

# Sensibilidad Intercultural en jefes de carrera de Ciencias de la Salud para incorporar Competencia Intercultural en el curriculum

Debbie Álvarez-Cruces<sup>1,a</sup>, Alejandra Nocetti-de-la-Barra<sup>2,b</sup>, Juan Mansilla-Sepúlveda<sup>3,c</sup>.

Intercultural Sensitivity in Health Science Head of Faculty to incorporate Intercultural Competence in the Curriculum

## RESUMEN

En Chile, el aumento de migrantes desde el 1990 a la fecha ha sido considerable; sin embargo, la Política de Salud de Migrante Internacional se estableció apenas en 2017. Esta señala incorporar contenidos referidos a interculturalidad, migración y salud, entre otros, en el curriculum de salud. Los jefes de carrera gestionan el curriculum para responder a los requerimientos del contexto. El modelo de Sensibilidad Intercultural describe las etapas para desarrollar empatía que permiten atender las necesidades culturales del otro. **Objetivo:** Explorar la Sensibilidad Intercultural de los jefes de carrera de ciencias de la salud para incorporar Competencia Intercultural para paciente migrante en el curriculum. **Método:** Investigación cualitativa con enfoque Interpretativo. Se realizaron entrevistas por zoom a informantes clave que fueron jefes de carrera de diferentes carreras sanitarias, posterior al envío del consentimiento informado por mail. El análisis de datos utilizó categorías deductivas en conformidad con las etapas de Sensibilidad Intercultural y subcategorías inductivas, con la asistencia del programa ATLAS.ti 24. **Resultados:** Participaron 15 jefes de carrera de tres universidades. Las categorías fueron: a) Negación: conformada por las subcategorías aislamiento académico y desconocimiento de Política de Salud de Migrante Internacional; b) Defensa: con ausencia de académicos capacitados, curriculum rígido y delegar la formación práctica; c) Minimización: con formación implícita y minimización formativa; y d) Aceptación: con estrategias de incorporación de contenidos. El análisis código/documento permitió

<sup>1</sup>Departamento de Patología y Diagnóstico, Facultad de Odontología. Universidad de Concepción. Concepción, Chile.

<sup>2</sup>Facultad de Educación, Universidad Católica de la Santísima Concepción. Concepción, Chile.

<sup>3</sup>Facultad de Educación, Universidad Católica de Temuco. Temuco, Chile.

<sup>a</sup>Enfermera y Cirujano Dentista. Magister en Educación Superior. PhD en Educación.

<sup>b</sup>Profesora de Biología. PhD en Educación y Sociedad.

<sup>c</sup>Profesor de Estado en Historia, Geografía y Educación Cívica. PhD en Filosofía y Letras.

\*Correspondencia: Debbie Álvarez Cruces / debbiejalvarez@udec.cl

Financiamiento: Este trabajo no contó con apoyo financiero de ningún tipo.

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

Recibido: 29 de agosto de 2024.

Aceptado: 23 de diciembre de 2024.

establecer que la etapa más frecuente fue la de minimización, seguida de defensa. La etapa más alta lograda fue de aceptación, aunque con estrategias educativas poco sistemáticas. Las etapas de adaptación e integración no se lograron. **Conclusión:** La Sensibilidad Intercultural de los jefes de carrera para incorporar Competencia Intercultural para paciente migrante en el curriculum es principalmente de minimización y defensa que invisibiliza los aspectos culturales. Esto repercute y perpetúa una atención universalista y etnocéntrica.

**Palabras clave:** Ciencias de la Salud; Competencia Intercultural; Curriculum; Formación; Sensibilidad Intercultural.

### ABSTRACT

In Chile, the growth of the migrant population since 1990 has been significant; however, the International Migrant Health Policy was only established in 2017. This policy stresses incorporating interculturality, migration, and health into health science curricula. Heads of Faculty manage the curriculum to address contextual needs. The Intercultural Sensitivity Model outlines the stages for developing empathy essential to meet the cultural needs of others. **Aim:** To explore the Intercultural Sensitivity of Health Science Heads of Faculty in integrating Intercultural Competence for migrant patients into the curriculum. **Method:** A qualitative study with an interpretative approach was performed. Key informants, consisting of Heads of Faculty from various health disciplines, were interviewed via Zoom after receiving informed consent via email. Data analysis utilized deductive categories aligned with the stages of Intercultural Sensitivity and inductive subcategories, backed by the ATLAS.ti 24 software. **Results:** Fifteen Heads of Faculty from three universities participated. The identified categories included: a) Denial, characterized by subcategories of academic isolation and lack of awareness of the International Migrant Health Policy; b) Defense, marked by a lack of trained faculty, rigid curricula, and delegation of practical training; c) Minimization, associated with implicit training and downplaying formative efforts; and d) Acceptance, involving strategies for content inclusion. The code/document analysis revealed that the most frequent stage was Minimization, followed by Defense. The highest stage achieved was Acceptance, though it featured unsystematic educational strategies. The stages of Adaptation and Integration were not reached. **Conclusion:** The Intercultural Sensitivity of Heads of Faculty in integrating Intercultural Competence for migrant patients into the curriculum is predominantly at the stages of Minimization and Defense, which overlook cultural aspects. This approach impacts and perpetuates universalistic and ethnocentric healthcare practices.

**Keywords:** Curriculum; Health Sciences; Intercultural Competence; Intercultural Sensitivity; Training.

Desde 1990 se ha observado un aumento sostenido de población migrante en Chile, pasando de 0,81% a 8,4% a fines del 2022<sup>1</sup>. A pesar de lo anterior, la Política de Salud de Migrante Internacional (PSMI) recién se estableció en 2017. Dentro de las líneas de acción está el promover la incorporación curricular de temáticas referidas a migración y salud, interculturalidad, derechos humanos, determinantes de la salud y género en la Educación Superior<sup>2,3,4</sup>.

Los términos Competencia Cultural, Competencia Intercultural, Competencia Transcultural suelen utilizarse como sinónimos en el campo de la salud; sin embargo, actualmente existe consenso de que el constructo más apropiado es Competencia Intercultural (CIC)<sup>5</sup>. Una de las diversas definiciones existentes en salud es la que propone Campinha-Bacote que señala que es el continuo esfuerzo que el profesional sanitario realiza para desarrollar la consciencia, conocimientos, habilidades y actitudes que le permitan trabajar de forma efectiva dentro del contexto del paciente, familia o comunidad, dándole importancia a la incorporación de la cultura en la atención de salud<sup>6</sup>.

Es así que, países que históricamente han sido receptores de migrantes han avanzado significativamente en la incorporación de CIC en el curriculum de Ciencias de la Salud puesto que poseen criterios de acreditación obligatorio para que las diversas carreras desarrollen dicha competencia en la formación profesional<sup>7</sup>. En Chile, el Consejo Nacional de Acreditación (CNA) señala que se debe responder a las necesidades sociales, culturales y éticas en las carreras de Ciencias de la Salud, pero no se han establecido criterios o estándares precisos para medir CIC en el curriculum<sup>11</sup>. De modo que se desconoce si existe sensibilidad y diligencia para atender a la PSMI emanada desde el Ministerio de Salud de Chile<sup>4</sup>.

Si bien se han observado esfuerzos por introducir la temática de CIC en el *curriculum* de Ciencias de la Salud<sup>8,9,10,12</sup>, los contenidos quedan a denudedo de cada institución o de-

partamento, no habiendo uniformidad debido a que no existe una orientación concreta por parte de la CNA al respecto<sup>11</sup>.

Los jefes de carrera (JC)\* son quienes deben ocuparse del diseño y gestión curricular, lo que implica analizar, actualizar, elaborar y coordinar las actividades académicas para cumplir con el perfil de egreso del estudiantado, el que está hecho para responder a las necesidades del contexto nacional e internacional. De modo que, estos académicos son los responsables de incorporar CIC para paciente migrante en el curriculum<sup>11</sup>.

El Modelo de Sensibilidad Intercultural de Bennett, describe las etapas por las que transita el individuo para desarrollar empatía que le permitirá responder a las necesidades culturales del otro. El modelo (Figura 1) expone, en su extremo izquierdo, las etapas etnocéntricas donde la persona concibe a su propia cultura como la correcta y poseedora de la verdad, a cualquier otra la evalúa y analiza bajo sus propios parámetros, las etapas son negación, defensa y minimización. Por el contrario, en el extremo derecho se ubican las etapas etnorelativas, en la que la persona reconoce diferentes posturas y visiones porque sabe que la realidad es compleja, por lo que puede comprender diferentes perspectivas y actuar apropiadamente según el contexto que se le presente, está compuesta por aceptación, adaptación e integración<sup>13</sup>.

Las diferentes etapas se describen a continuación:

#### *Etapas etnocéntricas*

1. Negación: La persona es incapaz de reconocer la existencia o relevancia de otros grupos culturales debido a que ha pasado gran parte de su vida en un mismo escenario, por lo que se muestran desinteresadas en conocer la variabilidad cultural pudiendo llegar a la hostilidad.
2. Defensa: Se reconoce la existencia de diversos grupos culturales; no obstante, surgen ideas estereotipadas, tienden a ser

\*Jefe de Carrera: También conocidos como Secretario o Coordinador Académico.

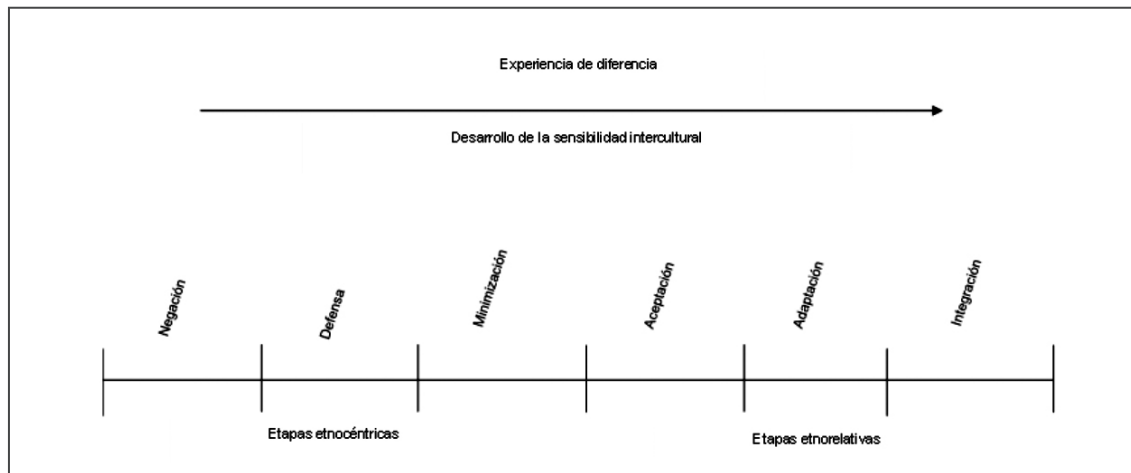


Figura 1: Modelo de Desarrollo de la Sensibilidad Intercultural.

más críticas con las otras culturas, pueden culparlas frente a situaciones sociales negativas, ya que la propia cultura se percibe como más civilizada. De modo que es la otra cultura la que debe esforzarse y aprender los patrones de comportamiento de la cultura dominante. Reversa: En esta misma etapa puede ocurrir un proceso inverso, la persona considera a otras culturas como superiores y a la propia como inferior. Esto provoca que elimine su identidad cultural para lograr triunfar y ser semejante a la cultura que admira.

3. Minimización: La persona es consciente de la diversidad cultural, pero adopta una posición neutral, no existen opiniones negativas ni positivas; no obstante, la persona está en una constante búsqueda de similitudes con el otro para establecer soluciones universales, lo que genera uniformidad. Esto origina una actitud de "tolerancia", donde se invisibilizan las diferencias, los valores y necesidades particulares de cada cultura, por lo que no se realizan los ajustes necesarios durante las interacciones.

#### **Etapas Etnorelativas**

1. Aceptación: La persona es capaz de reconocer que su perspectiva de la vida está

condicionada por sus creencias, valores, costumbres y experiencia con el mundo, por lo que comprende que los patrones culturales son subjetivos. Existe una apertura hacia el otro, ya no se buscan las similitudes y existe voluntad para comprender otras maneras de ver las situaciones. No obstante, su conocimiento sobre otras culturas es limitado, por lo que existe dificultad en adaptar su comportamiento en diferentes contextos. Es frecuente que en las organizaciones se creen las unidades de apoyo a la "diversidad e inclusión", pero aún no se logra la Sensibilidad Intercultural responder apropiadamente a las necesidades del otro.

2. Adaptación: El conocimiento adquirido por el individuo le permite comportarse de manera apropiada, además de adaptarse a diferentes contextos. En este punto ha alcanzado Sensibilidad Intercultural porque comprende las situaciones y los significados que el otro le da a las situaciones, como si perteneciera a dicho grupo cultural. Los individuos que logran llegar a esta etapa se les considera con una alta consciencia intercultural y empatía porque son capaces de analizar las situaciones y cambiar sus propios patrones culturales para que su

comportamiento sea apropiado al contexto en el que se encuentran inmersos.

3. Integración: la persona experimenta una especie de liminalidad, donde la experiencia de uno mismo se expande para incluir las perspectivas culturales del otro y del mundo. Existe una condición integrada en la que existe una metacoordinación de significado y acción que determina la comunicación intercultural. En esta etapa, la persona puede realizar mediaciones interculturales, ya que existe una construcción de una tercera cultura que incluye la propia y la del otro, pudiendo conformar grupos de trabajo multiculturales.

Considerando lo expuesto, el objetivo de la presente investigación fue explorar la Sensibilidad Intercultural de los JC de Ciencias de la Salud para incorporar CIC para paciente migrante en el curriculum, con la finalidad de responder a las necesidades contextuales, puesto que son los gestores del proceso formativo.

## Método

Investigación cualitativa con enfoque interpretativo, el que intenta comprender cómo los individuos construyen la realidad social en base a sus experiencias, disposiciones, significados, interacciones y elecciones. Para develar la realidad es necesario realizar entrevistas a quienes viven o experimentan dicho evento para profundizar en cómo lo perciben, sienten, describen, juzgan, recuerdan y le dan sentido<sup>14</sup>. En concordancia con lo anterior, se planificó realizar entrevista semiestructurada a los informantes clave, que correspondieron a JC de diferentes carreras de la salud.

La invitación se realizó por medio de correo electrónico, en el que se adjuntó el consentimiento informado. Este debía firmarse antes de realizar la entrevista, las que tuvieron una duración promedio de 30 a 40 minutos y se realizaron por zoom. Luego fueron guardadas en formato audio para resguardar la confidencialidad de los participantes.

Para el análisis de los datos se utilizó co-

dificación deductiva en concordancia a las etapas del Modelo de Sensibilidad Intercultural e inductiva para las subcategorías. Esta última, tiene la particularidad de construirse de forma emergente en relación al análisis de las entrevistas<sup>15</sup>. Todo lo anterior con la asistencia del software ATLAS.ti 24.

La investigación resguardó los criterios de rigor científico, como credibilidad, transferibilidad, dependencia y confirmabilidad, mediante la saturación de los datos, triangulación de fuente, descripción minuciosa apoyada de verbatim, método de análisis solapados, comprobación de hallazgos y acuerdo entre investigadores<sup>16</sup>.

El presente estudio forma parte de una investigación más amplia de Tesis Doctoral y cuenta con la aprobación de dos Comités de Ética acreditados de Chile; el CEC del Servicio de Salud de Talcahuano (N 43) y el de Concepción (N 21-06-32).

## Resultados

Participaron 15 JC de tres instituciones de Educación Superior, las que fueron invisibilizadas para resguardar la confidencialidad. Las carreras fueron Nutrición y Dietética, Enfermería, Medicina, Obstetricia y Puericultura, Kinesiología, Farmacia y Odontología (Tabla 1).

En base a la información recopilada en las entrevistas se comenzó con el análisis de contenido para conformar las categorías deductivas en conformidad con las etapas de Sensibilidad Intercultural de Bennett. Luego, se procedió con la construcción de subcategorías inductivas que se asociaron a las diferentes categorías preestablecidas. Es así que, la categoría Negación se conformó con las subcategorías aislamiento académico y desconocimiento de PSMI; Defensa, con ausencia de académicos capacitados, curriculum rígido y delegar la formación práctica; Minimización, con formación implícita y minimización formativa; y la Aceptación, con estrategias de incorporación de contenidos. En la tabla 2 se detallan las categorías y subcategorías descritas, junto con la descripción operacional y la cita que respalda el análisis.

**Tabla 1.** Caracterización de los participantes.

Carrera	Institución Superior			Total por carrera
	Universidad 1	Universidad 2	Universidad 3	
Enfermería	1	1	1	3
Farmacia	NP	1	NP	1
Kinesiología	1	1	1	3
Medicina	1	1	NP	2
Nutrición	1	1	1	3
Obstetricia	NP	1	1	2
Odontología	NP	1	NP	1
<b>Total por institución</b>	<b>4</b>	<b>7</b>	<b>4</b>	<b>15</b>

Nota: NP: No presenta la carrera en la Universidad.

**Tabla 2.** Categorías en base al modelo de Sensibilidad Intercultural con las subcategorías. Se incluye la frecuencia, descripción operacional y cita.

Categorías	Subcategorías	Enraizamiento	Descripción operacional	Cita o verbatim
Negación	Aislamiento académico	25	El JC desconoce la realidad contextual, de modo que no sabe la alta población migrante que se atiende actualmente en los diferentes centros de atención sanitaria.	<i>Pero, insisto, me voy a arriesgar al decir esto, pero yo llevo 12 años viviendo acá, en XX (menciona el lugar) y no es una ciudad donde llegue mucho inmigrante, ¿ya? A diferencia de otras regiones, yo viví muchos años Arica y es muy común tener compañeros peruanos, bolivianos, es muy normal para nosotros tener gente de otros países. Pero acá, no. JCK(3)</i>
	Desconocimiento de PSMI	14	El JC desconoce la PSMI por lo que no sabe la relevancia de la incorporación de la temática en el curriculum.	<i>Bueno, como te dije, yo no he leído la política migrante, yo no sé si alguien de mi departamento la ha revisado, pero creo que también es importante que nosotros nos hagamos responsables, es un llamado de atención para poder revisar esta información y contextualizarla un poco a nuestro quehacer. JCN(2)</i>

ARTÍCULO DE INVESTIGACIÓN / RESEARCH ARTICLE

Sensibilidad Intercultural en jefes de carrera de Ciencias de la Salud para incorporar... - D. Álvarez, et al.

...continuación tabla 2.

Categorías	Subcategorías	Enraizamiento	Descripción operacional	Cita o verbatim
Defensa	Ausencia de académicos capacitados	35	El JC piensa que la causa de la poca incorporación de la temática en el curriculum es la falta de académicos capacitados.	<i>O sea, lo que tú planteas, suena muy bonito, pero cómo se implementa ¿cierto? porque la implementación requiere de profesionales que se adapten, que sean flexibles, que puedan ser capaces de comprender, de adaptarse a las características de los nuevos usuarios en salud y, para eso, hay que estudiar también po (sic). Porque una cosa es aceptar las otras culturas, pero tú también tienes que aprender de las otras culturas. Lo veo desde lo que pasa en la facultad, de los profes y de las autoridades lo veo más difícil, nada es imposible, pero lo veo más difícil, porque hay que cambiar, hay que estudiar, hay que leer, hay que comprender. JCM(1)</i>
	Curriculum rígido	53	El JC considera que el curriculum es muy estructurado y rígido, razón por la que no se puede introducir la temática hasta el periodo de renovación curricular.	<i>Bueno, como los programas de las asignaturas están predeterminados y uno no puede modificarlos, uno debe buscar otras alternativas y no pasa solamente con el tema que tú mencionas, hay varios más (...) eso se puede organizar a través de alguna jornada o un seminario organizado, incluso desde los centros de estudiantes se invita a algún profesor experto en algún área (...). Nosotros, actualmente, nos encontramos en una reestructuración, en el rediseño curricular, estamos recién empezando, no es decisión mía, es de todo el equipo, pero debería estar asociado al perfil de salud pública, es algo a considerar. JCOB(2)</i>

...continuación tabla 2.

Categorías	Subcategorías	Enraizamiento	Descripción operacional	Cita o verbatim
	Delegar la formación práctica	71	El JC señala que la formación práctica sobre CIC se desarrolla en los campos clínicos, sin embargo, no estaban seguros de ello.	<i>Ahora bien, en relación a nuestros estudiantes, realizan muchas de sus actividades prácticas en distintos centros, que son centros de atención pública, en su mayoría, por los convenios que tenemos. Actualmente, también, estamos diversificando los tipos de convenio, entonces, es muy posible que los estudiantes tengan mayor cercanía con distintos grupos de pacientes. Porque, probablemente, los migrantes acuden al sistema público, pero también existen los que acuden al sistema privado. JCE(1)</i>
Minimización	Formación implícita	142	El JC señala que existen contenidos que se abordan dentro del curriculum, los que debería contribuirían a desarrollar CIC para paciente migrante, pero están implícitos. Como, por ejemplo: los de ética, determinantes sociales de la salud y de bioepidemiología.	<i>Mira, en realidad no tenemos consideraciones especiales con respecto a migrantes, porque, o sea, una gran cantidad de migrantes son hispanoparlantes, por lo tanto, no haber problema de comunicación. Quizás en el caso de haitianos, podría haber algún tipo de problema de comunicación, por el hecho de que ellos no hablan español(...) entonces, lo que reforzamos, sobre todo en la parte clínica, es que el paciente, independiente de cómo se comporte, de cómo se vea, es paciente igual que cualquier otro. Entonces, ellos ejercen con todo lo que le corresponde con respecto a los derechos y deberes de pacientes. JCF(2)</i>
	Minimización formativa sobre aspectos culturales	78	El JC minimiza la incorporación de aspectos culturales específicos en el curriculum porque no alcanza a visualizar la implicancia que tienen en el proceso de salud/enfermedad.	<i>Es que, finalmente, no tenemos nada implícito como de migrantes (...) pero para nosotros todas las personas son personas, así que independiente de dónde vengan y quiénes sean, lo que nos preocupa son las necesidades de estas personas, más que su credo, su cultura, su nacionalidad, su raza, etc. JCO(2)</i>



...continuación tabla 2.

Categorías	Subcategorías	Enraizamiento	Descripción operacional	Cita o verbatim
Aceptación	Estrategias de incorporación de contenidos	92	El JC menciona diferentes estrategias educativas para incorporar CIC para paciente migrante dentro del curriculum; sin embargo, estos tienen carácter electivo o circunstancial.	<i>Sí, tenemos un grupo de docentes que han estado trabajando específicamente en esto, que son del área de comunitaria, ¿ya? Incluso han generado proyectos de extensión, de vinculación con el medio, para trabajar con grupos de inmigrantes y esto ha servido de experiencia para nuestros estudiantes, donde ellos colaboren. JCE(1)</i>

Nota 1: Enraizamiento: Frecuencia de citas asociadas a la subcategoría.

Nota 2: La identificación de las citas se realizaron de la siguiente manera: la tercera letra corresponde a la carrera en la que se desempeña el Jefe de Carrera (JC). Enfermería: E, Farmacia: F, Kinesiología: K, Medicina: M, Nutrición y Dietética: N, Obstetricia y Puericultura: Ob y Odontología: O. El número entre paréntesis corresponde a la institución de Educación Superior (1, 2 ó 3).

Posteriormente se procedió con el análisis código/documento, que permite visualizar la cantidad de veces que aparecen las codificaciones (categorías y subcategorías) en los documentos. Es así que, en la figura 2, se puede observar la frecuencia de las categorías (etapas de Sensibilidad Intercultural de Bennett) en relación a los diferentes JC de Ciencias de la Salud, siendo la categoría de minimización la más frecuente, seguida de la de defensa. En menor medida se encontraron la de aceptación y negación.

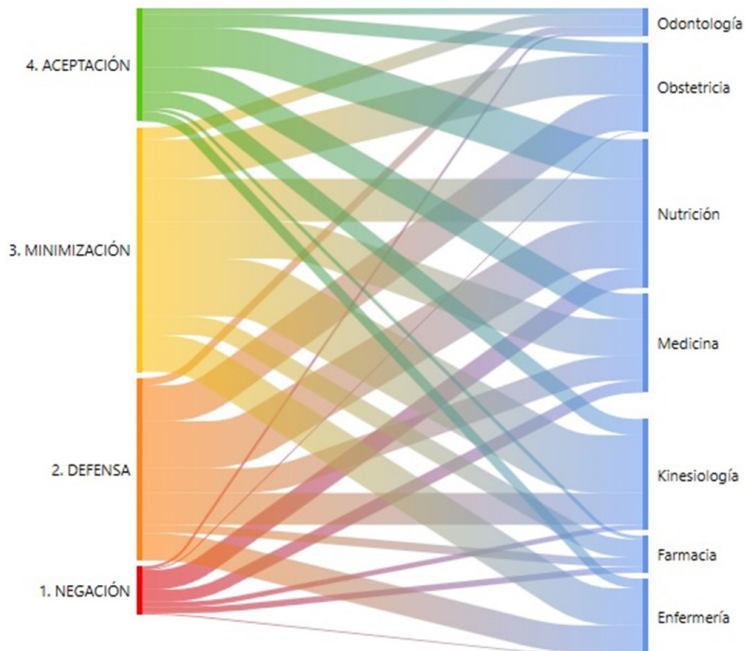
La figura 3 analiza la frecuencia de las subcategorías con los diferentes JC, la que confirma los hallazgos anteriores, ya que lo más frecuente fue la formación implícita y minimización formativa sobre aspectos culturales, que pertenecen a la categoría de minimización. Seguida por delegar la formación práctica, curriculum rígido y ausencia de académicos capacitados, que conforman la categoría de defensa.

Además, la figura 2 permite constatar que la

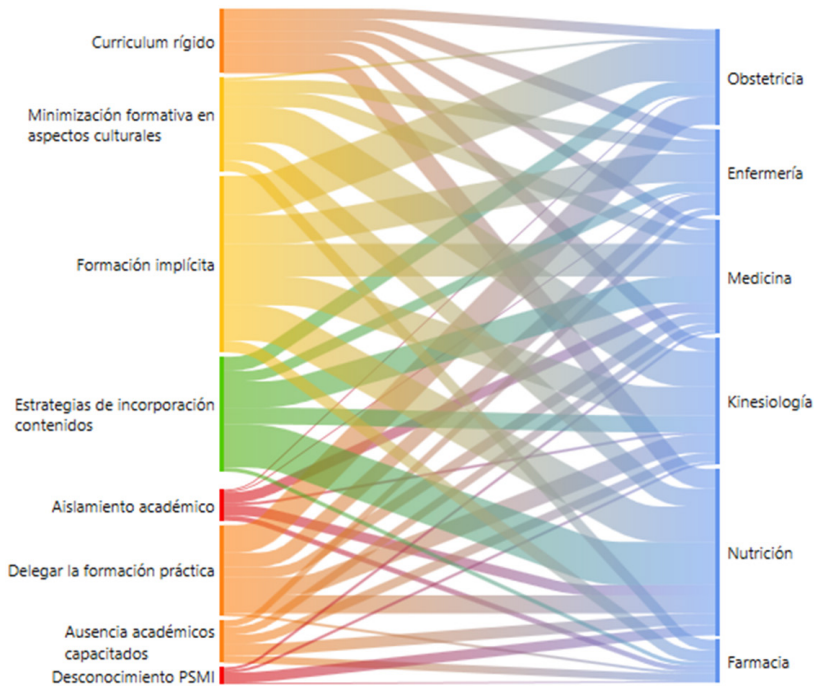
etapa más alta alcanzada por los diferentes JC de Ciencias de la Salud, según la clasificación de Bennett, fue de aceptación, no observándose las etapas de adaptación e integración. En la figura 3 destacaron los JC de Nutrición y Dietética como los que han realizado una mayor cantidad de estrategias para incorporar la temática en el *curriculum*.

## Discusión

La presente investigación describe la Sensibilidad Intercultural que tienen los JC para incorporar CIC en el curriculum de Ciencias de la Salud para el paciente/usuario migrante. Es así que el aislamiento académico y el desconocimiento de la PSMI, pertenecientes a la etapa de negación, podría ser la causa de que ciertos JC no se percataran de la relevancia de gestionar la inclusión de CIC en el curriculum. Esto podría estar dado porque los académicos que se encuentran en cargos directivos suelen tener demasiadas labores de gestión y, el escaso tiempo disponible lo dedican a su área de



*Figura 2: Análisis código-documento entre las categorías con los diferentes jefes de carrera de Ciencias de la Salud identificados por carrera.*



*Figura 3: Análisis código-documento entre las subcategorías con los diferentes jefes de carrera de Ciencias de la Salud identificados por carrera.*

especialización; no obstante, es deber de estos profesionales conformar equipos de trabajo que le permitan enterarse de las últimas tendencias en la formación profesional en salud que demanda la política nacional e internacional.

Tal como describe Bennett, en la etapa de defensa existe la tendencia de culpar a otros sobre las situaciones negativas que acontecen. En esta investigación, se observó que los JC atribuyeron a factores externos como la causa de la escasa incorporación de CIC en el *currículum*, tales como la ausencia de académicos capacitados, la existencia de un *currículum* rígido y el delegar la formación práctica. Esto último concuerda con investigaciones previas en las que el estudiantado reconoce que la formación en CIC es escasa durante su formación universitaria<sup>5,17,18</sup>.

Es necesario enfatizar que, en los perfiles de egreso de las carreras de Ciencias de la Salud se señala que se debe responder a los desafíos de Salud Global<sup>3,12</sup>, no obstante, aún se fomenta una formación para paciente chileno promedio con escasa inclusión de la variabilidad cultural. Esto coincide con otros estudios donde los profesionales de la salud aceptan las diferencias culturales; sin embargo, es escasa la incorporación de la cultura en la atención de salud, lo que repercute en la docencia y en el *currículum*<sup>5,11</sup>.

Lo anterior es similar a lo que ha acontecido con los pueblos originarios, donde las investigaciones reportan escasa incorporación de salud intercultural en la malla curricular<sup>19</sup>, además de falta de reconocimiento por parte del personal de salud sobre la medicina tradicional/ancestral y de lo que implica salud intercultural<sup>20</sup>, a pesar de que la normativa sobre interculturalidad en salud existe desde el 2006<sup>21</sup>.

La etapa de minimización fue la más frecuente de observar entre los JC de Ciencias de la Salud, la que se caracteriza por una formación implícita y minimización formativa sobre aspectos culturales, lo que se traduce en contenidos universales, como los éticos, bioepidemiológicos y determinantes sociales que no logran profundizar en cómo influye la cultura en el proceso de salud/enfermedad. Esto podría favorecer el asimilacionismo en la atención sanitaria, puesto que se imparten contenidos que

fomentan la estandarización y uniformidad, pero no se profundiza en las especificidades de cada grupo poblacional. Esto pone de manifiesto la importancia de que los aspectos culturales no queden de forma tácita dentro de la formación, sino de explicitarlos para orientar las decisiones y relación terapéutica<sup>22</sup>.

Lo expuesto se relaciona con la ceguera cultural, la que señala que las perspectivas utilizadas habitualmente por los grupos dominantes serían aplicables a cualquier contexto y situación, lo que evidencia una filosofía neoliberal bien intencionada caracterizada por servicios de salud etnocéntricos<sup>17,23</sup>.

La etapa de aceptación se caracterizó por estrategias de incorporación de contenidos en el *currículum*; pero, eran muy dispares y poco sistemáticos entre las diferentes carreras de la salud. Además, se orientaban, principalmente, al desarrollo del conocimiento, quedando relegados el logro de la consciencia, habilidades y actitudes, lo que favorece el estereotipo y discriminación<sup>5,22</sup>.

Lo anterior concuerda con otras investigaciones, en donde se gestionan instancias para responder a los requerimientos emanados desde entidades ministeriales, pero no resultan adecuadamente pertinentes<sup>24</sup>. De modo que se requiere de políticas mancomunadas entre el Ministerio de Educación y Ministerio de Salud con criterios precisos en CIC que orienten el diseño curricular de las carreras de Ciencias de la Salud, con la finalidad de responder a las necesidades del contexto nacional e internacional ya que no puede tener un carácter discrecional. Esto se ha hecho en otros países con excelentes resultados<sup>25</sup>.

Por último, las etapas de adaptación e integración, del modelo de Sensibilidad Intercultural, no fueron posibles de observar en ninguna carrera de las distintas Universidades que participaron de la presente investigación.

Una de las limitaciones de la presente investigación es que indaga la Sensibilidad Intercultural de JC solo para población migrante; no obstante, los resultados podrían transferirse a otros grupos minoritarios que históricamente han sido relegados.

## Conclusión

La Sensibilidad Intercultural de los JC para

incorporar CIC para paciente migrante en el curriculum es principalmente de minimización, lo que se traduce en una invisibilización de los aspectos culturales necesarios para proporcionar una atención de salud con perspectiva cultural. Si bien, se ha ido avanzando hacia la aceptación porque se han desarrollado estrategias de incorporación de la temática en el *curriculum*, son poco sistemáticas y solo se focalizan en el logro de conocimiento.

Se requiere que el *curriculum* de Ciencias de la Salud se gestione de mejor forma para responder a las necesidades del contexto. Aunque los JC deben procurar que lo anterior ocurra, los docentes también deben estar al día con los requerimientos que provienen de entidades internacionales y nacionales con la finalidad de asesorar a quienes toman las decisiones curriculares.

Además, es imperativo que la temática de CIC se incorpore con estrategias didácticas y evaluativas que aseguren la concreción de la consciencia, conocimiento, habilidades y actitudes para que la atención de salud que los futuros profesionales proporcionen sea libre de estereotipos, prejuicios y sesgos.

## Referencias

1. International Centre for Integrated Mountain Development (ICIMOD) [Internet]. World Development Report 2023: Migrants, Refugees, and Societies. ICIMOD; 2023. doi:10.1596/978-1-4648-1941-4. Disponible en: <https://lib.icimod.org/record/36335> [Consultado el 10 de marzo de 2024].
2. Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE). *Perspectivas económicas de América Latina 2018: Repensando las instituciones para el desarrollo*. Éditions OCDE; 2018. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1787/leo-2018-es> [Consultado el 08 de marzo de 2024].
3. OMS. 70ª Asamblea Mundial de la Salud. *Promoción de la salud de los refugiados y los migrantes. Proyecto de marco de prioridades y principios rectores para promover la salud de los refugiados y los migrantes A70/24*; 2017. Disponible en: [https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA61-REC1/A61\\_REC1-sp.pdf](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA61-REC1/A61_REC1-sp.pdf) [Consultado el 08 de marzo de 2024].
4. Ministerio de Salud (MINSAL). *Política de Salud de Migrantes Internacionales*; 2017. Santiago, Chile; 2018. Disponible en: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/09/2018.01.22.POLITICA-DE-SALUD-DE-MIGRANTES.pdf> (Consultado el 10 de marzo de 2024).
5. Álvarez-Cruces D, Mansilla-Sepúlveda J, Nocetti-de-la-Barra A. Nivel de Competencia Intercultural en estudiantes de Ciencias de la Salud desarrollada en práctica clínica. *Rev Med Chile*, 2023; 151: 237-246. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/s0034-98872023000200237> [Consultado el 18 de julio de 2024].
6. Campinha-Bacote J. *The Process Of Cultural Competemility*. Transcultural C.A.R.E. Associates; 2022. Disponible en: <https://transculturalcare.net/the-process-of-cultural-competence-in-the-delivery-of-healthcare-services/> [Consultado el 10 de abril de 2024].
7. Council on Education for Public Health (CEPH). *Accreditation Criteria. Schools of Public Health & Public Health Programs*. Washington, DC: CEPH; 2024. Disponible en: Recuperado a partir de: <https://media.ceph.org/documents/2024.Criteria.pdf> [Consultado el 08 de agosto de 2024].
8. Correa Betancour M, Carstens Riveros C, Reyes Soto S. *Experiencia del diseño e implementación de un Curso de Formación General de Migración y Salud en la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile*. CMS. 2018; 58(4): 55-63. Disponible en: <https://cuadernosms.cl/index.php/cms/article/view/330> [Consultado el 14 de junio de 2024].
9. Farías-Cancino A, González-Agüero M, Urrutia-Egaña M, Cruces-Ramírez M, Navea-Barrera J, Reyes-Vásquez J. *Desarrollo de una estrategia para fortalecer la competencia intercultural en el curriculum de pregrado de Enfermería*. *Rev Méd Chile*. 2021; 149(10): 1495-1501. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/s0034-98872021001001495>. [Consultado el 14 de junio de 2024].
10. Guerra M, Segovia J. KPSI como herramienta de autoevaluación metacognitiva en el desarrollo de la competencia intercultural en salud en medicina. *J health med. sci*. 2020; 6(4): 269-275. Disponible en: <https://revistas.uta.cl/pdf/111/a5-johams-guerra-014-20-269-275-2020-1.pdf> [Consultado el 17 de julio de 2024].
11. Consejo Nacional de Acreditación (CNA). *Criterios específicos para carreras*; 2003 Disponible en: <https://www.cnachile.cl/Paginas/Acreditacion-Pregrado.aspx> [Consultado el 20 de agosto de 2024].
12. Veliz-Rojas L, Bianchetti-Saavedra AF, Silva-Fernández M. *Competencias interculturales en la atención primaria de salud: un desafío para la educación superior frente a contextos de diversidad cultural*. *Cadernos de Saúde Pública* 2019; 35(1): e00120818. doi: 10.1590/0102-311x00120818 [Consultado el 10 de junio de 2024].
13. Bennett MJ. A developmental approach to training for intercultural sensitivity. *International Journal of Intercultural Relations*, 1986; 10(2): 179–196. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/0147-1767\(86\)90005-2](https://doi.org/10.1016/0147-1767(86)90005-2) [Consultado el 03 de julio de 2024].
14. Denzin N, Lincoln Y. *Las estrategias de investigación cualitativa. Manual de investigación cualitativa. Volumen III*. Barcelona: Editorial Gedisa, SA; 2013.
15. Patton M. *Qualitative research and evaluation methods (4th ed.)*. United States of America: Sage Publications; 2015.

16. Guba EG. *Criterios de credibilidad en la investigación naturalista*. En Gimeno Sacristán J, Pérez Gómez A, editores. *La enseñanza: su teoría y su práctica* (3ra edición). Madrid: Akal. 1989; 148-165.
17. Álvarez-Cruces DJ, Nocetti-de-la-Barra A, Burdiles Fernández G. *Competencia Cultural de profesionales sanitarios en la atención a inmigrantes a la luz del modelo de Terry Cross*. *Index de Enfermería*. 2021; 30(3):179-183. Disponible en: <https://ciberindex.com/c/ie/e13070> [Consultado el 18 de agosto de 2024]
18. Matus-Betancourt O, Ortega-Bastidas J, Pérez-Villalobos C, Mccoll-Calvo P, Navarro-Hernández N, Silva-Orrego V, et al. *Formación clínica en carreras de la salud: ¿dónde se incluye la diversidad?* *Rev Med Chile*. 2020; 148(4): 444-451. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/s0034-98872020000400444> [Consultado el 18 de agosto de 2024]
19. Painemilla A, Sanhueza Cruzat G, Vanegas López J. *Abordaje cualitativo sobre la incorporación del enfoque de salud intercultural en la malla curricular de universidades chilenas relacionadas con zonas indígenas*. *Rev. Chil. Salud pública*. 2013; 17(3): 237-244. Disponible en: <https://revistasaludpublica.uchile.cl/index.php/RCSP/article/view/28607> [Consultado el 20 de agosto de 2024]
20. Pérez C, Nazar G, Cova F. *Facilitadores y obstaculizadores de la implementación de la política de salud intercultural en Chile*. *Rev Panam Salud Publica*. 2016; 39(2). Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/28224> [Consultado el 10 de marzo de 2024]
21. MINSAL. *Norma General Administrativa N°16. Interculturalidad en los Servicios de Salud*. Departamento de Asesoría Jurídica, MINSAL; 2006 [Acceso 15/08/2024]. Disponible en: [https://juridico1.minsal.cl/RESOLUCION\\_261\\_06.doc](https://juridico1.minsal.cl/RESOLUCION_261_06.doc) [Consultado el 13 de marzo de 2024]
22. Álvarez-Cruces D, Otondo-Briceño M. *Concreción de competencias transversales para lograr competencia intercultural en estudiantes de ciencias de la salud*. *Educación Médica Superior*. 2023; 37(2). Disponible en: <https://ems.sld.cu/index.php/ems/article/view/3499> [Consultado el 20 de agosto de 2024]
23. Cross T, Bazron B, Dennis K, Isaacs M. *Towards a culturally competent system of care, volume I*. Washington, DC: Georgetown University Child Development Center, CASSP Technical Assistance Center; 1989. Disponible en: <https://files.eric.ed.gov/fulltext/ED330> [Consultado el 10 de agosto de 2024]
24. Álvarez-Cruces D, Nocetti-De-La-Barra A, Mansilla-Sepúlveda J, Otondo-Briceño M, Ortega-Senet M. *Competencia intercultural con educación interprofesional en estudiantes de ciencias de la salud, una revisión sistemática*. *J. Health Med. sci*. 2021; 7(3): 157-168. <https://www.johamsc.com/?v=vn&numid=11>
25. Hudelson P, Dogra N, Hendrickx K, Verdonk P, Essink-Bot ML, Suurmond J. *The challenges of integrating cultural competence into undergraduate medical curricula across Europe: experience from the C2ME "Culturally competent in medical education" project* [version 1]. *MedEdPublish*. 2016; 5: 10. doi:10.15694/mep.2016.000010