiso organizacional (concepto).
- c) Que el texto del artículo esté escrito en inglés, español, francés o portugués.

Criterios de exclusión

- 1) Que el artículo sea una revisión (ningún tipo de revisión).
- 2) Que los textos describan protocolos para implementar estrategias educativas, sin reportar resultados de aplicación.
- 3) Que el artículo evalúe efecto en un entorno no laboral o solamente académico.

Se utilizaron las bases Pubmed, Scopus, Scielo, Cochrane, PsycInfo, Eric y Open Grey.

Cada una de estas bases de datos pudo aportar estudios de interés para la revisión, a excepción de Scielo y Open Grey, que no arrojaron resultados. El algoritmo utilizado en cada una varió de acuerdo con las características del buscador. La calibración de cada algoritmo fue realizada y probada en conjunto por cuatro autoras, siempre teniendo como base los componentes de la pregunta con estructura PCC. Los resultados de cada búsqueda, junto con el algoritmo aplicado, se encuentran en el Apéndice A, actualizados al 14/12/2021. El proceso de inclusión de artículos se muestra en la Figura 1.

Para la revisión de los *abstracts* y el proceso de selección de los artículos, se utilizó la herramienta ofimática Rayyan (Ouzzani et al., 2016), en la cual se cargaron las listas de los artículos encontrados en cada base de datos. Una vez subidos, se identificaron los artículos duplicados con Rayyan, de forma que no se incluyeran en la muestra inicial de *abstracts*. Luego, cinco de los seis autores realizaron un ejercicio de calibración de criterios (Peters et al., 2020)

con 25 artículos. En los casos que no se lograra el acuerdo de 70% se realizaba una revisión por un tercer investigador y este determinaba su inclusión o exclusión. En algunas ocasiones se realizaba un proceso de discusión para determinar la idoneidad del artículo para responder al objetivo de la investigación. Dicho proceso se apoyó con una herramienta ofimática que permite elaborar hojas de cálculo. Cuando la calibración pudo cumplir su objetivo, se leyeron los *abstracts* de los artículos, utilizando los criterios de inclusión y exclusión para determinar su idoneidad conforme a los componentes PCC de la pregunta de investigación.

Posteriormente, se diseñó la tabla de registro de los datos a extraer de cada artículo en una hoja de cálculo. Se construyó una tabla de registro y extracción de datos entre todos los autores, quienes pusieron a prueba esa tabla con uno de los artículos para evaluar el nivel de acuerdo en los datos que se extraerían. Este proceso se realizó otras dos veces hasta que se aclararon todas las dudas acerca del proceso de extracción. La tabla de registro y extracción de datos se construyó de acuerdo con los objetivos del estudio y la estructura PCC de la pregunta de investigación. De esta manera, se incluyeron categorías de clasificación de países y tipos de estudio, además de aquellas necesarias para describir la población —con sus características sociodemográficas y profesiones—, el contexto —clínico o comunitario— y el concepto. Dentro de esta última categoría, se incluyeron las estrategias de educación interprofesional —su nombre, tipo, aplicación, tiempo de implementación, modalidad de recolección de datos y evaluación—, y las dimensiones del ambiente laboral de interés: clima, cultura, compromiso y satisfacción.

Control del sesgo

Para controlar el sesgo de selección de artículos, se contó con una revisión inter pares, en la cual se aplicaron los criterios de inclusión y exclusión descritos anteriormente al leer el *abstract* y se preseleccionaron los artículos a revisar mediante lectura completa. Cuando no

había acuerdo, un tercer par evaluador resolvía cualquier desacuerdo que se encontrara. Con la lista de chequeo de Excel, se logró controlar el sesgo de desgaste, es decir, el reporte datos incompletos; y el sesgo de notificación —exponer de qué manera los autores de los artículos exploraron si estaban notificando solamente algunos resultados— a través de la construcción del algoritmo y la utilización de diferentes bases de datos.

Consideraciones éticas

Al ser una revisión de alcance, no se considera que haya riesgos para la población, dado que no se tuvo contacto directo con los participantes de cada una de las investigaciones. No obstante, se aclara que se conservaron todos los principios éticos de la investigación, como el cuidado en conservar la calidad del dato y rigurosidad metodológica.

Resultados

Al principio de la prueba piloto, se obtuvo un porcentaje inferior al establecido como meta, de modo que se realizó un segundo ejercicio de calibración con otros 25 artículos. En dicho proceso se identificó un 68% de acuerdo y se realizó el mismo procedimiento de discusión para esclarecer los motivos del desacuerdo en los 8 artículos que fueron clasificados de forma diferente. En este proceso hubo consenso entre los investigadores, por lo que se dio por finalizado el proceso de estandarización de la selección de los artículos. Luego, se confirmaron 142 artículos duplicados y 2 falsos duplicados. Por ende, el total de la muestra hallada fue de 407 artículos.

A continuación, se realizó la lectura de los 407 *abstracts* por pares, para controlar el sesgo de selección. Dicha lectura tuvo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión descritos anteriormente y, en ella, se incluyeron 39 y se excluyeron 367, después de realizar una discusión

entre parejas de aquellos que quedaron en conflicto. Dentro de estos últimos, 5 tuvieron desacuerdo, por lo que un tercer evaluador tomó la decisión de incluir 3 y excluir 2. Por otra parte, se encontró un solo artículo sin *abstract*, de modo que se acudió a los catálogos bibliográficos de 5 instituciones para encontrarlo, sin resultados (Universidad de los Andes, Universidad Nacional de Colombia, Universidad de Glasgow, Universidad de Salamanca y Universidad de Duke).

Para esta revisión, se leyeron 39 artículos entre pares académicos con el objetivo de responder a la pregunta planteada, de los cuales se incluyeron 21 que cumplieron con los criterios establecidos (ver Figura 1). Las características más relevantes de cada artículo se pueden consultar en el Apéndice B. Adicionalmente, se excluyeron 18 artículos que cumplían con los criterios exclusión descritos anteriormente y/o no cumplían con los de inclusión.

Se encontró que los artículos presentan una importante variabilidad metodológica. Concretamente, se hallaron cinco artículos que tienen un enfoque cualitativo (Brewer & Flavell, 2020; Christofilos et al., 2015; Dematteo & Reeves, 2011; Jowsey et al., 2019; Rider et al., 2019), dentro de los cuales hay dos de corte exploratorio fenomenológico (Brewer & Flavell, 2020; Jowsey et al., 2019), dos de teoría fundamentada (Christofilos et al., 2015; Rider et al., 2019) y un estudio de caso (Dematteo & Reeves, 2011). Así mismo, hay seis estudios mixtos (Bajnok et al., 2012; Carney et al., 2019; Kolbe et al., 2013; Lee et al., 2021; Nagelkerk et al., 2014; Slater et al., 2012) y diez, de enfoque cuantitativo (Braithwaite et al., 2013; Gros et al., 2021; Hinde et al., 2016; Marrone, 2018; Meurling et al., 2013; Roberts et al., 2014; Tahtali et al., 2017; Villemure et al., 2019; Wong et al., 2016). Entre estos, seis son exploratorios (Braithwaite et al., 2013; Gros et al., 2021; Marrone, 2018; Meurling et al., 2013; Pullon & Fry, 2005;

Wong et al., 2016), dos son longitudinales (Hinde et al., 2016; Roberts et al., 2014) y dos, son cuasiexperimentales (Tahtali et al., 2017; Villemure et al., 2019).

Los resultados relevantes de cada fuente de evidencia se organizaron atendiendo al formato de la pregunta PCC (i.e., población, concepto y contexto) (ver Apéndice B). En primer lugar, se abordará el contexto, del cual se extrajeron los países en los que se llevaron a cabo las intervenciones y, también, el tipo de escenarios en el que se implementaron las estrategias EIP. En cuanto a lo primero, se analizaron estudios de países pertenecientes al Norte Global, como Estados Unidos (Carney et al., 2019; Dematteo & Reeves, 2011; Gros et al., 2021; Lee et al., 2021; Marrone, 2018; Nagelkerk et al., 2014; Rider et al., 2019; Roberts et al., 2014; Wong et al., 2016), Canadá (Bajnok et al., 2012; Christofilos et al., 2015; Villemure et al., 2019), Australia (Braithwaite et al., 2013; Brewer & Flavell, 2020), Nueva Zelanda (Jowsey et al., 2019; Pullon & Fry, 2005), Reino Unido (Hinde et al., 2016; Slater et al., 2012), Alemania (Tahtali et al., 2017), Suecia (Meurling et al., 2013) y Suiza (Kolbe et al., 2013). Los escenarios clínicos estudiados fueron heterogéneos, habiendo una predominancia de hospitales académicos (Christofilos et al., 2015; Dematteo & Reeves, 2011; Gros et al., 2021; Kolbe et al., 2013; Marrone, 2018; Meurling et al., 2013; Roberts et al., 2014; Villemure et al., 2019; Wong et al., 2016). También se encontraron hospitales independientes (Bajnok et al., 2012; Carney et al., 2019; Hinde et al., 2016; Lee et al., 2021; Nagelkerk et al., 2014; Pullon & Fry, 2005; Slater et al., 2012), centros de cuidado primario (Carney et al., 2019) consejos sanitarios distritales (Jowsey et al., 2019), centros de cuidado comunitario (Bajnok et al., 2012; Brewer & Flavell, 2020), centros de rehabilitación y de ciencias de la salud (Bajnok et al., 2012); hospitales de salud mental y consultorios independientes (Slater et al., 2012), organizaciones de entrenamiento interprofesional (Rider et al., 2019) y redes de servicios en salud (Braithwaite et al., 2013).

Como se ha especificado anteriormente, la población abordada incluía profesionales de diferentes disciplinas que trabajaran en torno a un objetivo común. En esta línea, se encontró que 20 estudios incluían médicos (Bajnok et al., 2012; Braithwaite et al., 2013; Carney et al., 2019; Christofilos et al., 2015; Dematteo & Reeves, 2011; Gros et al., 2021; Hinde et al., 2016; Jowsey et al., 2019; Kolbe et al., 2013; Lee et al., 2021; Marrone, 2018; Meurling et al., 2013; Nagelkerk et al., 2014; Pullon & Fry, 2005; Rider et al., 2019; Roberts et al., 2014; Slater et al., 2012; Tahtali et al., 2017; Villemure et al., 2019; Wong et al., 2016) y 21, profesionales en enfermería (Bajnok et al., 2012; Braithwaite et al., 2013; Brewer & Flavell, 2020; Carney et al., 2019; Christofilos et al., 2015; Dematteo & Reeves, 2011; Gros et al., 2021; Hinde et al., 2016; Jowsey et al., 2019; Kolbe et al., 2013; Lee et al., 2021; Marrone, 2018; Meurling et al., 2013; Nagelkerk et al., 2014; Pullon & Fry, 2005; Rider et al., 2019; Roberts et al., 2014; Slater et al., 2012; Tahtali et al., 2017; Villemure et al., 2019; Wong et al., 2016). También se evidenció la participación de profesionales de otras áreas (Apéndice B) como fisioterapeutas (Bajnok et al., 2012; Brewer & Flavell, 2020; Christofilos et al., 2015; Dematteo & Reeves, 2011), psicólogos (Brewer & Flavell, 2020; Carney et al., 2019; Dematteo & Reeves, 2011; Rider et al., 2019), terapeutas ocupacionales (Bajnok et al., 2012; Brewer & Flavell, 2020; Dematteo & Reeves, 2011; Slater et al., 2012), nutricionistas (Bajnok et al., 2012), terapeutas de lenguaje y fonoaudiólogos (Bajnok et al., 2012; Brewer & Flavell, 2020; Dematteo & Reeves, 2011); farmacéutas (Carney et al., 2019; Dematteo & Reeves, 2011; Slater et al., 2012), trabajadores sociales (Bajnok et al., 2012; Christofilos et al., 2015; Dematteo & Reeves, 2011; Rider et al., 2019; Slater et al., 2012), terapeutas respiratorios (Roberts et al., 2014; Villemure et al., 2019), terapeutas recreacionales (Bajnok et al., 2012), profesionales de manejo clínico (Dematteo & Reeves, 2011; Pullon & Fry, 2005), entrenadores (Carney et al., 2019), orientadores (Dematteo & Reeves, 2011), personal administrativo (Bajnok et al., 2012; Braithwaite et al., 2013; Carney et al., 2019; Jowsey et al., 2019; Rider et al., 2019; Slater et

al., 2012), supervisores (Carney et al., 2019; Roberts et al., 2014) e investigadores clínicos (Rider et al., 2019). Adicionalmente se evidenció la participación de personal técnico (Bajnok et al., 2012; Gros et al., 2021; Lee et al., 2021; Nagelkerk et al., 2014; Pullon & Fry, 2005; Rider et al., 2019; Roberts et al., 2014; Tahtali et al., 2017) y asistencial (Bajnok et al., 2012; Carney et al., 2019; Gros et al., 2021; Hinde et al., 2016; Jowsey et al., 2019; Marrone, 2018; Meurling et al., 2013; Villemure et al., 2019).

La pregunta de investigación utilizada incluía, como concepto, las intervenciones de Educación y Entrenamiento Interprofesional y su efecto en el ambiente laboral. En este marco, se encontró una predominancia de las estrategias de simulación (Carney et al., 2019; Dematteo & Reeves, 2011; Gros et al., 2021; Hinde et al., 2016; Jowsey et al., 2019; Kolbe et al., 2013; Lee et al., 2021; Meurling et al., 2013; Nagelkerk et al., 2014; Pullon & Fry, 2005; Roberts et al., 2014; Tahtali et al., 2017; Villemure et al., 2019; Wong et al., 2016), de las cuales, nueve fueron acompañadas de *debriefing* (Dematteo & Reeves, 2011; Gros et al., 2021; Jowsey et al., 2019; Kolbe et al., 2013; Lee et al., 2021; Meurling et al., 2013; Nagelkerk et al., 2014; Roberts et al., 2014; Villemure et al., 2019), una de ellas con sesiones de talleres y entrenamiento teórico (Pullon & Fry, 2005), entrenamiento con retroalimentación (Carney et al., 2019; Gros et al., 2021; Jowsey et al., 2019; Lee et al., 2021; Meurling et al., 2013; Roberts et al., 2014; Tahtali et al., 2017; Villemure et al., 2019; Wong et al., 2016) y mentorías y sesiones de construcción de significado colectivo (Carney et al., 2019). Adicionalmente, se halló la aplicación de talleres sin simulación (Christofilos et al., 2015; Marrone, 2018), sesiones de entramiento con *feedback* sin simulación (Braithwaite et al., 2013; Rider et al., 2019; Slater et al., 2012), seminarios interactivos (Lee et al., 2021; Nagelkerk et al., 2014; Villemure et al., 2019), actividades colaborativas (Bajnok et al., 2012; Roberts et al., 2014; Slater et al., 2012) y mentorías (Bajnok et al., 2012; Carney et al., 2019). Dentro de una de estas últimas, se realizó

también entrenamiento de liderazgo y cambios estructurales en el contexto interprofesional (Slater et al., 2012). Por otra parte, se realizaron estudios de caso (Villemure et al., 2019), actividades de búsqueda de significado conjunto (Carney et al., 2019; Marrone, 2018; Rider et al., 2019) y ejercicios de debate (Pullon & Fry, 2005).

En cuanto a las dimensiones del ambiente laboral estudiadas, once de los artículos se enfocaron en clima organizacional (Bajnok et al., 2012; Braithwaite et al., 2013; Brewer & Flavell, 2020; Christofilos et al., 2015; Dematteo & Reeves, 2011; Jowsey et al., 2019; Lee et al., 2021; Meurling et al., 2013; Roberts et al., 2014; Tahtali et al., 2017; Villemure et al., 2019; Wong et al., 2016). En todos ellos, se evidenció un efecto positivo de las estrategias de educación interprofesional (Bajnok et al., 2012; Braithwaite et al., 2013; Brewer & Flavell, 2020; Christofilos et al., 2015; Jowsey et al., 2019; Lee et al., 2021; Meurling et al., 2013; Roberts et al., 2014; Tahtali et al., 2017; Villemure et al., 2019; Wong et al., 2016), evaluado en factores como la mejora en la comunicación, la colaboración y el trabajo en equipo. Por otra parte, se encontraron cuatro estudios que evaluaron satisfacción laboral (Carney et al., 2019; Marrone, 2018; Meurling et al., 2013; Villemure et al., 2019). Algunos tuvieron efectos positivos en dicha dimensión luego de la estrategia de educación interprofesional (Carney et al., 2019; Marrone, 2018), mientras que otros no evidenciaron efecto alguno (Meurling et al., 2013; Villemure et al., 2019).

En cuanto a los estudios que analizaron el efecto de las estrategias interprofesionales en la cultura organizacional, siete encontraron efectos positivos en dicha dimensión luego de su implementación (Bajnok et al., 2012; Dematteo & Reeves, 2011; Gros et al., 2021; Hinde et al., 2016; Kolbe et al., 2013; Nagelkerk et al., 2014; Rider et al., 2019) y tres tuvieron resultados dispares, en los que se hallaron elementos positivos y también negativos que pueden afectar la

cultura (Carney et al., 2019; Jowsey et al., 2019; Slater et al., 2012). Dentro de los componentes de cultura organizacional estudiados, se encuentran el cambio cultural en la organización (Carney et al., 2019; Dematteo & Reeves, 2011; Jowsey et al., 2019), la cultura encaminada a fortalecer la seguridad (Hinde et al., 2016; Kolbe et al., 2013; Slater et al., 2012), la inclusión de los líderes (Kolbe et al., 2013) la clarificación de roles (Gros et al., 2021) y otros componentes culturales no tangibles de la organización, como la misión (Rider et al., 2019). Finalmente, dentro de los artículos que evaluaron el efecto de las estrategias EIP en el compromiso o compromiso organizacional, se evidenció que dos encontraron efectos positivos en la intervención (Carney et al., 2019; Meurling et al., 2013) y otros dos exploraron los aspectos positivos y negativos que podían influir en el compromiso organizacional, de forma subjetiva, tanto en el presente como hacia el futuro (Christofilos et al., 2015; Pullon & Fry, 2005).

Discusión

Se hallaron 21 artículos de enfoques cualitativos, cuantitativos y mixtos que estudiaron el efecto de estrategias de Educación Interprofesional variadas en el ambiente laboral de los profesionales de la salud, en los ambientes clínicos y hospitalarios. Dentro de los hallazgos se evidenció que el clima laboral y la cultura organizacional son las dimensiones del ambiente laboral que tienen más efectos positivos de la Educación Interprofesional (Bajnok et al., 2012; Braithwaite et al., 2013; Brewer & Flavell, 2020; Christofilos et al., 2015; Dematteo & Reeves, 2011; Gros et al., 2021; Hinde et al., 2016; Jowsey et al., 2019; Kolbe et al., 2013; Lee et al., 2021; Meurling et al., 2013; Nagelkerk et al., 2014; Rider et al., 2019; Roberts et al., 2014; Tahtali et al., 2017; Villemure et al., 2019; Wong et al., 2016). Adicionalmente, los resultados de satisfacción laboral son dispares, encontrando efectos positivos (Carney et al., 2019; Marrone, 2018) y también

estrategias sin efecto (Meurling et al., 2013; Villemure et al., 2019). Así mismo, el compromiso organizacional tuvo resultados positivos (Carney et al., 2019; Meurling et al., 2013), a la par con resultados sin efecto (Christofilos et al., 2015; Pullon & Fry, 2005).

Esto último podría deberse a la forma de medición de cada una de estas dimensiones. Por ejemplo, los resultados neutros de la satisfacción laboral se midieron con instrumentos cuantitativos, que tal vez no alcanzan a abordar a profundidad la subjetividad de la satisfacción (Meurling et al., 2013; Villemure et al., 2019). Por otra parte, los estudios que reportaron resultados dispares en compromiso organizacional se apoyaron en instrumentos de recolección de datos cualitativos, que profundizaron en las respuestas de los participantes y encontraron elementos que podían facilitar o dificultar el compromiso organizacional, apoyándose en las opiniones subjetivas del grupo (Christofilos et al., 2015). De la misma manera, uno de los estudios utilizó preguntas sobre el futuro de los ingresos y el desarrollo de carrera de los profesionales, lo que arrojó respuestas inciertas a causa de la escasa seguridad de los cambios a futuro (Pullon & Fry, 2005).

Adicionalmente, se encuentra una gran variedad de profesionales involucrados dentro de los equipos de participantes, como se evidencia en el Apéndice B, que pudieron aumentar sus conocimientos acerca del rol de las demás profesiones (Brewer & Flavell, 2020; Gros et al., 2021; Nagelkerk et al., 2014), aprender a trabajar en equipo mejorando su comunicación y colaboración (Bajnok et al., 2012; Brewer & Flavell, 2020; Gros et al., 2021; Jowsey et al., 2019; Lee et al., 2021; Meurling et al., 2013; Roberts et al., 2014; Slater et al., 2012; Villemure et al., 2019; Wong et al., 2016); y reducir las jerarquías entre ellos (Dematteo & Reeves, 2011).

Los artículos de investigación incluidos trataban aspectos específicos de cada una de las dimensiones del ambiente laboral, como la comunicación y el trabajo colaborativo en el

abordaje de clima laboral (Jowsey et al., 2019; Lee et al., 2021; Roberts et al., 2014; Villemure et al., 2019); la cultura enfocada en seguridad del paciente (Gros et al., 2021; Wong et al., 2016) y la crítica a la cultura que se construye cuando los profesionales tienen que trabajar en cubículos, es decir, en espacios individuales que los aíslan del resto del grupo (Bajnok et al., 2012) dentro de concepto general de cultura organizacional. Por ende, se sugiere que los resultados sean interpretados con prudencia y que se realicen más investigaciones para que el cuerpo de conocimiento empírico sobre el tema sea más robusto.

Adicionalmente, la dimensión de compromiso o compromiso organizacional se analizó con indicadores relacionados como la rotación de personal, la solicitud de licencias laborales (Meurling et al., 2013) y el compromiso de los trabajadores (Christofilos et al., 2015; Pullon & Fry, 2005). Por lo tanto, se sugiere generar más estrategias que se encaminen a la ampliación de la evidencia empírica que apunte a esta dimensión, así como a la de satisfacción, cuyos resultados solo demostraron efectos positivos en algunos artículos, mientras que en otros no tuvieron efecto.

Por otra parte, esta revisión utilizó un algoritmo de búsqueda específico porque se deseaba hacer énfasis en los resultados de ambiente organizacional de las cuatro dimensiones propuestas, de modo que no se obtuvieron resultados en la base de datos de literatura gris que pudieran haber ampliado la perspectiva y los hallazgos de la revisión. Por ende, se sugiere que, en futuras ocasiones, se utilice un algoritmo más sensible con la finalidad de obtener una mayor riqueza en los hallazgos.

A pesar de que se ha visto que los programas de Educación Interprofesional pueden tener efectos positivos en el ambiente laboral de los profesionales de la salud, efecto que va en línea con el cuarto objetivo de la Meta Cuádruple (Interprofessional Educational

Collaborative et al., 2016; Sikka et al., 2015), dichas estrategias tienen que involucrar la participación de aquellos que toman las decisiones tanto en las instituciones locales y nacionales, como en los sistemas de salud a nivel global. Por ende, algunos autores han mencionado también la importancia del papel de los tomadores de decisiones en la planeación, financiación y aplicación de los programas EIP (Bajnok et al., 2012; Christofilos et al., 2015; Dematteo & Reeves, 2011; Wong et al., 2016).

Con esta y otras revisiones que se realicen en el futuro, se pueden extraer estrategias de Educación Interprofesional que hayan demostrado tener efectos positivos en el ambiente laboral de los equipos en salud, como la simulación (Carney et al., 2019; Dematteo & Reeves, 2011; Gros et al., 2021; Hinde et al., 2016; Jowsey et al., 2019; Kolbe et al., 2013; Lee et al., 2021; Meurling et al., 2013; Nagelkerk et al., 2014; Pullon & Fry, 2005; Roberts et al., 2014; Tahtali et al., 2017; Villemure et al., 2019; Wong et al., 2016) o los entrenamientos que cuentan con retroalimentación posterior (Braithwaite et al., 2013; Carney et al., 2019; Gros et al., 2021; Jowsey et al., 2019; Lee et al., 2021; Meurling et al., 2013; Rider et al., 2019; Roberts et al., 2014; Tahtali et al., 2017; Villemure et al., 2019; Wong et al., 2016). Lo anterior, con la finalidad de que los tomadores de decisiones sepan qué estrategias pueden ser más efectivas para dar cumplimiento al Objetivo de Desarrollo Sostenible número 3 de la Agenda 2030.

Por otra parte, en esta revisión se recopilaron estudios de ocho países distintos, todos pertenecientes al Norte Global. Sin embargo, para cumplir con el tercer Objetivo de Desarrollo Sostenible y, específicamente, con el apartado 3.c. (Organización de las Naciones Unidas, 2018), es crucial que dichas estrategias se implementen a nivel global, no solo en los países de altos ingresos, cuyas condiciones de vida y financiamiento son ventajosas con respecto a los de los demás países. Por ende, el hecho de tener acceso a investigaciones

realizadas solamente en estos países se considera una limitación de esta revisión, habiendo sido planeada para analizar las intervenciones EIP a nivel global.

En conclusión, los programas de formación en Educación Interprofesional han demostrado tener efectos mayoritariamente positivos en el clima y la cultura de los equipos de profesionales de la salud, en contextos clínicos y comunitarios. Adicionalmente, ha demostrado tener algunos efectos positivos en el compromiso organizacional y la satisfacción laboral. No obstante, estos efectos han sido estudiados por metodologías heterogéneas dentro de los enfoques cuantitativos, cualitativos y mixtos; lo que enriquece los resultados encontrados, pero hace que la demostración de su efectividad esté relacionada con su contexto, enmarcado dentro de ocho países de altos ingresos. Por ende, la Educación Interprofesional podría ser una alternativa eficaz para el cumplimiento de la Cuádruple Meta y el tercer ODS, encaminado a la mejora de la Salud y el Bienestar; pero debe posicionarse como tendencia en Salud Global, apuntando a la mejora del recurso humano en salud como uno de los *Building Blocks* y llamando la atención de los tomadores de decisiones en salud.

Apéndice A

Descripción de algoritmo por base de datos.

Base de datos	Algoritmo	N° de resultados
Pubmed	("Patient Care Team"[Mesh] OR "healthcare team" (subheading) OR "Health Personnel"[Mesh] OR "Students, Health Occupations"[Mesh] OR "health professionals") AND ("Interprofessional education" OR "interprofessional training" OR "Interprofessional learning" OR "Simulation training" [MeSH] OR "Interprofessional education AND practice" OR "preceptorship") AND ("Job Satisfaction" [MeSH] OR "Organizational Culture" [MeSH] OR "Work Engagement" [MeSH] OR "Work environment" OR "Organizational climate").	284
Scopus	(TITLE-ABS-KEY ("Patient Care Team" OR "healthcare team" OR "Health Personnel" OR "Students,Health Occupations" OR "health professionals") AND TITLE-ABS-KEY ("Interprofessional education" OR "interprofessional training" OR "Interprofessional learning" OR "Simulation training" OR "Interprofessional education AND practice" OR "preceptorship") AND TITLE-ABS-KEY ("Job Satisfaction" OR "Organizational Culture" OR "Work Engagement" OR "Work environment" OR "Organizational climate"))	226
Scielo	("Patient Care Team" OR "healthcare team" (subheading) OR "Health Personnel" OR "Students, Health Occupations" OR "health professionals") AND ("Interprofessional education" OR "interprofessional training" OR "Interprofessional learning" OR "Simulation training" OR "Interprofessional education AND practice" OR "preceptorship") AND ("Job Satisfaction" OR "Organizational Culture" OR "Work Engagement" OR "Work environment" OR "Organizational climate")	0
Cochrane	(((((Patient Care Team or healthcare team or Health Personnel or Students Health Occupations or health professionals) and Interprofessional education) or interprofessional training or Interprofessional learning or Simulation training or (Interprofessional education and practice) or Preceptorship) and Job Satisfaction or Organizational Culture or Work Engagement or Work environment or Organizational climate) limit 1 to (journal article or clinical trial or "review" or clinical trial,all or controlled clinical trial) [Limit not valid	16

	in CDSR,ACP Journal Club,DARE,CCA,CCTR,CLCMR,CLHTA,CLEED; records were retained]	
PsycInfo	("Patient Care Team" OR "health professionals" OR "healthcare team" OR "Health Personnel" OR "Students, Health Occupations" OR) AND ("Interprofessional education" OR "Interprofessional learning" OR "interprofessional training" OR "Simulation training" OR "Interprofessional education" OR "preceptorship") AND ("Job Satisfaction" OR "organizational culture" OR "work engagement" OR "work environment" OR "organizational climate")	11
ERIC	("Patient Care Team" OR "health professionals" OR "healthcare team" OR "Health Personnel" OR "Students, Health Occupations") AND ("Interprofessional education" OR "Interprofessional learning" OR "interprofessional training" OR "Simulation training" OR "Interprofessional education" OR "preceptorship") AND ("Job Satisfaction" OR "organizational culture" OR "work engagement" OR "work environment" OR "organizational climate" OR "professional identity")	12
Open Grey	("Patient Care Team" OR "health professionals" OR "healthcare team" OR "Health Personnel" OR "Students, Health Occupations") AND ("Interprofessional education" OR "Interprofessional learning" OR "interprofessional training" OR "Simulation training" OR "Interprofessional education" OR "preceptorship") AND ("Job Satisfaction" OR "organizational culture" OR "work engagement" OR "work environment" OR "organizational climate" OR "professional identity")	0

Apéndice B.

Resumen de resultados

Dimensiones	Artículo	Población	Concepto: Estrategia EIP	Contexto	Resultados
Clima organizacional	Christofilos et al., 2015	Trabajador social, fisioterapeuta, enfermero, médico y doctor en tecnología de la radiación	Talleres sobre los principios de la EIP, la práctica reflexiva, la colaboración, el trabajo en equipo, la facilitación en la EIP, las habilidades de resolución de conflictos y la retroalimentación	Hospital universitario en Toronto	Los resultados resumieron las áreas de mejora de la EIP, los factores facilitadores y los factores obstaculizadores.
	Jowsey et al., 2019	Personal de gestión, Enfermería, Anestesia, Cirugía y Auxiliar de Anestesia.	Se llevó a cabo un programa NetworkZ con el personal de OT ¹ de1, en el que se aplicó un simulacro a un equipo, seguido de un debriefing	Quirófanos en 20 Consejos de Salud de Distrito	Los resultados resumidos fueron diversos en cuanto al clima organizativo, mostrando una mejora del trabajo en equipo, la comunicación, el flujo de trabajo y las relaciones con el personal tras la aplicación de NetworkZ.
	Brewer & Flavell, 2020	Fisioterapia, logopedia, enfermería, terapia ocupacional, asesoramiento	Se llevó a cabo una estrategia EIP no especificada mientras los participantes eran todavía estudiantes en una duración de 10 a 42 días	Centro comunitario, escuela primaria y centro de ancianos	Tras la intervención se encontraron cuatro factores que facilitan el trabajo interprofesional: cambio de actitudes y percepciones, mejora de conocimientos y habilidades. Entre los comentarios de

¹ OT: Salas de Cirugía

	psicológico			actitud, aumentó el conocimiento del papel de cada profesional, así como la confianza y la comodidad para colaborar con los demás
Meurling et al., 2013	Médicos (especialistas y residentes en anestesiología y cuidados intensivos), enfermeras y auxiliares de enfermería	Formación de equipos basada en la simulación in situ con seminarios interactivos y escenarios simulados	La UCI ² en el Hospital Universitario Karolinska	El estudio encontró diferencias en el efecto de la intervención entre las distintas profesiones. Las puntuaciones de autoeficacia mejoraron entre los médicos y las enfermeras. La calidad percibida de la colaboración y la comunicación entre los auxiliares de enfermería y los médicos mejoró. La percepción de algunos factores ambientales, como el clima de trabajo en equipo, el clima de seguridad y las condiciones de trabajo, mejoró entre los auxiliares de enfermería. La percepción del clima de seguridad por parte de las enfermeras también mejoró.

² UCI: Unidad de Cuidados Intensivos

Wong et al., 2016	Enfermeras y médicos residentes	Una creación previa de una estrategia, sesiones de formación, simulaciones in situ en entornos de urgencias y una estrategia de recuerdo con un boletín electrónico	Centro de Simulación para las Ciencias de la Salud de Nueva York (hospital público de enseñanza de cuidados terciarios para adultos, con 1.200 camas, en Estados Unidos, con una afiliación académica)	T-TAQ : ³ Cuatro de los cinco constructos sobre el trabajo en equipo tuvieron una mejora significativa en cuanto a la estructura del equipo, el liderazgo, el seguimiento de la situación y el apoyo mutuo. HSOPS ⁴ : Tres de seis constructos mostraron una mejora significativa.
Tahtali et al., 2017	Médicos, enfermeras de urgencias y técnicos de radiología y estudiantes de medicina	Se realizó una formación del equipo de ictus con un protocolo de atención estandarizado, una formación basada en la simulación, un curso teórico y una sesión de feedback	Hospital (Servicio de Urgencias y Unidad de Ictus)	La mayoría de los participantes calificaron la intervención como altamente positiva para su práctica diaria.
Villemure et al., 2019	Asistente del beneficiario, terapeuta respiratorio, enfermeras, residente de anestesia,	Se realizó una intervención basada en la formación de CRM ⁵ , con una simulación in situ y un proceso de debriefing posterior	PACU ⁶ en el Hospital de las Universidades de Montreal y Quebec	La CIP global y la comunicación mostraron diferencias significativas entre los grupos. Sin embargo, el efecto del tiempo sobre la comunicación no fue estadísticamente significativo, aunque mostró una mejora.

³ T-TAQ: Cuestionario de Actitudes de Trabajo en Equipo TeamSTEPPS

⁴ HSOPS: Encuesta hospitalaria sobre la cultura de seguridad del paciente.

⁵ CRM: Recursos para la gestión de crisis

⁶ PACU: Unidad de Cuidados Postanestésicos

anestesi-
as

Roberts et al., 2014	Jefe de residentes, técnico de urgencias, enfermera de cabecera, residente junior, terapeuta respiratorio	La formación se centró en la mejora del liderazgo, la comunicación en equipo y otras características propias del papel. La formación contaba con una simulación seguida de una sesión informativa	El servicio de urgencias y el centro de simulación de MMC ⁷ , un hospital universitario afiliado a la Facultad de Medicina de la Universidad del Sur de Illinois	Los participantes se mostraron "muy de acuerdo" con la utilidad de la intervención, excepto con el punto relativo a que la formación es un buen uso del tiempo de los encuestados. Los participantes también estuvieron de acuerdo con la funcionalidad de la intervención en el funcionamiento del equipo.
Braithwaite et al., 2013	Médicos, enfermeros, personal sanitario y administrativo, que constituyen la muestra del estudio, y personal de apoyo y "otros" que no citaron sus profesiones.	111 iniciativas de la CIP con el núcleo de trabajo de la colaboración entre profesionales	ACT (redes australianas de servicios sanitarios)	Al comparar las evaluaciones de los grupos de profesionales, se descubrió una relación significativa en 9 de los 10 entre el nivel de pertenencia y el grado en el que consideraban que se habían alcanzado los objetivos del proyecto.

⁷ MMC: Centro Médico Memorial

Dematteo & Reeves, 2011	Enfermeros, médicos, trabajadores sociales, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, farmacéuticos, psicólogos, profesionales de la gestión clínica, logopedas y consultores	Algunos programas de EIP se aplicaron al desarrollo del liderazgo colaborativo, la tutoría entre clínicos y colegas noveles, el desarrollo de entornos clínicos para promover la colaboración y las actividades de EIP para mejorar la colaboración laboral.	13 hospitales universitarios locales	Los participantes informaron de una mejora en la escucha, la sensibilización y la inclusión. Además, tuvieron una percepción favorable de las intervenciones de la EIP. Sin embargo, algunos participantes destacaron su preocupación por algunos aspectos de la estrategia, como la aplicación real en el trabajo de primera línea y la falta de un análisis crítico sobre la "raíz" del cambio organizativo.
Lee et al., 2021	Médicos, enfermeras del hospital cada hospital, técnico cada hospital	Estrategia de simulación para medir los conocimientos técnicos, la colaboración en el trabajo en equipo y la comunicación con formación práctica y debriefing	Hospital no docente, Servicio de Urgencias Pediátricas	Hubo una mejora en el trabajo en equipo y la comunicación durante un período de 12 meses después de la intervención.
Bajnok et al., 2012	Médicos, enfermeras, fisioterapeutas, administradores de enfermería, terapeutas ocupacionales	Se llevó a cabo un programa de tutoría para desarrollar y aplicar el plan de acción y los objetivos de desarrollo del equipo, así como la creación de	Departamento de urgencias de un hospital regional, centro de atención comunitaria, centro de rehabilitación/cuidado continuo	Los participantes se mostraron de acuerdo con la utilidad de la estrategia para llegar a un acuerdo en equipo.

		ales, dietistas, terapeutas recreativo s , asistentes de PT ⁸ , médicos audiólogo s , ultrasonó grafos, tecnólogo s de cardiologí a, tecnólogo s de laboratori o médico y trabajador es sociales	equipos y de redes	complejo, centro regional de ciencias de la salud, equipo de atención de heridas de un hospital metropolitano	
Cultura Organizacional	Jowsey et al., 2019	Profesionales de gestión, Enfermería, Anestesia, Cirugía y Auxiliar de Anestesia.	Se llevó a cabo un programa NetworkZ con el personal de OT, en el que se aplicó una simulación a un equipo, seguida de una sesión informativa.	Quirófanos en 20 Consejos de Salud de Distrito	Se percibió que NetworkZ había cambiado la cultura organizativa promoviendo una relación más estrecha dentro de los equipos implicados. Se llegó a la conclusión de que la cultura puede ser tanto un reto como un factor de mejora del éxito de la implantación de NetworkZ.

⁸ PT: Asistente de fisioterapeuta

Slater et al., 2012	Médicos subalternos, médicos superiores, enfermeros, gestores o administradores, farmacéuticos, terapeutas ocupacionales y trabajadores sociales	Se celebraron 111 intervenciones de la Colaboración Interprofesional. Algunas de ellas consistieron en paneles y encuentros entre profesionales, mientras que otras contenían sesiones de retroalimentación	Organizaciones sanitarias de una ciudad de Inglaterra ⁴ hospitales generales, 4 hospitales de salud mental y 3 consultorios generales individuales	Los resultados mostraron que no se produjeron cambios en las dimensiones de la cultura, como la respuesta no punitiva al error y el apoyo del personal, entre otras. Sin embargo, la prueba T emparejada sugirió un cambio significativo en la comunicación.
Nagelkerk et al., 2014	Estudiantes de enfermería, estudiantes de medicina de tercer año, residentes de pediatría y el personal de la unidad piloto de enfermeras registradas y técnicos de enfermería	Instrucciones de seguridad, simulacro con vídeo y sesión informativa y una ronda de seguridad.	Helen DeVos Children's Hospital (HDVCH): Hospital pedagógico con 206 camas para niños	Los participantes mostraron percepciones positivas sobre la utilidad de la estrategia para mejorar factores como la capacidad de tomar decisiones, para conocer información que contar a otros profesionales y los conocimientos técnicos.

Kolbe et al., 2013	Anestesi- stas senior, anestesi- stas residentes , enfermera s de anestesia	Estrategia de debriefing con tres núcleos diferentes: autocorrección, defensa, indagación y constructivista sistémico.	Nuevo hospital universitario, centro de simulación	Hubo correlaciones significativas entre la inclusividad del líder y los cuatro factores medidos. No se encontró ninguna correlación entre la medida de seguridad psicológica antes y después. Sin embargo, la seguridad psicológica aumentó significativamente de t1 a t2.
Rider et al., 2018	Médicos, personal psicosocia l (trabajado r es sociales, psicólogo s), enfermero s, educadore s, otros profesion ales sanitarios (estudiant e s de medicina , investigad ores de servicios sanitarios) y personal administr ativo	Se realizó una respuesta de construcción colectiva con trabajo en equipo y lluvia de ideas, con retroalimentación	Organización de formación sanitaria interprofesion al (educativa)	Se describieron cinco categorías: filosofía y misión, práctica y estrategias prácticas, capital humano, productividad de la investigación y becas, y asociación.

Gros et al., 2021	Médicos (MD), enfermeras, técnicos de enfermería, técnicos de anestesia, auxiliares de quirófano, endoscopistas, técnico de endoscopia, técnicos, estudiante de técnico quirúrgico, GI ⁹ , perfusionista, otros no especificados.	Simulaciones sobre gastroenterología y cirugía general, con tres fases (prebrief, simulación y debrief)	Centro médico académico. Escenario médico. Laboratorio de Cateterismo Angiografía (Cath Angio), Suite de Endoscopia, Centro de Cirugía Ambulatoria y el quirófano principal.	Se encontraron 7 categorías de mejora, en las que estaban la comunicación en equipo, la claridad del papel de los profesionales y la mejora de la preparación para futuras reacciones.
Carney et al., 2019	Profesores de medicina, enfermería, farmacia y psicología; residentes de medicina y farmacia; enfermeros, supervisor	Sesión de formación presencial, coaching y grupo de discusión para evaluar los efectos	Práctica de continuidad de la residencia de atención primaria en nueve lugares que representaban entornos académicos y sistemas de salud donde se había realizado el proyecto PACER	Se analizaron los factores culturales: la cultura del cambio y la cultura del aprendizaje como factores facilitadores de una mejor implicación en las estrategias de EIP. Otros factores culturales fueron percibidos como barreras, tales como una cultura de comunicación pobre, un liderazgo que no consideraba la

⁹ GI: Gastroenterólogos

	<p>es de clínica, coordinadores de programas de residencia, asistentes médicos y personal de oficina; así como estudiantes de enfermería, farmacia, trabajo social, salud mental y programas de asistentes médicos.</p>			<p>distribución para mejorar la interacción y la falta de facilidades para la interacción profesional.</p>
Bajnok et al., 2012	<p>Médicos, enfermeras, fisioterapeutas, administradores de enfermería, terapeutas ocupacionales, dietistas, terapeutas recreativos, asistentes de fisioterapia,</p>	<p>Aprendizaje colectivo y tutoría sobre la aplicación de estrategias de desarrollo de equipos</p>	<p>Departamento de urgencias de un hospital regional, centro de atención comunitaria, centro de rehabilitación/cuidado continuo complejo, centro regional de ciencias de la salud, equipo de atención de heridas de un hospital metropolitano</p>	<p>Los participantes afirmaron que había más factores que mejoraban el cambio del "estilo de trabajo en silos" al "estilo de trabajo en equipo". Destacaron los resultados positivos relacionados con la mejora de la confianza, el compromiso y el orgullo del equipo.</p>

	médicos audiólogo s, ultrasonó grafos, tecnólogo s de cardiologí a, tecnólogo s de laboratori o médico y trabajador es sociales			
Hinde et al., 2016	Personal de enfermería a formado, auxiliares sanitarios, facultativ o s de quirófano y médico	Simulación in situ en un quirófano	Hospital / Quirófano	Hubo un aumento entre los medios del clima de seguridad.
Dematteo & Reeves, 2011	Enfermer os, médicos, trabajador es sociales, fisioterap eutas, terapeutas ocupacion ales, farmacéut icos, psicólogo s, profesion ales de la gestión	Entrenamiento de debriefing entre tres enfoques: autocorrección, indagación de defensa y constructivista sistémico.	13 hospitales universitarios locales	La estrategia se consideró una herramienta útil para reducir las jerarquías y mejorar el bienestar del personal. Sin embargo, algunos participantes percibieron dificultades en la aplicación de la intervención en sus prácticas diarias y percibieron una falta de pensamiento crítico

		clínica, logopedas . consultores..			
Satisfacción laboral	Meurling et al., 2013	Médicos (especialistas y residentes en anestesiología y cuidados intensivos), enfermeras y auxiliares de enfermería	Formación de equipos basada en la simulación in situ con seminarios interactivos y escenarios simulados	La UCI del Hospital Universitario Karolinska	No hubo ningún efecto significativo en las puntuaciones del SAQ
	Marrone, 2018	Médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería, ejecutivos	Grupos de discusión y talleres	"(...)un gran centro médico académico urbano sin ánimo de lucro del noreste de Estados Unidos".	Las encuestas de satisfacción mostraron un aumento de las puntuaciones de satisfacción entre los profesionales..
	Carney et al., 2019	Profesores de medicina, enfermería, farmacia y psicología; residentes de medicina y farmacia; enfermero	Sesión de formación presencial, coaching y grupo de discusión para evaluar los efectos	Práctica de continuidad de la residencia de atención primaria en nueve lugares que representaban entornos académicos y sistemas de salud donde se había realizado el proyecto PACER	Los resultados indicaron una mejora de la satisfacción en el trabajo, destacando los efectos sobre la percepción de equipo que aumentó el sentido de pertenencia y satisfacción

s,
 supervisor
 es de
 clínica,
 coordinad
 ores de
 programa
 s de
 residencia
 ,
 asistentes
 médicos y
 personal
 de
 oficina;
 así como
 estudiante
 s de
 enfermerí
 a ,
 farmacia,
 trabajo
 social,
 salud
 mental y
 programa
 s de
 asistentes
 médicos

Villemure et al.,
 2019

Asistente del beneficiario, terapeuta respiratorio, enfermeras, residente de anestesia, anestesistas

Se realizó una intervención basada en la formación en CRM, con un simulacro in situ y un proceso de debriefing posterior

PACU en el Hospital de las Universidades de Montreal y Quebec

El ISS¹⁰ no tuvo un impacto significativo entre los compañeros de trabajo

¹⁰ ISS: Simulación in Situ

Compro miso organizac ional	Meurling et al., 2013	Médicos (especiali stas y residentes en anestesiol ogía y cuidados intensivos) , enfermera s y auxiliares de enfermerí a	Formación de equipos basada en la simulación in situ con seminarios interactivos y escenarios simulados	La UCI del Hospital Universitario Karolinska	La rotación de personal de enfermería en el grupo de intervención se redujo en una media del 2,2%, en comparación con el porcentaje creciente en el grupo de control, del 1,7%. También se produjo una reducción significativa de las bajas por enfermedad de las enfermeras.
	Pullon & Fry, 2005	Médicos, enfermero s, gestores sanitarios, jubilados, paramédic os, higienista s y estudiante s de posgrado	Talleres con módulos teóricos sobre el papel de las profesiones, la participación en equipos de planificación clínica y la evaluación. También se incluyeron pacientes simulados.	Atención primaria de salud	El 40% de los encuestados declaró que iba a seguir trabajando en el sector después de la intervención
	Christofilos et al., 2015	Trabajado r social, fisioterap euta, enfermero , médico y doctor en tecnología de la radiación	Talleres sobre los principios de la EIP, la práctica reflexiva, la colaboración, el trabajo en equipo, la facilitación en la EIP, las habilidades de resolución de conflictos y la retroalimentación	Hospital universitario en Toronto	La estrategia educativa fue útil para identificar las áreas que podrían requerir un compromiso de cambio hacia un entorno organizativo.

Carney et al., 2019	Profesores de medicina, enfermería, farmacia y psicología; residentes de medicina y farmacia; enfermeros, supervisores de clínica, coordinadores de programas de residencia, asistentes médicos y personal de oficina; así como estudiantes de enfermería, farmacia, trabajo social, salud mental y programas de asistentes médicos.	Sesión de formación presencial, coaching y grupo de discusión para evaluar los efectos	Práctica de continuidad de la residencia de atención primaria en nueve lugares que representaban entornos académicos y sistemas de salud en los que se había llevado a cabo el proyecto PACER	La apertura hacia la intervención interprofesional fue mayor entre los participantes con cultura de cambio y cultura de aprendizaje.
---------------------	--	--	---	--

Apéndice C

Lista de Chequeo PRISMA para Scoping Review (Tricco et al., 2018)

Section	Item	PRISMA-Checklist Item	Reported on page #
Title			
Title	1	Identify the report as a scoping review	1
Abstract			
Structured summary	2	Provide a structured summary that includes (as applicable): background, objectives, eligibility criteria, sources of evidence, charting methods, results, and conclusions that relate to the review questions and objectives.	2 & 3
Introduction			
Rationale	3	Describe the rationale for the review in the context of what is already known. Explain why the review questions/objectives lend themselves to a scoping review approach	4-9
Objectives	4	Provide an explicit statement of the questions and objectives being addressed with reference to their key elements (e.g., population or participants, concepts, and context) or other relevant key elements used to conceptualize the review questions and/or objectives.	9-10
Methods			
Protocol and registration	5	Indicate whether a review protocol exists; state if and where it can be accessed (e.g., a Web address); and if available, provide registration information, including the registration number.	10
Eligibility criteria	6	Specify characteristics of the sources of evidence used as eligibility criteria (e.g., years considered, language, and publication status), and provide a rationale.	11
Information sources	7	Describe all information sources in the search (e.g., databases with dates of coverage and contact with authors to identify additional sources), as well as the date the most recent search was executed.	11
Search	8	Present the full electronic search strategy for at least 1 database, including any limits used, such that it could be repeated.	24
Selection of sources of evidence	9	State the process for selecting sources of evidence (i.e., screening and eligibility) included in the scoping review.	12
Data charting process	10	Describe the methods of charting data from the included sources of evidence (e.g., calibrated forms or forms that have been tested by the team before their use, and whether data charting was done independently or in duplicate) and any processes for obtaining and confirming data from investigators.	12
Data items	11	List and define all variables for which data were sought and any assumptions and simplifications made.	12

Critical appraisal of individual sources of evidence	12	If done, provide a rationale for conducting a critical appraisal of included sources of evidence; describe the methods used and how this information was used in any data synthesis (if appropriate).	-
Synthesis of results	13	Describe the methods of handling and summarizing the data that were charted.	12
Results			
Selection of sources of evidence	14	Give numbers of sources of evidence screened, assessed for eligibility, and included in the review, with reasons for exclusions at each stage, ideally using a flow diagram.	52
Characteristics of sources of evidence	15	For each source of evidence, present characteristics for which data were charted and provide the citations.	14-19
Critical appraisal within sources of evidence	16	If done, present data on critical appraisal of included sources of evidence (see item 12).	-
Results of individual sources of evidence	17	For each included source of evidence, present the relevant data that were charted that relate to the review questions and objectives	14-19
Synthesis of results	18	Summarize and/or present the charting results as they relate to the review questions and objectives.	26-40
Discussion			
Summary of evidence	19	Summarize the main results (including an overview of concepts, themes, and types of evidence available), link to the review questions and objectives, and consider the relevance to key groups.	19-22
Limitations	20	Discuss the limitations of the scoping review process.	22
Conclusions	21	Provide a general interpretation of the results with respect to the review questions and objectives, as well as potential implications and/or next steps.	23

Referencias

- Aoki, R. N., & Guirardello, E. de B. (2019). Bullying in the nursing work environment: integrative review. *Revista Gaucha de Enfermagem*, 40, e20190176. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20190176>
- Bajnok, I., Puddester, D., Macdonald, C. J., Archibald, D., & Kuhl, D. (2012). Building positive relationships in healthcare: Evaluation of the teams of interprofessional staff interprofessional education program. *Contemporary Nurse*, 42(1), 76–89. <https://doi.org/10.5172/conu.2012.42.1.76>
- Bodenheimer, T., & Sinsky, C. (2014). From triple to Quadruple Aim: Care of the patient requires care of the provider. *Annals of Family Medicine*, 12(6), 573–576. <https://doi.org/10.1370/afm.1713>
- Braithwaite, J., Westbrook, M., Nugus, P., Greenfield, D., Travaglia, J., Runciman, W., Ruth Foxwell, A., Boyce, R. A., Devinney, T., & Westbrook, J. (2013). Continuing differences between health professions' attitudes: The saga of accomplishing systems-wide interprofessionalism. *International Journal for Quality in Health Care*, 25(1), 8–15. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzs071>
- Brashers, V., Phillips, E., Malpass, J., & Owen, J. (2016). Review: Measuring the Impact of Interprofessional Education (IPE) on Collaborative Practice and Patient Outcomes. Measuring the impact of Interprofessional Education (IPE) on collaborative practice and patient out. Institute of National Academic Press. In *Measuring the Impact of Interprofessional Education on Collaborative Practice and Patient Outcomes*. <https://doi.org/10.17226/21726>
- Brewer, M. L., & Flavell, H. L. (2020). Teamwork, collaboration and networking: self-reported behavioural change following pre-licensure interprofessional clinical learning. *Journal of Interprofessional Care*, 34(2), 184–192. <https://doi.org/10.1080/13561820.2019.1645649>
- Buring, S. M., Bhushan, Alok., Broeseker, A., Conway, S., Duncan-Hewitt, W., Hansen, L., & Westberg, S. (2009). Interprofessional Education: Definitions, student competencies and guidelines for implementation. *American Journal of Pharmaceutical Education*, 73(4), 1–8. <https://doi.org/10.1002/bjs.1800760430>
- Carney, P. A., Thayer, E. K., Palmer, R., Galper, A. B., Zierler, B., & Eiff, M. P. (2019). The benefits of interprofessional learning and teamwork in primary care ambulatory training settings. *Journal of Interprofessional Education and Practice*, 15(November 2018), 119–126. <https://doi.org/10.1016/j.xjep.2019.03.011>
- Christofilos, V., Dematteo, D., & Penciner, R. (2015). Outcomes of commitment to change statements after an interprofessional faculty development program. *Journal of Interprofessional Care*, 29(3), 273–275. <https://doi.org/10.3109/13561820.2014.950725>

- Copanitsanou, P., Fotos, N., & Brokalaki, H. (2017). Effects of work environment on patient and nurse outcomes. *British Journal of Nursing*, 26(3), 172–176. <https://doi.org/10.12968/bjon.2017.26.3.172>
- Dematteo, D., & Reeves, S. (2011). A critical examination of the role of appreciative inquiry within an interprofessional education initiative. *Journal of Interprofessional Care*, 25(3), 203–208. <https://doi.org/10.3109/13561820.2010.504312>
- Freeth, D., & Nicol, M. (1998). Learning clinical skills: An interprofessional approach. *Nurse Education Today*, 18(6), 455–461. [https://doi.org/10.1016/S0260-6917\(98\)80171-8](https://doi.org/10.1016/S0260-6917(98)80171-8)
- García Solarte, M. (2011). Clima Organizacional y su Diagnóstico: Una Aproximación Conceptual. *Cuadernos de Administración*, 25(42), 43–61. <https://doi.org/10.25100/cdea.v25i42.413>
- Gros, E., Shi, R., Hasty, B., Anderson, T., Schmiederer, I., Roman-Micek, T., Merrell, S. B., & Lau, J. (2021). In situ interprofessional operating room simulations: Empowering learners in crisis resource management principles. *Surgery (United States)*, 170(2), 432–439. <https://doi.org/10.1016/j.surg.2021.02.011>
- Harter, J. K., Schmidt, F. L., & Hayes, T. L. (2002). Business-unit-level relationship between employee satisfaction, employee engagement, and business outcomes: A meta-analysis. *Journal of Applied Psychology*, 87(2), 268–279. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.87.2.268>
- Hinde, T., Gale, T., Anderson, I., Roberts, M., & Sice, P. (2016). A study to assess the influence of interprofessional point of care simulation training on safety culture in the operating theatre environment of a university teaching hospital. *Journal of Interprofessional Care*, 30(2), 251–253. <https://doi.org/10.3109/13561820.2015.1084277>
- Interprofessional Educational Collaborative, Practice, I. C., & Values. (2016). Core Competencies for Interprofessional Collaborative Practice : 2016 Update. *Interprofessional Education Collaborative*, 1–19.
- Jowsey, T., Beaver, P., Long, J., Civil, I., Garden, A. L., Henderson, K., Merry, A., Skilton, C., Torrie, J., & Weller, J. (2019). Towards a safer culture: implementing multidisciplinary simulation-based team training in New Zealand operating theatres - a framework analysis. *BMJ Open*, 9(10). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-027122>
- Knudsen, H., Busck, O., & Lind, J. (2011). Work environment quality: The role of workplace participation and democracy. *Work, Employment and Society*, 25(3), 379–396. <https://doi.org/10.1177/0950017011407966>
- Kolbe, M., Weiss, M., Grote, G., Knauth, A., Dambach, M., Spahn, D. R., & Grande, B. (2013). TeamGAINS: A tool for structured debriefings for simulation-based team

trainings. *BMJ Quality and Safety*, 22(7), 541–553. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2012-000917>

- Lapo-Maza, M. del C., & Bustamante-Ubilla, M. A. (2018). Incidencia del Clima Organizacional y de las Actitudes Laborales en el Comportamiento Prosocial de los Profesionales de la Salud del Guayas Ecuador. *Información Tecnológica*, 29(5), 245–258. <https://doi.org/10.4067/s0718-07642018000500245>
- Lee, M. O., Schertzer, K., Khanna, K., Wang, N. E., Camargo, C. A., & Sebok-Syer, S. S. (2021). Using in Situ Simulations to Improve Pediatric Patient Safety in Emergency Departments. *Academic Medicine*, 96(3), 395–398. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000003807>
- Macey, W. H., & Schneider, B. (2008). *The Meaning of Employee Engagement.*: *EBSCOhost*. 1, 3–30. <http://web.b.ebscohost.com.esc-web.lib.cbs.dk/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=93c9a7d9-10bb-4006-9258-ae22a70ef662@sessionmgr110&vid=1&hid=123>
- Marrone, S. R. (2018). Perioperative accountable care teams: Improving surgical team efficiency and work satisfaction through interprofessional collaboration. *Journal of Perioperative Practice*, 28(9), 223–230. <https://doi.org/10.1177/1750458918788975>
- Meurling, L., Hedman, L., Sandahl, C., Felländer-Tsai, L., & Wallin, C. J. (2013). Systematic simulation-based team training in a Swedish intensive care unit: A diverse response among critical care professions. *BMJ Quality and Safety*, 22(6), 485–494. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2012-000994>
- Moore, D., Green, J., & Gallis, H. (2009). Achieving Desired Results and Improved Outcomes: Integrating Planning and Assessment Throughout Learning Activities. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 29(1), 1–15. <https://doi.org/10.1002/chp>
- Morey, J. C., Simon, R., Jay, G. D., Wears, R. L., Salisbury, M., Dukes, K. A., & Berns, S. D. (2002). Error Reduction and Performance Improvement in the Emergency Department through Formal Teamwork Training: Evaluation Results of the MedTeams. *Quality of Care*, 1553–1581. <https://doi.org/10.4135/9781483349015>
- Nagelkerk, J., Peterson, T., Pawl, B. L., Teman, S., Anyangu, A. C., Mlynarczyk, S., & Baer, L. J. (2014). Patient safety culture transformation in a children's hospital: An interprofessional approach. *Journal of Interprofessional Care*, 28(4), 358–364. <https://doi.org/10.3109/13561820.2014.885935>
- Nieuwenhuijsen, K., Bruinvels, D., & Frings-Dresen, M. (2010). Psychosocial work environment and stress-related disorders, a systematic review. *Occupational Medicine (Oxford, England)*, 60(4), 277–286. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqq081>
- Organización de las Naciones Unidas. (2018). La Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible Una oportunidad para América Latina y el Caribe Gracias por su

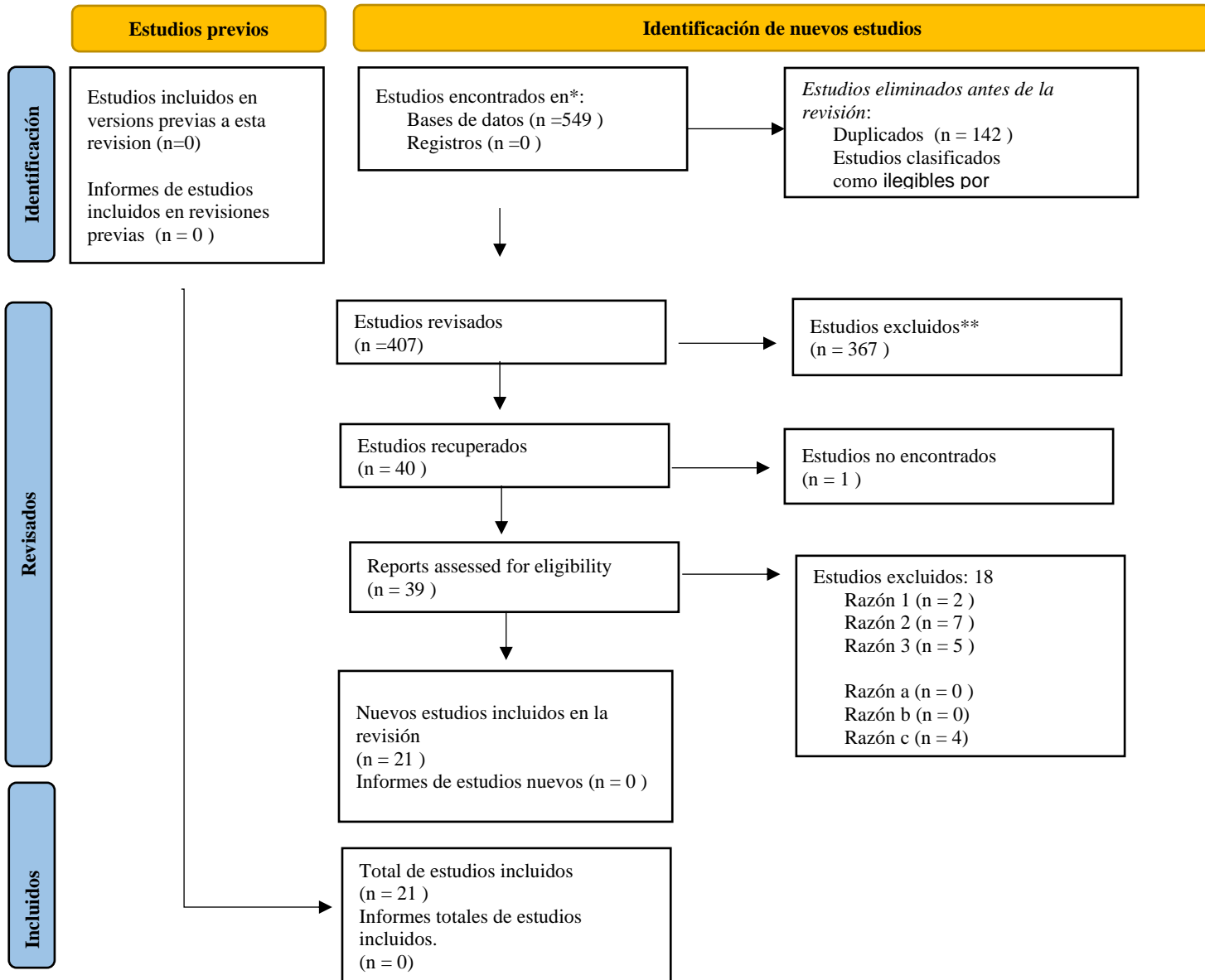
- interés en esta publicación de la CEPAL. In *Publicación de las Naciones Unidas*.
https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/40155/24/S1801141_es.pdf
- Ouzzani, M., Hammady, H., Fedorowicz, Z., & Elmagarmid, A. (2016). Rayyan-a web and mobile app for systematic reviews. *Systematic Reviews*, 5(1), 1–10.
<https://doi.org/10.1186/s13643-016-0384-4>
- Peña-Viveros, R., Hernández-Hernández, D. M., Vélez-Moreno, A. M. L., García-Sandoval, M. G., Reyes-Tellez, M. A., & Ureña-Bogarin, E. L. (2015). Clima organizacional de equipos directivos y su relación con los resultados en la atención a la salud. *Salud Pública de México*, 57(6), 528.
<https://doi.org/10.21149/spm.v57i6.7642>
- Peters, M. D. J., Marney, C., Tricco, A. C., Pollock, D., Munn, Z., Alexander, L., McInerney, P., Godfrey, C. M., & Khalil, H. (2020). Updated methodological guidance for the conduct of scoping reviews. *JBIM Evidence Synthesis*, 2119–2125.
<https://doi.org/10.11124/JBIES-20-00167>
- Pollock, D., Davies, E. L., Peters, M. D. J., Tricco, A. C., Alexander, L., McInerney, P., Godfrey, C. M., Khalil, H., & Munn, Z. (2021). Undertaking a scoping review: A practical guide for nursing and midwifery students, clinicians, researchers, and academics. *Journal of Advanced Nursing*, 77(4), 2102–2113.
<https://doi.org/10.1111/jan.14743>
- Pullon, S., & Fry, B. (2005). Interprofessional postgraduate education in primary health care: Is it making a difference? *Journal of Interprofessional Care*, 19(6), 569–578.
<https://doi.org/10.1080/13561820500448209>
- Reeves, S., Clark, E., Lawton, S., Ream, M., & Ross, F. (2017). Examining the nature of interprofessional interventions designed to promote patient safety: A narrative review. *International Journal for Quality in Health Care*, 29(2), 144–150.
<https://doi.org/10.1093/intqhc/mzx008>
- Reeves, S., Perrier, L., Goldman, J., Freeth, D., & Zwarenstein, M. (2013). Interprofessional education : effects on professional practice and healthcare outcomes (update) (Review) SUMMARY OF FINDINGS FOR THE MAIN COMPARISON. *Cochrane Database Syst Rev*, 3(3).
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD002213.pub3.www.cochranelibrary.com>
- Rider, E. A., Comeau, M., Truog, R. D., Boyer, K., & Meyer, E. C. (2019). Identifying intangible assets in interprofessional healthcare organizations: feasibility of an asset inventory. *Journal of Interprofessional Care*, 33(5), 583–586.
<https://doi.org/10.1080/13561820.2018.1544118>
- Roberts, N. K., Williams, R. G., Schwind, C. J., Sutyak, J. A., McDowell, C., Griffen, D., Wall, J., Sanfey, H., Chestnut, A., Meier, A. H., Wohltmann, C., Clark, T. R., & Wetter, N. (2014). The impact of brief team communication, leadership and team

- behavior training on ad hoc team performance in trauma care settings. *American Journal of Surgery*, 207(2), 170–178. <https://doi.org/10.1016/j.amjsurg.2013.06.016>
- Schein, E. H. (2004). *Organizational Culture and Leadership* (3rd ed.). John Wiley and Sons Inc.
- Sikka, R., Morath, J. M., & Leape, L. (2015). The quadruple aim: Care, health, cost and meaning in work. *BMJ Quality and Safety*, 24(10), 608–610. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2015-004160>
- Slater, B., Lawton, R., Armitage, G., Bibby, J., & Wright, J. (2012). Training and Action for Patient Safety: Embedding Interprofessional Education for Patient Safety Within an Improvement Methodology BEVERLEY. *Journal of Continuing Education in Health Professions*, 32(2), 80–89. <https://doi.org/10.1002/chp>
- Stern, C., Lizarondo, L., Carrier, J., Godfrey, C., Rieger, K., Salmond, S., Apostolo, J., Kirkpatrick, P., & Loveday, H. (2020). Methodological guidance for the conduct of mixed methods systematic reviews. *JBIS Evidence Synthesis*, 18(10), 2108–2118. <https://doi.org/10.11124/JBISRIR-D-19-00169>
- Tahtali, D., Bohmann, F., Rostek, P., Wagner, M., Steinmetz, H., & Pfeilschifter, W. (2017). Setting up a stroke team algorithm and conducting simulation-based training in the emergency department - A practical guide. *Journal of Visualized Experiments*, 2017(119), 1–7. <https://doi.org/10.3791/55138>
- Theobald, E. J., Ettinger, A. K., Burgess, H. K., DeBey, L. B., Schmidt, N. R., Froehlich, H. E., Wagner, C., HilleRisLambers, J., Tewksbury, J., Harsch, M. A., & Parrish, J. K. (2015). Global change and local solutions: Tapping the unrealized potential of citizen science for biodiversity research. *Biological Conservation*, 181, 236–244. <https://doi.org/10.1016/j.biocon.2014.10.021>
- Tricco, A. C., Lillie, E., Zarin, W., O'Brien, K. K., Colquhoun, H., Levac, D., Moher, D., Peters, M. D. J., Horsley, T., Weeks, L., Hempel, S., Akl, E. A., Chang, C., McGowan, J., Stewart, L., Hartling, L., Aldcroft, A., Wilson, M. G., Garritty, C., ... Straus, S. E. (2018). PRISMA extension for scoping reviews (PRISMA-ScR): Checklist and explanation. *Annals of Internal Medicine*, 169(7), 467–473. <https://doi.org/10.7326/M18-0850>
- van den Berg, J. W., Mastenbroek, N. J. J. M., Scheepers, R. A., & Jaarsma, A. D. C. (2017). Work engagement in health professions education*. *Medical Teacher*, 39(11), 1110–1118. <https://doi.org/10.1080/0142159X.2017.1359522>
- Villemure, C., Georgescu, L. M., Tanoubi, I., Dubé, J. N., Chiochio, F., & Houle, J. (2019). Examining perceptions from in situ simulation-based training on interprofessional collaboration during crisis event management in post-anesthesia care. *Journal of Interprofessional Care*, 33(2), 182–189. <https://doi.org/10.1080/13561820.2018.1538103>

- Walsh, K., Reeves, S., & Maloney, S. (2014). Exploring issues of cost and value in professional and interprofessional education. *Journal of Interprofessional Care*, 28(6), 493–494. <https://doi.org/10.3109/13561820.2014.941212>
- Wong, A. H. W., Gang, M., Szyld, D., & Mahoney, H. (2016). Using a simulation-enhanced interprofessional education strategy to improve attitudes toward teamwork and communication. *Simulation in Healthcare*, 11(2), 117–125. <https://doi.org/10.1097/SIH.0000000000000133>
- World Health Organization. (2010). *Monitoring the Building Blocks of Health Systems : a Handbook of Indicators and their measurement strategies*. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data.

Figura 1

Estrategia de búsqueda



Nota. Razón 1 = Que el artículo sea una revisión. Razón 2 = Que el artículo describa un protocolo, sin una fase de intervención. Razón 3 = Que el artículo realice una evaluación en un entorno no laboral, meramente académico. Razón a = Que el artículo defina una estrategia educative que involucre dos o más profesiones (población). Razón b = Que mencione una medida o una forma de evaluación cualitativa o cuantitativa del efecto de la estrategia educative (concepto) en el ambiente laboral en cualquiera de sus dimensiones: cooperación, comunicación, colaboración . Razón c = Que el artículo esté escrito en español, inglés, francés o portugués.