


Concreción de la política de salud migrante internacional en el curriculum de ciencias de la salud en Chile

Research Article

 Open access

Materializing the international migrant health policy in health sciences curricula in Chile

Concretização da política de saúde migrante internacional no currículo de ciências da saúde no Chile



Como citar este artículo:

Álvarez-Cruces Debbie, Nocetti-de-la-Barra Alejandra, Mansilla-Sepúlveda Juan. Concreción de la política de salud migrante internacional en el curriculum de ciencias de la salud en Chile. Revista Cuidarte. 2025;16(2):e4435. <https://doi.org/10.15649/cuidarte.4435>

Highlights

- Se establecieron tres categorías en concordancia con los ámbitos donde se desenvuelve el estudiante durante su formación: Ámbito Institución de Salud, Ámbito Institución Universitaria y Ámbito de la Carrera.
- Se identificaron diversos facilitadores y obstaculizadores de la concreción de la PSMI en los diferentes ámbitos.
- Existen más obstaculizadores que facilitadores en la formación profesional de Ciencias de la Salud, lo que produce una formación profesional etnocéntrica que se valida con una atención de salud etnocéntrica.
- Las interrelaciones entre los facilitadores y obstaculizadores originan la Gríngola Cultural en la estructura sanitaria, que impide la concreción de la PSMI en el curriculum de Ciencias de la Salud.

Revista Cuidarte

Rev Cuid. 2025; 16(2): e4435

<https://doi.org/10.15649/cuidarte.4435>



E-ISSN: 2346-3414

 Debbie Álvarez-Cruces¹

 Alejandra Nocetti-de-la-Barra²

 Juan Mansilla-Sepúlveda³

1. Universidad de Concepción, Concepción, Chile. E-mail: debbiejalvarez@udec.cl
2. Universidad Católica de la Santísima Concepción, Concepción, Chile. E-mail: anocetti@ucsc.cl
3. Universidad Católica de Temuco, Temuco, Chile. E-mail: jmansilla@uct.cl

Resumen

Introducción: En Chile, la Política de Salud de Migrante Internacional establece la incorporación curricular de temáticas sobre migración, interculturalidad, derechos humanos, determinantes sociales y género en la Educación Superior; pero, se desconoce si esto ocurre de manera efectiva. **Objetivo:** Comprender la concreción de la Política de Salud de Migrante Internacional en el curriculum de Ciencias de la Salud. **Materiales y Métodos:** Estudio Interpretativo/ Hermenéutico que incluyó entrevistas semiestructuradas a jefes de carrera, académicos-docentes, guías clínicos y estudiantes, además de análisis documental de diferentes carreras de la salud de tres Universidades regionales de Chile. El análisis de datos incluyó codificación abierta, axial y selectiva con la asistencia del programa ATLAS.ti 24. **Resultados:** Participaron 179 informantes. Se conformaron tres categorías: Ámbito Institución de Salud, Ámbito Institución Universitaria y Ámbito de la Carrera, cada una con subcategorías facilitadoras u obstaculizadoras para la concreción de la política. El análisis Hermenéutico permitió interrelacionar las subcategorías para comprender el fenómeno global con una red semántica. Los facilitadores fueron escasos y aislados de la red. Los obstaculizadores están en mayor cantidad, más cohesionados y robustos, originando una formación profesional etnocéntrica que se valida con una atención de salud etnocéntrica en los campos clínicos. **Discusión:** Se propone el concepto de Gríngola Cultural en vez de Ceguera Cultural, porque existe consciencia de los factores culturales que influyen en la atención de salud, pero no se incorporan. **Conclusiones:** El currículum no responde a la Política de Salud de Migrante Internacional, es imperativo contar con políticas mancomunadas entre el Ministerio de Educación y Ministerio de Salud que reviertan el statu quo existente en la estructura sanitaria.

Palabras Clave: Ciencias de la Salud; Formación Profesional; Migrantes; Políticas; Competencia Cultural; Competencia Intercultural.

Recibido: 8 de septiembre de 2024

Aceptado: 5 de marzo de 2025

Publicado: 1 de mayo de 2025

 *Correspondencia

Debbie Álvarez-Cruces

E-mail: debbiejalvarez@udec.cl

Materializing the international migrant health policy in health sciences curricula in Chile

Abstract

Introduction: In Chile, the International Migrant Health Policy (PSMI in Spanish) mandates the inclusion of topics such as migration, interculturality, human rights, social determinants of health, and gender in higher education curricula. However, it is unknown whether this effectively happens. **Objective:** To understand the materialization of the PSMI in health sciences curricula. **Materials and Methods:** This interpretative/hermeneutic study included semi-structured interviews with program directors, academic faculty, clinical professors, and students. It also involved a document analysis across different health sciences degree programs at three regional universities in Chile. Data analysis included open, axial, and selective coding with ATLAS.ti version 24. **Results:** A total of 179 informants participated. Three main categories emerged: Health Institution Setting, University Institution Setting, and Degree Program Setting, each comprising facilitating or hindering subcategories for materializing policy materialization. The hermeneutic analysis made it possible to interrelate these subcategories, producing a semantic network to understand the phenomenon. Facilitators were scarce and isolated from the network core, while hindrances were more numerous, cohesive, and robust, reinforcing an ethnocentric model of professional education validated by ethnocentric healthcare practices in clinical settings. **Discussion:** The concept of “cultural blinders” is proposed in place of “cultural blindness” as there is awareness of the cultural influences on healthcare that are nonetheless not integrated. **Conclusions:** Current curricula do not align with the PSMI. Coordinated policies between the Ministry of Education and the Ministry of Health are imperative to reverse the existing healthcare status quo.

Keywords: Health Sciences; Professional Training; Migrants; Policy; Cultural Competence; Intercultural Competence.

Concretização da política de saúde migrante internacional no currículo de ciências da saúde no Chile

Resumo

Introdução: No Chile, a Política de Saúde do Migrante Internacional (PSMI) estabelece a incorporação curricular de temáticas como migração, interculturalidade, direitos humanos, determinantes sociais e gênero na educação superior; porém, não se sabe se isso ocorre de forma eficaz. **Objetivo:** Compreender a implementação da PSMI no currículo de Ciências da Saúde. **Materiais e Métodos:** Estudo interpretativo/hermenêutico que incluiu entrevistas semiestruturadas com diretores de programas, professores acadêmicos, guias clínicos e alunos, além de análise documental de diferentes programas de saúde de três universidades regionais do Chile. A análise de dados incluiu codificação aberta, axial e seletiva com o auxílio do programa ATLAS.ti 24. **Resultados:** Participaram 179 informantes. Foram estabelecidas três categorias: Escopo da Instituição de Saúde, Escopo da Instituição Universitária e Escopo da Carreira, cada uma com subcategorias que facilitam ou dificultam a implementação da política. A análise hermenêutica permitiu que as subcategorias fossem inter-relacionadas para compreender o fenômeno global com uma rede semântica. Os facilitadores eram poucos e isolados da rede. Os obstáculos são mais numerosos, mais coesos e mais robustos, dando origem a uma formação profissional etnocêntrica que é validada por cuidados de saúde etnocêntricos em ambientes clínicos. **Discussão:** O conceito de Gringola Cultural é proposto em vez de Cegueira Cultural, porque há consciência dos fatores culturais que influenciam os cuidados de saúde, mas eles não são incorporados. **Conclusões:** O currículo não responde ao PSMI; é imperativo que haja políticas conjuntas entre o Ministério da Educação e o Ministério da Saúde que revertam o status quo existente na estrutura da saúde.

Palavras-Chave: Ciências da Saúde; Capacitação Profissional; Políticas; Competência Cultural; Competência Intercultural.

Introducción

Durante el siglo XX, luego de las dos Guerras Mundiales, los movimientos migratorios se caracterizaron por el traslado de personas de un estado-nación a otra, principalmente desde el sur hacia el norte y de este a oeste¹. Países conocidos como desarrollados eran receptores de extranjeros que provenían de países señalados como subdesarrollados. No obstante, a partir de la década del 70 se observó un aumento en la tendencia migratoria Sur-Sur².

En Chile, esta realidad se hizo presente en 1990, que coincide con el retorno a la democracia, cuando el país fue reconocido internacionalmente por lograr cierta estabilidad política, económica y administrativa, lo que generó el interés y expectativas en habitantes sudamericanos de residir en la nación^{2,3}. Desde esa fecha, se observa un incremento de inmigrantes latinoamericanos de 0,7% a 7,7% a fines de 2022, lo que ubica al país por encima del promedio mundial y lo posiciona en el segundo lugar Sudamericano, después de Costa Rica⁴.

Es sabido que, la población migrante vive situaciones de mayor vulnerabilidad durante todo el ciclo migratorio, el que incluye el momento en que se decide migrar, el tránsito, el asentamiento en el país de destino y el retorno^{1,5,6}. Chile, reconociendo estas dificultades y que el derecho a la salud es un Derecho Humano, dispuso una serie de normativas y decretos para favorecer el acceso a la salud de este grupo de personas, comenzando, el 2003, con la protección de mujeres embarazadas y niños^{7,8}. Sin embargo, en otras materias como trabajo, salario, vivienda, educación y derechos sociales ha existido una escasa organización, articulación y continuidad en las políticas que ponen en riesgo sus condiciones de vida, lo que innegablemente repercute en la salud^{8,9}.

Sumado a lo anterior, se deben considerar los factores culturales, como credos, hábitos, costumbres y tradiciones que influyen en la toma de decisiones que realiza la persona frente a un proceso de salud/enfermedad^{10,11}. Razón por la que se requiere un trabajo interprofesional que responda a la multicausalidad de factores presentes y un personal sanitario debidamente capacitado para comprender, empatizar y proporcionar una atención con pertinencia cultural.

Es por ello que, organismos internacionales enfatizan la importancia de desarrollar Competencia Intercultural en el personal sanitario y sugieren establecer alianzas con instituciones formadoras en Ciencias de la Salud para responder a las actuales políticas relacionadas con derechos humanos (DDHH), justicia social, equidad e inclusión en la atención de salud¹²⁻¹⁴.

Aunque, en el campo de la salud, los conceptos de Competencia Cultural, Competencia Intercultural y Competencia Transcultural se suelen utilizar como sinónimos¹⁵, las actuales recomendaciones provenientes de las disciplinas filosóficas, antropológicas y sociológicas indican que el constructo apropiado es Competencia Intercultural (CIC) para referirse al desarrollo conocimientos, actitudes y habilidades tendientes a responder a las necesidades culturales del otro^{15,16}.

En la actualidad, existen muchos modelos y definiciones de CIC en salud; no obstante, en todos se reconoce la importancia de desarrollar la propia consciencia cultural para aceptar, comprender y respetar la diversidad cultural¹⁷, además de desarrollar habilidades para brindar una atención con pertinencia cultural, la que implica reconocer y otorgar una atención de salud que incluya la cultura, perspectiva de vida, conceptos de salud-enfermedad y sistemas de sanación que tiene la persona¹⁸.

En Chile, aunque el ingreso de extranjeros se inició a fines del siglo XX, la Política de Salud de Migrante Internacional (PSMI) recién se estableció en 2017. Dentro de las orientaciones y

estrategias se explicita que se debe promover la incorporación curricular de temáticas referidas a migración y salud, interculturalidad, derechos humanos, determinantes de la salud y género en las Universidades y Centros de Formación Técnica⁷.

Países que históricamente han sido receptores de migrantes, como Canadá, Inglaterra, Estados Unidos y Australia, tienen políticas y criterios de acreditación obligatorio para que las carreras de la salud desarrollen CIC en la formación profesional¹⁹. Los contenidos se integran en las diferentes asignaturas de forma progresiva o electiva en las diferentes carreras^{20,21}.

La evidencia teórica y empírica señalan que el desarrollo de CIC, en profesionales sanitarios, mejora los resultados en salud, aumenta la satisfacción del paciente y disminuye las desigualdades en la atención. Al contrario, la ausencia formativa genera múltiples problemas, como falta de sensibilidad cultural, servicios de salud cultural y lingüísticamente inadecuados, baja calidad de la atención, baja adherencia al tratamiento y dificultades en la relación profesional-paciente^{17,22,23}.

En diversos países se han desarrollado estudios para evaluar el grado de incorporación de CIC en el curriculum de la salud²⁴; no obstante, en Chile se observa una escasa incorporación de ella^{25,26}. Esta realidad también aconteció en países con mayor trayectoria en CIC en salud, donde el proceso formativo se instauró de manera tardía²⁷. Además, es necesario considerar que existen investigaciones, a nivel nacional e internacional, que evidencian diferentes tipos de discriminación hacia personas migrantes en la atención de salud^{26,28-30}. Esto genera reacciones de angustia, rechazo, frustración, impotencia y desilusión en estudiantes de Ciencias de la Salud^{26,31,32}. Sin embargo, estas conductas y malas prácticas pueden originar un aprendizaje vicario que se mantenga en las futuras generaciones²⁸.

Dado lo expuesto, resulta relevante comprender la concreción de la PSMI en el curriculum de Ciencias de la Salud.

Materiales y Métodos

Estudio cualitativo con enfoque Interpretativo/Hermenéutico porque profundiza en las condiciones, contexto y significado que permiten comprender el fenómeno por medio de la fusión de horizontes a partir de interacciones intersubjetivas y simbólicas de las personas³³. En esta perspectiva no basta una descripción objetiva de los hechos, sino que se requiere que el investigador interprete y construya la realidad a partir del análisis de la información que proporcionan los participantes según la percepción que estos tienen del mundo³⁴. Es así como la comprensión del significado permite la comprensión del fenómeno global por medio de una interpretación coherente³³.

Se utilizó un diseño de Estudio de Caso Múltiple que se caracteriza por investigar un fenómeno amplio, en el que existen varios casos interconectados por lo que precisa de variados contextos y fuentes de información para su comprensión³⁵. De modo que, se incluyeron tres instituciones de Educación Superior, ubicadas en diferentes regiones de Chile distantes entre sí, que tienen diferentes carreras de la salud, entre las que se incluyen enfermería, química y farmacia, kinesiología, medicina, nutrición, obstetricia (matronería) y odontología.

Los participantes fueron aquellos que se ven implicados en el proceso de enseñanza/aprendizaje en la formación profesional de Ciencias de la Salud, escogidos con diferentes tipos de muestreo según la clasificación de Patton³⁴. Los Jefes de Carrera (JC) fueron informantes clave, Académicos/

Docentes (AD) y Guías clínicos (GC) de caso típico y el estudiantado por intensidad. Se realizaron entrevistas semiestructuradas que tuvieron por propósito indagar en la concreción de la PSMI en el curriculum. En la medida que se avanzaba con las entrevistas, se solicitaban los Programas de Egreso Institucional (PEI), Programas de Egreso de Carrera (PEC) y Programas de Asignaturas para continuar con el análisis documental y constatar la declaración de contenido relacionado con la PSMI en curriculum de Ciencias de la Salud.

Los participantes fueron contactados por correo electrónico, en que se detalló el objetivo de la investigación y su alcance, además de anexar el consentimiento informado. Una vez recepcionado el documento firmado, se realizaban las entrevistas por la plataforma de Zoom, el registro se guardó en formato de audio para proceder con la transcripción de ellas.

Para cumplir con los criterios de calidad³⁶, la credibilidad y confirmabilidad se realizó con prolongado tiempo de trabajo de campo hasta llegar a la saturación de los datos por carrera y universidad, luego se comprobaron los hallazgos iniciales con los participantes. Asimismo, se realizaron reuniones periódicas con el equipo investigador y se finalizó con la triangulación de los datos por fuente (participante y documentos).

La transferibilidad se resguardó con una amplia recogida de datos en universidades que se encontraban distantes entre sí, además de utilizar diferentes tipos de muestreo según participante con criterios de inclusión y exclusión que se detallan en la [Tabla 1](#). Y la dependencia, con el análisis de datos independiente realizado por cada investigador, para luego compararlos, contrastarlos y aunar criterios

Tabla 1. Criterios de inclusión y exclusión de los participantes

Participante	Criterio de inclusión	Criterio de exclusión
Jefes de Carrera	Profesionales que se desempeñen en las carreras de medicina, enfermería, kinesiología, obstetricia (matronería), química y farmacia, nutrición y odontología de instituciones universitarias públicas o privadas	Profesionales que sean extranjeros o que se identifiquen con alguna etnia. En el caso que se produzca esta situación se entrevistará a Decano (a) o Vicedecano (a)
Estudiantes de Ciencias de la Salud	Estudiantes de carreras de medicina, enfermería, kinesiología, obstetricia (matronería), química y farmacia, nutrición y odontología de instituciones universitarias públicas o privadas que se encuentren en último año de formación o en práctica profesional	Estudiantes que sean extranjeros o que se identifiquen con alguna etnia. Estudiantes con carreras previas en el área de las Ciencias Sociales. Estudiantes con carreras previas en Ciencias de la Salud y que hayan ejercido profesionalmente.
Académicos docentes	Profesionales que se desempeñen en las carreras de medicina, enfermería, kinesiología, obstetricia (matronería), química y farmacia, nutrición y odontología de instituciones universitarias públicas o privadas que enseñen temática de migrante	Profesionales que sean extranjeros o que se identifiquen con alguna etnia
Guías clínicos	Profesionales de medicina, enfermería, kinesiología, obstetricia (matronería), química y farmacia, nutrición y odontología con experiencia en atención de pacientes migrantes mínimo de 2 años y que tengan o hayan tenido bajo su responsabilidad estudiantes en práctica	Profesionales que sean extranjeros o que se identifiquen con alguna etnia

La investigación cuenta con la aprobación de dos Comités Ético Científicos acreditados de Chile, en el protocolo se estableció la estricta confidencialidad de los participantes, los datos, las instituciones universitarias y de salud que colaboraron con el estudio con la finalidad de que no fueran estigmatizadas.

Para el proceso de análisis de datos se utilizó el programa ATLAS.ti 24, la que incluyó las etapas de codificación abierta, axial y selectiva que describe la Teoría Fundamentada³⁷. La codificación abierta y axial fue de tipo inductiva y se utilizaron varios códigos in vivo, en base a la información aportada por los participantes, para conformar categorías y subcategorías. La codificación selectiva permitió configurar el concepto o tema central que dio paso a la creación un diagrama comprensivo que relacionó las subcategorías entre sí. Es necesario mencionar que la presente investigación se enmarca dentro de un estudio más amplio de tesis doctoral, por lo que los datos relacionados con este estudio se encuentran en el repositorio de figshare³⁸.

Resultados

Participaron un total de 179 informantes, de los cuales 106 fueron estudiantes (E), 15 jefes de carrera (JC), 28 académicos-docentes (AD) y 30 guías clínicos (GC) (Tabla 2).

Tabla 2. Caracterización por tipo de participante según sexo por cada Institución Universitaria

		Universidades						Total por tipo de participante
		Institución 1		Institución 2		Institución 3		
Carreras por institución		4		7		4		
Participantes	Sexo	M	H	M	H	M	H	
Estudiantes		21	10	38	23	11	3	106
Jefes de carrera		3	1	7	0	3	1	15
Académicos-Docentes		7	0	10	4	6	1	28
Guías Clínicos		4	1	13	4	7	1	30
Total por sexo		35	12	68	31	27	6	
Total por institución		47		99		33		
Total participantes		179						

M: Mujer, H: Hombre

El análisis cualitativo se inició con un análisis descriptivo que permitió establecer tres categorías principales que estuvieron en concordancia con los diferentes ámbitos en los que se desenvuelve el estudiante durante toda su formación profesional. Uno de ellos fue el Ámbito Institución de Salud (AIS), que corresponden a los campos clínicos donde el alumnado realiza sus actividades prácticas (Tabla 3); otro, fue el Ámbito Institución Universitaria (AIU), donde se establecen los lineamientos generales para conformar el curriculum de las diferentes carreras (Tabla 4); y, el último, el Ámbito de la Carrera (AC), en donde se concreta el proceso de enseñanza/aprendizaje en las diferentes asignaturas (Tabla 5). Se procedió con la identificación de diversas subcategorías que se dividieron en facilitadores y obstaculizadores de la concreción de la PSMI para cada categoría.

La nomenclatura utilizada en las citas textuales se describe como sigue: primera letra corresponde al sexo del participante (M: mujer, H: hombre); la segunda(s) letra(s), el tipo de participante (E: estudiante, JC: jefe de carrera, AD: académico-docente y GC: guía clínico); la tercera letra, la carrera

de la salud (E: enfermería, QF: química y farmacia, K: kinesiología, M: medicina, N: nutrición, Ob: obstetricia (matronería) y O: odontología); el primer número corresponde al número de participante por carrera; y, el número entre paréntesis, corresponde a la institución universitaria.

Tabla 3. Categorías y subcategorías de la Concreción de la Política de Salud de Migrante Internacional en el Ámbito Institución de Salud

Categoría 1: Ámbito Institución de Salud			
Subcategorías	Fr	Descripción operacional	Cita textual
Facilitadores de la concreción			
1. Desarrollo de conocimiento y habilidades en la práctica	184	Conocimiento y habilidades que el estudiantado desarrolla durante la atención al paciente migrante en los campos clínicos.	Cuando nos ha tocado ir a las prácticas, ahí es cuando les ha tocado atender a mujeres migrantes. Generalmente, lo que yo hago, es dividir una cierta cantidad de pacientes para cada uno, ellos abordan las necesidades de manera integral. Una llega hasta sentirse orgullosa del empeño que le ponen, porque la verdad es que se coordinan hasta con la asistente social para buscar redes de apoyo para los pacientes y los educan sobre las redes. MADOb1(3)
2. Modelamiento laboral positivo	50	Aprendizaje por modelamiento positivo que el estudiante desarrolla durante la atención al paciente migrante en los campos clínicos	En ese internado jugaron un importante papel las matronas. Ellas, como que sabían un poco más de esto [pacientes migrantes], nos orientaban un poco más. Como que ellas ya sabían a lo que iban, independiente de que la paciente no hablara nada de español, ellas sabían interpretar lo que sentían. Y eso igual era bueno. Ellas, obviamente, habían atendido muchos pacientes, más que nosotros. Ellas, finalmente, fueron más guías que los médicos. HEM2(1)
Obstaculizadores de la concreción			
1. Discriminación a migrantes durante la atención sanitaria	301	Diferentes tipos de discriminación que el estudiante observa durante el proceso de atención al paciente migrante en los campos clínicos	Lo que pasa es que sólo por el hecho de ser extranjero: venezolano, boliviano o cualquier nacionalidad que tenga, independiente de su estrato social, sólo el hecho de ser extranjero, en la atención de salud en Chile se ve discriminado. Puede tener mil títulos, puede tener tremendo trabajo, pero siempre lo van a mirar en menos, hay como un rechazo colectivo. En el hospital se nota la diferencia en los comentarios que se hacen, que no es como una discriminación explícita, es más solapada. MEOb6(2)
2. Atención de salud etnocéntrica	263	Atención de salud de tipo igualitaria que se le proporciona al paciente migrante en la que predominan cuidados propios del país receptor, sin considerar su cultura y que observa el estudiante en los campos clínicos	Bueno, lo que es el paciente migrante, la idea fundamental es que se le atienda como cualquier paciente, que no se haga tanto la diferencia si es venezolano, si es haitiano. La única gran diferencia que hemos tenido es el idioma, sobre todo con los haitianos, pero en general, a todos los internos se les dice que deben atender a todo el mundo igual, que no hagan diferencia (...). Lo que sí le digo a los estudiantes es que deben tener empatía, pero no nos han tocado casos de estudiantes poco empáticos. HGCK2(2)

Categoría 1: Ámbito Institución de Salud			
Subcategorías	Fr	Descripción operacional	Cita textual
3. Aspectos estructurales en la atención sanitaria	168	Protocolos, normas y estandarizaciones en la atención sanitaria que emanan desde el Ministerio de Salud que impedirían proporcionar una atención con perspectiva cultural al paciente migrante y que observa el estudiante en los campos clínicos	Entonces, yo creo que las barreras ahí son las normas. La norma dice esto, y las enfermeras po [sic], la norma dice esto y eso se hace y nada más. Entonces, yo creo que los chicos, desde ellos mismos, tienen que empezar a reconocer y normalizar estas prácticas [hábitos alimentarios de otras culturas]. Empezar a leer, empezar a escuchar. Y no es que esté mal lo que ellos hacen [pacientes de otras culturas]. Pero no todas las personas son así y tú como eres del área de la salud sabes que nosotros somos súper cuadrados, es parte de los equipos de salud, sobre todo cuando uno recién empieza. Somos muy cuadrados y si no es pan al desayuno y no hay leche al desayuno, no es saludable, pero yo creo que ellos [el estudiantado] se quedaron con la idea de que no es saludable lo que están comiendo los migrantes porque nunca se lo enseñaron o explicaron. MJCM(1)
4. Burnout en personal de salud	60	Desgano, apatía y cansancio que experimenta el personal sanitario producto de varios factores estresores que operan en el sistema de salud, lo que produce una atención igualitaria sin considerar los aspectos culturales y que observa el estudiante en los campos clínicos	Yo creo que más que discriminación, yo creo que es como una sensación de desgano, es como esa sensación de 'pucha (sic), otra vez una paciente con la que no me voy a poder comunicar y va a ser difícil'. Es como un cansancio acumulado, encuentro yo. Es un cansancio porque, además, va a tener que gesticular más, quizás hablar más alto, hacer más esfuerzo que el habitual, y eso como que agota, encuentro yo. MEOb2(2)

Tabla 4. Categorías y subcategorías de la Concreción de la Política de Salud de Migrante Internacional en el Ámbito Institución Universitaria

Categoría 2: Ámbito Institución Universitaria			
Subcategorías	Fr	Descripción	Cita textual
Facilitadores de la concreción			
1. Estrategias de incorporación de contenidos	55	Estrategias que se han instaurado en la universidad o en la carrera para incorporar la temática de PSMI en el curriculum de Ciencias de la Salud	(...) a pesar de que no es un contenido que se vea dentro de las actividades curriculares, se está tratando de incorporar (...). Por ejemplo, tenemos la asignatura Salud Familiar, donde los estudiantes tienen que resolver y analizar completamente una familia, entonces igual se trata un poco de incorporar a personas de otros países. También en las tesis, estudiantes han hecho tesis con personas de Haití o de fuera de Chile, digamos, que no son chilenos. MJCN(1)
2. Renovación curricular	40	Oportunidad que el académico advierte para incorporar la temática de PSMI en el curriculum de Ciencias de la Salud	Mira, como nosotros estamos actualmente en proceso de revisión de la malla curricular, estamos revisando cada uno de los programas y haciendo sugerencias. Entonces, es factible, tal vez, la incorporación explícita de esta temática que no la habíamos considerado antes, o sea, desde que yo estoy, por lo menos. Pero ahora estamos en la revisión del rediseño y desde el punto de vista de la carrera yo creo que sería una fortaleza y abre la oportunidad a incluir otras temáticas. HADN1(3)

Categoría 2: Ámbito Institución Universitaria

Subcategorías	Fr	Descripción	Cita textual
Obstaculizadores de la concreción			
1. Minimización formativa en PSMI en JC	78	Escasa valoración que determinados JC le otorgan a la incorporación de la temática de PSMI en el curriculum de Ciencias de la Salud porque considera que el fomentar una atención igualitaria es suficiente	Al paciente se le trata como paciente y no necesariamente como migrante, propiamente tal. O sea, el paciente, independiente del color, de la raza, de la ideología que tenga, es paciente, no debería haber ni discriminación ni consideraciones especiales, o sea, debería tratarse igual que a cualquier otro paciente. En ese sentido, eso es como lo que reforzamos, sobre todo en la parte clínica, que el paciente, independiente de cómo se comporte o cómo se vea, es paciente igual. MJCF (2)
2. Aspectos curriculares	69	Diferentes motivos que mencionan los académicos que son causantes de que la temática de PSMI no se ha introducido en el curriculum de Ciencias de la Salud, tales como: curriculum rígido, sobrecarga curricular, curriculum descontextualizado	(...) yo creo que son cosas emergentes [nuevos contenidos], entonces hay otras cosas que van quedando atrás y hay que ir eliminando de la malla o darles menos profundidad, porque ya no es necesario, porque ya no se ven. (...) Porque cuando yo fui al CESFAM, a supervisar a las alumnas, ahí me di cuenta. Ví la sala de maternidad y les digo: "oye, hay puras personas extranjeras", y la estudiante me dijo: "solo ella y ella son chilenas", y la sala de espera estaba llena, o sea, solo 2 chilenas de todos los que estaban ahí. MADN1(2)
3. Discrepancia entre Programa de Egreso Institucional (PEI) y Programa de Egreso de Carrera (PEC)	45	Falta de concordancia entre el PEI y PEC donde, en uno de ellos, se declara responder a las necesidades culturales de la población; sin embargo, en el otro no se hace alusión a aquello.	O sea, estas competencias están declaradas hace mucho tiempo en la universidad, el respeto por la diversidad y la multiculturalidad, hace tiempo están presentes (...), porque, yo creo, que fueron pensadas, precisamente, por la multiculturalidad que hay en nuestro país, no por los migrantes. Pero las carreras tienen que responder a esas competencias, porque se supone que todas esas competencias se tienen que lograr en los estudiantes en su perfil de egreso y, a lo mejor, lo que falta es incorporarlas más explícitamente en los programas de asignatura y perfil de la carrera. MJCE(2)
4. Burbuja academicista	35	Aislamiento académico que produce una falta de conexión con la realidad contextual, de modo que no se le da importancia a la temática de PSMI.	Es que haitianos yo no he visto acá, acá no hay. Yo, de verdad que no he visto por ninguna parte, entonces, no tenemos ese problema del lenguaje. Quizás en Santiago [capital de Chile] pueda haber más, pero acá no he visto. Entonces, en esta Universidad y, específicamente, la carrera podría empezar a plantearse para el futuro, porque no es una ciudad donde lleguen muchos haitianos (...). Entonces, todavía no es una problemática para poder resolverlo o para darle soluciones ahora, no sé si me explico, no es prioridad. HJCK(3)

Tabla 5. Categorías y subcategorías de la Concreción de la Política de Salud de Migrante Internacional en el Ámbito de la Carrera

Categoría 3: Ámbito de la Carrera			
Subcategorías	Fr	Descripción	Cita textual
Facilitadores de la concreción			
1. Autogestión del estudiante	83	Estrategias de aprendizaje autónomas que el estudiantado realiza al percatarse de la alta población migrante que asiste a los campos clínicos para responder apropiadamente a las necesidades del contexto	Es una realidad que ellos viven en el día a día [los estudiantes], porque nosotros tenemos prácticas en atención primaria desde tercer año, entonces ellos ven el gran número de migrantes, de mujeres migrantes que les toca atender y de las necesidades que ellos tienen; entonces ellos se motivan con este tema súper rápido. Te dicen: “profe, quiero ir a hacer visita domiciliaria”, “quiero hacer esto...”, “quiero hacer esto otro...” (...). Entonces, ellos son súper motivados, súper receptivos, súper colaboradores, cuando uno necesita alguna información, tienen muy buena disposición para buscarla. Lo otro, es que lo incorporan y lo abordan rápido en sus intervenciones cuando les toca hacer práctica, por ejemplo, inmediatamente abordan las necesidades que pueda tener. MGCOB1(3)
2. Formación implícita en PSMI	78	Contenidos que actualmente se encuentran en el curriculum de Ciencias de la Salud y que tributan, en cierta medida, con la PSMI	Pero este desarrollo se puede ver reflejado en el logro de ciertas competencias en los estudiantes. De hecho, en la asignatura que hago yo, que se denomina: Bioética y aspectos legales, también en Salud Pública que están en el mismo nivel del plan de estudio, nosotros reforzamos el respeto del ser humano, su dignidad, también el respeto de los derechos humanos, quizás no abordamos la política propiamente tal, la política de salud migrante; pero conversamos sobre la salud sexual y reproductiva, de los derechos sexuales y reproductivos, y cómo eso debe ser respetado. De los principios bioéticos como la justicia, por ejemplo, que cualquier persona, independiente de la condición o de la característica de la persona, sea respetada solo por el hecho de ser persona. HJCOB(3)
Obstaculizadores de la concreción			
1. Formación profesional etnocéntrica	196	Formación profesional en Ciencias de la Salud que promueve una atención sanitaria igualitaria instaurada por grupo dominante	Porque estructuralmente, en la parte teórica sobre todo de pregrado no recuerdo absolutamente a nadie que me haya dicho, así debe ser el trato con inmigrantes. Porque es una realidad, ese es el problema, es una realidad, siempre lo ha sido y nunca se ha considerado, esa es la verdad. MEO8(2)
2. Disrupción teórica/práctica en interculturalidad (IC)	152	Formación profesional en la que se entregan contenidos teóricos en interculturalidad pero no se continúa con una aplicación teórica/práctica, lo que genera una percepción de incapacidad en el estudiantado	Justamente, la gran mayoría de las veces, ha ocurrido que ellos mismos [estudiantes] verbalizan que este elemento [interculturalidad], este concepto no se aplica o no se lleva a la práctica. Como que nosotros le hablamos de la teoría, entonces como que ahí uno empieza a decir: “pucha (sic), deberíamos generar alguna instancia más aplicada”. No solamente con las existentes a nivel nacional, sino que integráramos los elementos de la población que se está incorporando a nuestro país, de poder incluirla justamente en las atenciones. Por ejemplo: las comunidades venezolanas, haitianas, lo que estamos viendo más frecuentemente en la atención, ellos también [el estudiantado] se hacen ese cuestionamiento. MADE2(2)

Categoría 3: Ámbito de la Carrera

Subcategorías	Fr	Descripción	Cita textual
3. Ausencia AD o GC capacitados en PSMI	125	Falta de AD o GC capacitados en PSMI por lo que no pueden realizar una adecuada transposición didáctica al estudiantado	(...) yo creo que es capacitar a los colegas, capacitar, ir actualizando, ¿ya?, porque creo que hay un estigma y creo que es algo generalizado. Si bien ha habido capacitaciones y mejoras, yo creo que faltan cosas. ¿Qué pasa con estos pacientes que no saben bien español? En todos los Cefam no hay una persona que traduzca, ¿cómo los atendemos?, ¿cómo le damos una atención de calidad? El otro día me tocó una paciente de Japón y afortunadamente algo entendía español, pero la atención debía ser de una hora y nos demoramos dos horas, con el traductor y todo. Entonces, gracias a Dios está el teléfono. MGCOb1(3)
4. Minimización formativa en PSMI en AD o GC	84	Escasa valoración que algunos AD o GC le otorgan a la incorporación de la temática de PSMI en el curriculum de Ciencias de la Salud porque considera que el fomentar una atención igualitaria es suficiente	Entonces, yo creo que, quizás, hemos pecado de que no lo tenemos en el plan de estudio, quizás lo damos intrínsecamente por sentado, entonces nosotros, por ejemplo, si nos topamos con alguien de otra nacionalidad, nosotros tratamos darles a los estudiantes otras herramientas, como el que sean humanos, que sean empáticos, que no pierdan la comunicación efectiva y esto es independiente de su nacionalidad. No sé, yo creo que esos valores los encontramos mucho más importantes. MADK2(3)
5. Incorporación de contenidos de PSMI a discreción del AD	77	Estrategias metodológicas que realizan determinados AD para incorporar la temática de PSMI en el curriculum. Generalmente son aquellos dedicados a la Salud Pública	(...) cuando ya regresé [del postnatal], me di cuenta del aumento de población extranjera que estaba teniendo nuestro país. Entonces, yo tenía claro que de alguna manera tenía que incluir ese aspecto dentro de las asignaturas, porque iba a generar un cambio o una evolución en el profesional sanitario, porque nos cambia el aspecto social que van a tener nuestros usuarios, o sea, ya no son iguales, vienen con otras condiciones, entonces tenemos que también aprender a adaptarnos y a aceptarlo, considerando que nuestra población como país es bastante cerrada, entonces muchas veces ven al extranjero como un invasor. MADK2(1)

PSMI: Política de Salud de Migrante Internacional

En concordancia con el enfoque metodológico y, en base al análisis descriptivo precedente, se continuó con el análisis hermenéutico, en el que fue posible relacionar los diferentes facilitadores y obstaculizadores de los tres ámbitos donde se desenvuelve el estudiante durante su formación profesional.

En la [Figura 1](#) se pueden visualizar las interrelaciones y cómo pueden influir, producir o revertir la Concreción de la PSMI en el curriculum de Ciencias de la Salud. En una apreciación general, se puede comprobar que los facilitadores son escasos, acotados y se presentan aislados de la red semántica, además de escasos nodos. A diferencia de los obstaculizadores que se presentan en mayor cantidad y, tanto las redes semánticas como los nodos, se aprecian más robustos, dando como resultado una formación profesional etnocéntrica que se refuerza con una atención de salud etnocéntrica en los campos clínicos. De tal forma que, durante la formación profesional se aprenden conocimientos homogéneos y universales, sin profundizar en las implicancias de la variabilidad cultural en el proceso de atención de salud. Este aprendizaje se refuerza y valida cuando el estudiantado ingresa a los campos clínicos, ya que observa una atención de salud etnocéntrica caracterizada por el igualitarismo y la estandarización.

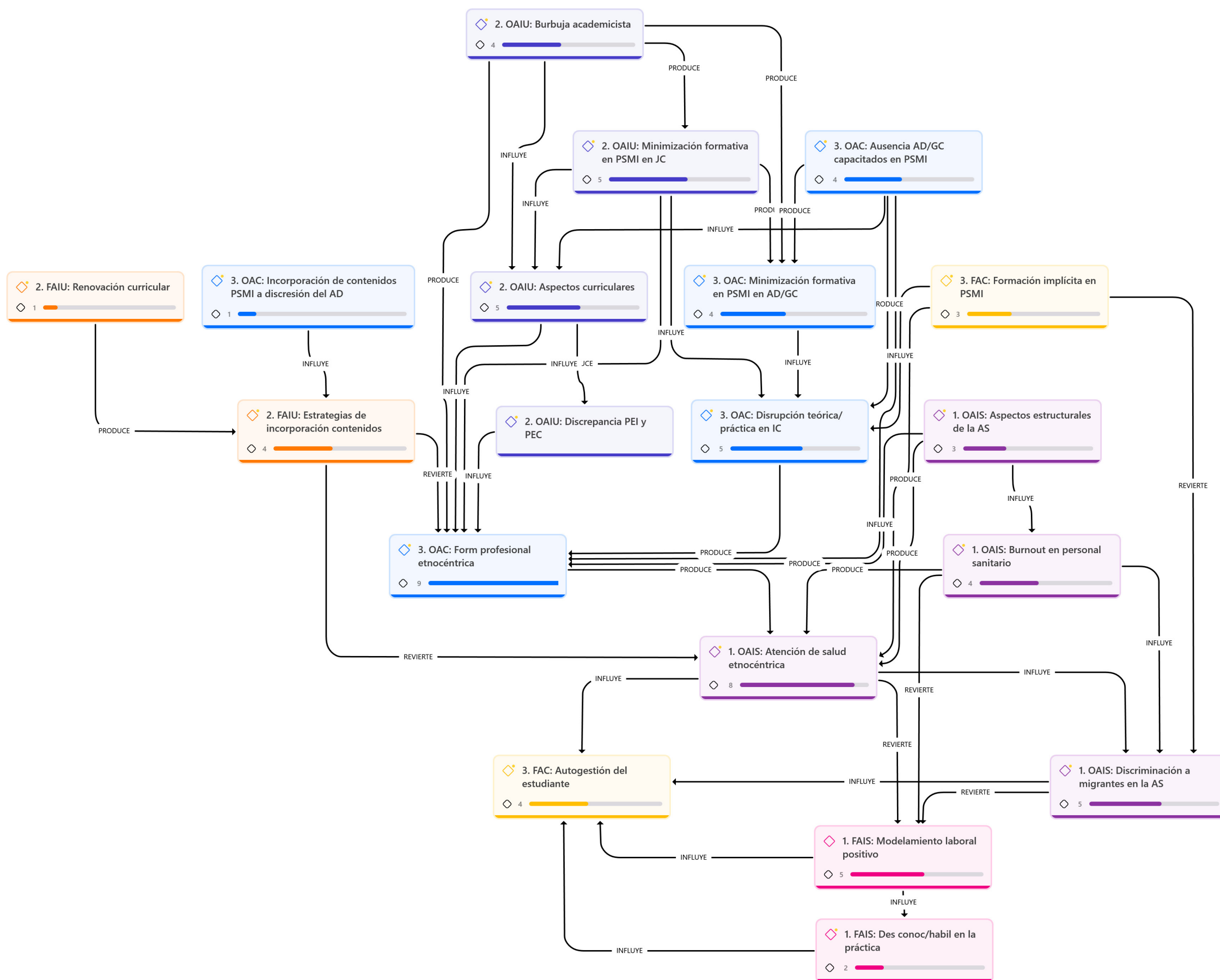


Figura 1. Interrelación de facilitadores y obstaculizadores del Ámbito Institución Salud, Ámbito Institución Universitaria y Ámbito de la Carrera

Nota: FAIS: Facilitadores del Ámbito Institución de Salud; OAI: Obstaculizadores del Ámbito Institución de Salud; FAIU: Facilitadores del Ámbito Institución Universitaria; OAIU: Obstaculizadores del Ámbito Institución Universitaria; FAC: Facilitadores del Ámbito de la Carrera; OAC: Obstaculizadores del Ámbito de la Carrera.

Discusión

La presente investigación evidencia que la formación profesional de las carreras de Ciencias de la Salud, en Chile, no responde de manera apropiada a la PSMI. Los obstaculizadores identificados, en los Ámbitos Institución de Salud, Institución Universitaria y de la Carrera fomentan una formación profesional etnocéntrica que se avala con la atención de salud etnocéntrica que impera en los campos clínicos. Si bien existen facilitadores que tendrían el potencial de mitigar lo anterior, no son lo suficientemente potentes para revertir el patrón etnocentrista.

La literatura especializada en el campo de la salud denomina a esto como Ceguera Cultural (Cultural Blindness), cuando el personal de salud no es capaz de identificar las necesidades culturales del paciente en el proceso de atención, por lo que no se incorpora otro tipo de perspectiva³⁹. No obstante, esta investigación pone de manifiesto que los participantes se dan cuenta de la necesidad e importancia de incorporar la cultura del paciente en la atención de salud, pero no todos lo hacen debido a la gran cantidad de obstaculizadores. Esto permite proponer que no se trataría de Ceguera cultural, sino más bien de Gríngola cultural (Cultural Blinders). Este término se encontró en una investigación del ámbito de las ciencias sociales⁴⁰, pero no se encontraron más investigaciones que profundicen y hayan desarrollado el constructo para instaurarlo.

Gríngola corresponde a las anteojeras que se les coloca a los caballos para que mantengan la vista hacia adelante y eviten mirar hacia los lados con la finalidad de que no se distraigan. Haciendo una analogía de este aditamento, es posible formular que, la formación profesional etnocéntrica y la atención de salud etnocéntrica contribuye a que los elementos culturales se ignoren o invisibilicen durante el proceso de atención al paciente migrante; sin embargo, existe consciencia de que esto no debería suceder. Es así como, Gríngola Cultural podría definirse como el proporcionar una atención de salud igualitaria y etnocéntrica a personas de otras culturas, a pesar de ser consciente de los elementos culturales que se ven implicados; sin embargo, no se incorporan debido a barreras estructurales y personales.

Este proceder podría estar dado porque, actualmente, existe una formación implícita en PSMI en las carreras de Ciencias de la Salud, donde se incluyen contenidos bioéticos y legales con enfoque de derechos humanos, en los que se reconoce la igualdad de las personas frente a la ley, por lo que todos deben ser protegidos de la discriminación. Sin embargo, esta perspectiva condiciona una atención universalista que perpetúa una atención etnocéntrica que invisibiliza la variabilidad cultural. En este sentido, se fomenta una perspectiva del otro como un individuo igual al yo, que comparte las mismas características, lo que incluye comportamientos y razonamiento⁴¹. Por tanto, para los participantes, proporcionar una atención de salud igualitaria no estaría errónea.

Una formación profesional con una perspectiva del otro igual al yo, da cuenta de una reflexividad de tipo técnica y práctica en el curriculum de Ciencias de la Salud, lo que concuerda con otros estudios a nivel internacional^{42,43}, porque se replica el mismo patrón de atención para todas las personas, independiente de su cultura, para cumplir con los protocolos, normas y estandarizaciones emanadas del Ministerio de Salud, de manera que incorporar los elementos culturales no sería indispensable como tampoco relevante. Sin embargo, para proporcionar una atención de salud intercultural se requiere del fomento de una perspectiva crítica, además de incorporar otras nociones del otro dentro de la formación profesional, como la propuesta por Lévinas.

Este autor reconoce al otro como un ser distinto al yo, con particularidades válidas que deben ser reconocidas para proporcionar lo que ese otro desea y necesita⁴⁴. Sus premisas basadas en el yo, el otro, el rostro, la ética y el infinito tienen por propósito comprender al otro considerando sus perspectivas y contexto⁴⁵. De modo que, posicionar la ética de la alteridad de Lévinas en la enseñanza de Ciencias

de la Salud permitiría comprender y responsabilizarse del otro, desde una perspectiva crítica y no moralista, para lograrlo sería necesario despojarse de la superioridad latente del mundo occidental, del pensamiento totalitarista, aprender a valorar las diferencias y rescatar la dignidad del otro.

Giroux y McLaren agregan que los individuos deberían ser conscientes de cómo los grupos dominantes han construido y validado el conocimiento a lo largo del tiempo en favor de intereses personales, lo que requiere de pensamiento emancipador que permita la búsqueda de la verdad para lograr justicia social⁴⁶. En la misma línea, Wenniser, Iostha et al⁴⁷, instan a reflexionar sobre la práctica profesional, para derribar las fronteras que se mantienen arraigadas en favor de la descolonización en la atención sanitaria con propuestas innovadoras que reviertan el statu quo existente.

Los resultados de la presente investigación evidencian una carencia de perspectiva crítica en toda la estructura sanitaria, conformada por los ámbitos Institución de Salud, Institución Universitaria y de la Carrera. Esto podría ser la causa de que se mantenga la inercia en la atención de salud, a la que se le ha denominado Gringola Cultural, lo que va configurando una atención igualitaria, universalista y etnocéntrica. Lo anterior se relaciona directamente con la etapa de minimización señalada por Bennet⁴⁸, porque los participantes son conscientes de que existen diferencias culturales en la atención hacia el paciente migrante, pero se decide mantenerse neutral, otorgando una atención uniforme para mantener la igualdad, de tal forma que existen altas posibilidades que se perpetúe este actuar profesional en las futuras generaciones como un aprendizaje por modelamiento^{26,28}.

La evidencia empírica nacional señala que se ha desarrollado capacitación en CIC a los profesionales de la salud; sin embargo, está enfocada en políticas y normativas relacionadas con la migración, los derechos de las personas migrantes y sensibilización frente a la discriminación⁴⁹. No se encontraron capacitaciones que aborden el desarrollo de la consciencia sobre el otro que permita desarrollar la apertura cultural, que de paso a la inclusión cultural, como tampoco a lograr un saber praxeológico que ponga en cuestionamientos las propias prácticas de atención, como otros autores señalan^{31,46,47}.

Países con más experiencia en el desarrollo de CIC, han instaurado medidas concretas con metas a corto, mediano y largo plazo para proporcionar una atención de salud con perspectiva intercultural^{21,50,51}, comenzando con políticas de estado que señalan explícitamente que, para la práctica médica, se deben tener competencias y habilidades para responder a la diversidad de la población⁵⁰. Esto ha obligado, a las Instituciones de Educación Superior, a estructurar un curriculum en espiral en el que se incorporen contenidos sobre aquellas materias que históricamente han sido relegadas, como, por ejemplo: discapacidad, género, etnia, diferencias generacionales o por estrato social, migrantes y refugiados, además de otros grupos minoritarios según el contexto del cual se trate^{50,51}.

Las últimas investigaciones señalan que la formación en CIC debe comenzar con el desarrollo de la autoconsciencia para erradicar los sesgos, estereotipos y prejuicios existentes en la atención de salud hacia la población migrante, para transitar desde una perspectiva etnocéntrica a una etnorelativa, que permita la comprensión y el respeto hacia el otro^{28,29,52}. Asimismo, resultan interesantes otras investigaciones que demuestran el interés y autogestión que la nueva generación de estudiantes de Ciencias de la Salud manifiesta por aprender sobre la diversidad para proporcionar una atención inclusiva y con pertinencia cultural^{26,31,53}. Esto debería ser considerado como una enorme oportunidad de incorporar la temática de CIC en los planes de formación, ya que se tiene de base la motivación intrínseca de los estudiantes.

Como equipo de investigación que ha venido desarrollando esta temática hace más de 5 años, la conformación de un curriculum en CIC no solo requiere del interés y voluntad de las diferentes profesiones del campo de la salud, sino que, además, considerar las aportaciones provenientes de las disciplinas como filosofía, derecho, antropología médica y social, sociología, lingüística y psicología con la finalidad de considerar la implicancia de estos marcos conceptuales en el proceso

de atención sanitaria, ya que solo incorporar los aspectos clínicos puede contribuir a la conformación de estereotipos y sesgos.

En consecuencia, para que el curriculum de Ciencias de la Salud responda a la PSMI apremia la conformación de políticas públicas mancomunadas entre el Ministerio de Educación y Ministerio de Salud. El primero debe instaurar criterios de acreditación específicos para que las carreras sanitarias aseguren una formación profesional en CIC, con la finalidad de proporcionar una atención con pertinencia cultural. Por su parte, el Ministerio de Salud debe crear perfiles profesionales que garanticen la formación profesional en CIC como requisito indispensable para ingresar al campo laboral. Asimismo, se deben crear criterios de calidad en la atención que aseguren la seguridad cultural. Lo anterior, implicará, además, crear las Unidades de Mediación Intercultural en los diferentes centros de salud del país, con un equipo interdisciplinario que tenga injerencia en la atención clínica para resolver dilemas éticos que se puedan presentar en la práctica clínica. Con estas medidas se podría comenzar a revertir la Gríngola Cultural que impera en la estructura sanitaria y que perpetúan una atención y formación etnocéntrica.

La mayor fortaleza de la presente investigación es que incluye a todos los individuos que se ven implicados en el proceso de enseñanza/aprendizaje en el curriculum de Ciencias de la Salud, los que proporciona una visión global del fenómeno de estudio. Sin embargo, una limitación es que solo incluye a tres Universidades de Chile.

Líneas futuras de investigación serían realizar estudios cuantitativos de pre y post test o mixtos, que permitan evaluar el avance de intervenciones educativas sobre Competencia Intercultural en el curriculum de Ciencias de la Salud en Chile. De esta manera, se podría analizar la incorporación y desarrollo de la temática en la formación profesional e ir proponiendo mejoras durante su ejecución.

Conclusión

El presente estudio evidencia que la formación profesional en estudiantes de Ciencias de la Salud, en Chile, no responde de manera apropiada para la concreción de la PSMI. Si bien los facilitadores ayudan a la concreción de la política, son escasos y se circunscriben a espacios acotados; a diferencia de los obstaculizadores que abarcan aspectos más amplios y se constituyen en elementos omnipresentes dentro de toda la estructura sanitaria, lo que limita la efectividad de la formación profesional en CIC. Lo anterior, permite proponer el constructo de Gríngola Cultural, porque los participantes son conscientes de que no se incorporan o se les resta importancia a los elementos culturales en la formación y en la atención de salud al paciente migrante; no obstante, se mantiene la inercia y el statu quo con una perspectiva etnocéntrica que considera al otro como uno igual al yo, que invisibiliza la diversidad.

De modo que, es fundamental que la PSMI se integre de forma explícita en el curriculum de Ciencias de la Salud, con un enfoque crítico y reflexivo, para que los futuros profesionales puedan proponer y validar cuidados de salud descolonizantes que contribuyan con la equidad y justicia social frente a una sociedad diversa.

Ahora bien, esto requiere necesariamente de generar Políticas Públicas que vinculen, coordinen y estructuren las acciones, tanto del Ministerio de Salud como del Ministerio de Educación, para que armonicen en favor de una atención que dé respuesta a la PSMI y, además, se establezcan criterios de acreditación precisos que permitan medir el desarrollo de CIC en el curriculum de Ciencias de la Salud.

Conflicto de interés: Los autores declaran no tener conflicto de interés.

Financiación: No existió financiación.

Agradecimientos: La autora principal agradece a la Agencia Nacional de Investigación y Desarrollo (ANID) por financiar los estudios de Doctorado en Educación 2019-21190254.

Referencias

1. **McAuliffe M, Triandafyllidou A (eds.)**. Informe sobre las Migraciones en el Mundo 2022. Ginebra: Organización Internacional para las Migraciones (OIM); 2021. Consulta: septiembre 26, 2014. Disponible en: <https://publications.iom.int/books/informe-sobre-las-migraciones-en-el-mundo-2022>
2. **Stefoni C**. Serie Población y Desarrollo N° 123. Panorama de la migración internacional en América del Sur. Santiago: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL); 2018. Consulta: enero 26, 2025. Disponible en: <https://www.cepal.org/es/publicaciones/43584-panorama-la-migracion-internacional-america-sur>
3. **OECD/CAF/ECLAC**. Perspectivas económicas de América Latina 2018: Repensando las instituciones para el desarrollo. OCDE publishing, Paris. 2018. Consulta: septiembre 26, 2014. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1787/leo-2018-es>
4. **World Bank**. World Development Report 2023: Migrants, Refugees, and Societies. Washington, DC: World Bank; [Internet] 2023. [Cited 2025 March 23]. Available from: <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/39696>
5. **Maldonado Valera C, Martínez Pizarro J, Martínez R**. Protección social y migración. Una mirada desde las vulnerabilidades a lo largo del ciclo de la migración y de la vida de las personas. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL); 2018. Consulta: Septiembre 26, 2014. Disponible en: <https://www.cepal.org/es/publicaciones/44021-proteccion-social-migracion-mirada-vulnerabilidades-lo-largo-ciclo-la-migracion>
6. **Naciones Unidas**. Principios y directrices, apoyados por orientaciones prácticas, sobre la protección de los derechos humanos de personas migrantes en situación de vulnerabilidad. ONU: Oficina del Alto Comisionado de Derechos Humanos (OACNUDH); 2017. Consulta: Septiembre 26, 2014. Disponible en: <https://www.ohchr.org/es/documents/tools-and-resources/principles-and-guidelines-human-rights-protection-migrants-vulnerable>
7. **Ministerio de Salud (MINSAL)**. Política de Salud de Migrantes Internacionales. Santiago: MINSAL; 2017. Consulta: Septiembre 26, 2014. Disponible en: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/09/2018.01.22.POLITICA-DE-SALUD-DE-MIGRANTES.pdf>
8. **Thayer Correa LE**. La política migratoria en Chile en la disputa por los Derechos Humanos. *ANUC*. 2019;(16):15-26. <https://anales.uchile.cl/index.php/ANUC/article/view/54719>
9. **Thayer Correa L, Tijoux ME, Lages R, Fouillieux M**. (2022). El Estado en su Frontera: Arbitrariedad e ilegalidad en las Políticas Migratorias Recientes en Chile. *Diálogo Andino*. 2022;(68):167-182. <https://dx.doi.org/10.4067/S0719-26812022000200167>
10. **Leijen I, van Herk H**. Health and Culture: The Association between Healthcare Preferences for Non-Acute Conditions, Human Values and Social Norms. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(23):12808. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34886534/>
11. **Chauhan A, Walton M, Manias E, Walpola RL, Seale H, Latanik M, et al**. The safety of health care for ethnic minority patients: a systematic review. *Int J Equity Health*. 2020; 19(1):118. <https://equityhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12939-020-01223-2>
12. **Naciones Unidas- CEPAL**. La Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible: una oportunidad para América Latina y el Caribe. Santiago; 2018. Consulta: Septiembre 26, 2014. Disponible en: <https://www.cepal.org/es/publicaciones/40155-la-agenda-2030-objetivos-desarrollo-sostenible-oportunidad-america-latina-caribe>
13. **Organización Mundial de la Salud**. Mayor colaboración, mejor salud: plan de acción mundial a favor de una vida sana y bienestar para todos. OMS; 2019. Consulta: Septiembre 26, 2014. Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789241516433>
14. **Organización Panamericana de la Salud**. Salud Universal en el Siglo XXI: 40 años de Alma-Ata. Informe de la Comisión de Alto Nivel. OPS; 2019. Consulta: Septiembre 26, 2014. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/50960>
15. **Anand R, Lahiri I**. Intercultural Competence in Health Care: Developing Skills for Interculturally Competent Care. In Deardorff A (ed). *The SAGE Handbook of Intercultural Competence*. United States of America: SAGE Publications, Inc; 2009. p. 387-402. <https://sk.sagepub.com/hnbk/edvol/the-sage-handbook-of-intercultural-competence/chpt/intercultural-competence-health-care-developing-skills>
16. **Marek E, Németh T**. Interkulturális kompetenciák az egészségügyi ellátásban [Intercultural competence in healthcare]. *Orv Hetil*. 2020;161(32):1322-1330. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32750020/>

17. **Martin ML, Heron S, Moreno-Walton L, Strickland M.** Diversity and Inclusion in Quality Patient Care. 2nd ed. Cham, Switzerland: Springer; 2019. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-92762-6>
18. **Biblioteca del Congreso Nacional.** Ley 20.584 Regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud. Consulta: Febrero 02, 2025. Disponible en: <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1039348>
19. **Council on Education for Public Health (CEPH).** Accreditation Criteria. Schools of Public Health & Public Health Programs. Washington, DC: CEPH; [Internet] 2024 [Cited 2024 September 26]. Available from: <https://media.ceph.org/documents/2024.Criteria.pdf>
20. **Alvarez-Cruces DJ, Nocetti-De-La-Barra A, Mansilla-Sepúlveda JG, Otondo-Briceño M, Ortega-Senet MB.** Competencia intercultural con educación interprofesional en estudiantes de ciencias de la salud, una revisión sistemática. *J Health Med Sci.* 2022;7(3): 157–68. <https://www.johamsc.com/?v=vn&numid=11>
21. **Elsas Parish B, Dogra N, George RE.** A discourse analysis of General Medical Council (GMC) guidelines for the inclusion of cultural diversity issues in medical education and practice. *Med Teach.* 2022;44(6):679-687. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35037557/>
22. **Pérez M, Luquis R.** Cultural Competence in Health Education and Health Promotion. 2nd ed. San Francisco, CA: Jossey-Bass A Wiley Imprint; 2014.
23. **Rasi S.** Impact of Language Barriers on Access to Healthcare Services by Immigrant Patients: A systematic review. *Asia Pacific Journal of Health Management.* 2020;15(1): 35-48. <https://doi.org/10.24083/apjhm.v15i1.271>
24. **Jongen C, McCalman J, Bainbridge R, Clifford A.** Cultural Competence in Health. A Review of the Evidence. Singapore: Springer; 2018. <https://doi.org/10.1007/978-981-10-5293-4>
25. **Véliz-Rojas L, Bianchetti-Saavedra AF, Silva-Fernández M.** Competencias interculturales e la atención primaria de salud: un desafío para la educación superior frente a contextos de diversidad cultural. *Cad. Saúde Pública.* 2019;35(1):1-11. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00120818>
26. **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. méd. Chile.* 2023;151(2):237-249. <http://dx.doi.org/10.4067/s0034-98872023000200237>
27. **Lie DA, Lee-Rey E, Gomez A, Bereknyei S, Braddock CH 3rd.** Does cultural competency training of health professionals improve patient outcomes? A systematic review and proposed algorithm for future research. *J Gen Intern Med.* 2011; 26(3):317-25. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20953728/>
28. **Álvarez-Cruces DJ, Aneas-Álvarez A, Nocetti-de-la-Barra A, Mansilla J.** Health Sciences Students: Witnesses of Discrimination in the Care of Foreign Patients in Chile. *Investigación y Educación en Enfermería.* 2025; 43(1):e09. doi: <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v43n1e09>
29. **Gerhards SM, Schweda M, Weßel M.** Medical students' perspectives on racism in medicine and healthcare in Germany: Identified problems and learning needs for medical education. *GMS J Med Educ.* 2023;40(2):Doc22. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37361250/>
30. **Yearby R, Clark B, Figueroa JF.** Structural racism in historical and modern US Health Care Policy. *Health Aff.* 2022;41(2):187-194. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35130059/>
31. **Álvarez-Cruces D, Burdiles-Fernández G.** Estrategias de comunicación para la atención a la población inmigrante: desafíos en la formación de los estudiantes de Ciencias de la Salud. *Educación Médica.* 2022;23:4. <https://doi.org/10.1016/j.edumed.2022.100756>
32. **Peek ME, Vela MB, Chin MH.** Practical Lessons for Teaching About Race and Racism: Successfully Leading Free, Frank, and Fearless Discussions. *Acad Med.* 2020;95:139-144. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32889939/>
33. **Gadamer HG.** Verdad y Método. 13a ed. Salamanca: Sígueme; 2012.
34. **Patton M.** Qualitative research and evaluation methods. 4th ed. United States of America: Sage Publications; 2015.
35. **Yin R.** Case study research and applications. Design and methods. 6th ed. United Kingdom: Sage Publications; 2018.
36. **Guba EG.** Criterios de credibilidad en la investigación naturalista. En Gimeno Sacristán J. y Pérez Gómez A. La enseñanza: su teoría y su práctica. 3ra ed. España: Akal; 1989. p. 135-147.
37. **Charmaz, K.** Constructing Grounded Theory. 2nd ed. London: Sage Publicatios; 2014.
38. **Álvarez-Cruces D, Nocetti de la Barra A, Mansilla Sepúlveda J.** Análisis de datos del artículo Concreción de la Política de Salud Migrante Internacional en el curriculum de Ciencias de la Salud. *Figshare.* <http://dx.doi.org/10.6084/m9.figshare.27144264>
39. **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. [Internet] 1989. [Cited 2024 September 26]. Available from: <https://files.eric.ed.gov/fulltext/ED330171.pdf>

40. **Farrell A, Pfeffer R.** Policing Human Trafficking: Cultural Blinders and Organizational Barriers. *The ANNALS of the American Academy of Political and Social Science*. 2014; 653(1):46-64. <https://doi.org/10.1177/0002716213515835>
41. **Husserl E.** *Meditaciones Cartesianas*. España: Paulinas; 1979
42. **Murdoch-Eaton D, Sandars J.** Reflection: moving from a mandatory ritual to meaningful professional development. *Arch Dis Child*. 2014;99(3):279-83. <http://dx.doi.org/10.1136/archdischild-2013-303948>
43. **Mann K, Gordon J, MacLeod A.** Reflection and reflective practice in health professions education: a systematic review. *Advances in health sciences education: theory and practice*. 2009;14(4):595-621. <https://doi.org/10.1007/s10459-007-9090-2>
44. **Lévinas E.** *La huella del otro*. Mexico: Taurus; 1998
45. **Lévinas E.** *Entre nosotros. Ensayos para pensar en otro*. Barcelona: Pre-textos; 2001
46. **Giroux H, McLaren P.** *Sociedad, cultura y educación*. España: Miño y Dávila Editores; 1998.
47. **Wenniser:ioatha Jock B, Clavier C, de Leeuw E, Frohlich KL.** Romper el statu quo al promover políticas para la salud, el bienestar y la equidad: un preludio a la UIPES 2022. *Global Health Promotion*. 2022;29(1):172-177. <https://doi.org/10.1177/17579759211038485>
48. **Bennett MJ.** A developmental approach to training for intercultural sensitivity. *International Journal of Intercultural Relations*. 1986;10(2):179-196. [https://doi.org/10.1016/0147-1767\(86\)90005-2](https://doi.org/10.1016/0147-1767(86)90005-2)
49. **Cabieses B, Bernales M, McIntyre AM.** La migración internacional como determinante social de la salud en Chile: evidencia y propuestas para políticas públicas. Chile: Universidad del Desarrollo; 2017.
50. **Dogra N, Bhatti F, Ertubey C, Kelly M, Rowlands A, Singh D, et al.** Teaching diversity to medical undergraduates: Curriculum development, delivery and assessment. AMEE GUIDE No. 103. *Med Teach*. 2016;38(4):323-37. <https://doi.org/10.3109/0142159X.2015.1105944>
51. **Lanting K, Dogra N, Hendrickx K, Nathan Y, Sim J, Suurmond J.** Culturally Competent in Medical Education - European Medical Teachers' Self-Reported Preparedness and Training Needs to Teach Cultural Competence Topics and to Teach a Diverse Class. *MedEdPublish*. 2019;26;8:98. <https://doi.org/10.15694/mep.2019.000098.1>
52. **Álvarez-Cruces DJ, Otondo-Briceño M, Nocetti-de-la-Barra A, Medina-Moreno A, Henríquez-Tejo R.** Cultural topics with clinical implications needed in the dental curriculum to develop intercultural competence: A systematic review. *J Dent Educ*. 2024; 88(7):922-932. <https://doi.org/10.1002/jdd.13509>
53. **Álvarez-Cruces D, Mansilla-Sepúlveda J, Nocetti-De-La-Barra A.** Sentient Intercultural Self-Efficacy: Constructing Intercultural Competence in Health Sciences students. *J Adv Med Educ Prof*. 2025;13(2):93-103. <https://doi.org/10.30476/jamp.2025.104564.2067>