



**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA DE TECNOLOGÍA MÉDICA**

**FORMACIÓN ACADÉMICA QUE RESPONDA A LAS NECESIDADES  
SANITARIAS FRENTE AL FENÓMENO DE INTERCULTURALIDAD**

**MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO  
DE LICENCIADO EN TECNOLOGÍA MÉDICA**

**AUTOR: EMANUEL ISAÍAS BUSTAMANTE POBLETE  
PROFESORA GUÍA: TM. Mg. SP ROCÍO BELEN SAZO MUÑOZ**

**TALCA-CHILE  
AÑO 2022**

## CONSTANCIA

La Dirección del Sistema de Bibliotecas a través de su unidad de procesos técnicos certifica que el autor del siguiente trabajo de titulación ha firmado su autorización para la reproducción en forma total o parcial e ilimitada del mismo.



Talca, 2023



***Dedicatoria:***

*Dedicado a aquella mujer que fue una madre en todo tiempo, quien me miraba siempre  
llena de orgullo y a quien me gustaría leerle este trabajo, pero su voz ya nunca más  
volverá a ser escuchada y nunca más volverá a decirme su negrito.*

*Para Oriana Fuentes – Mi amada mamallana.*

## ***Agradecimientos***

*Gracias familia por todo su tiempo y dedicación, este es el fruto combinado de voluntades y esfuerzos por salir adelante, todos esos días de arduo trabajo y esas noches interminables me han hecho llegar y ser quien soy hoy.*

*Agradezco a mi profesora guía Rocío Sazo, por sus esmeros y esfuerzos con mi persona y esta memoria, este año y medio fue un proceso de crecimiento y aprendizaje junto a ella.*

*Así mismo a todas aquellas personitas que han formado y formaran parte de mi vida, uno nunca termina de aprender y todos han contribuido su granito de arena de forma indistinta en la realización de mis proyectos personales.*

## TABLA DE CONTENIDOS

|  |    |
|--|----|
| RESUMEN  | 7  |
| INTRODUCCIÓN   | 8  |
| OBJETIVOS  | 10 |
| I.    OBJETIVO GENERAL   | 10 |
| II.   OBJETIVO ESPECIFICO  | 10 |
| METODOLOGÍA DE BÚSQUEDA Y ORGANIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN   | 11 |
| MARCO TEORICO  | 13 |
| I.    ¿QUÍENES SON LOS QUE LLEGAN A CHILE EN LA ÚLTIMA DECADA?   | 13 |
| I.I  DESCRIPCIÓN DEL ACCESO A LA ATENCIÓN EN SALUD A MIGRANTES, QUE LLEGAN A CHILE   | 14 |
| II.   MODELO DE ATENCIÓN EN SALUD DIRIGIDOS A USUARIOS ATENDIDOS EN APS  | 18 |
| III.  ¿QUÉ ES LA INTERCULTURALIDAD?  | 22 |
| IV.  ¿CUÁLES SON LAS COMPETENCIAS INTERCULTURALES NECESARIAS EN PERSONAL SANITARIO?  | 25 |
| V.   INTEGRACIÓN DE COMPETENCIAS INTERCULTURALES EN LA FORMACIÓN ACADÉMICA DE ESTUDIANTES EN CASAS DE ESTUDIO NACIONALES E INTERNACIONALES | 31 |
| CONCLUSIÓN   | 49 |
| BIBLIOGRAFÍA   | 51 |

## INDICE DE TABLAS Y FIGURAS

|  |    |
|--|----|
| Tabla 1: Gasto Fonasa por tipo de atención en el año 2018.   | 15 |
| Figura 1: Uso de los servicios de salud por parte de los migrantes según sector etario y sexo en el año 2018.  | 17 |
| Figura 2: Principios irrenunciables en la atención primaria de salud.  | 19 |
| Figura 3: Evolución de los fondos destinados a la Atención Primaria de Chiles y de los destinados a la implementación del Modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria (MAIS) entre 2008 y 2017 | 21 |
| Figura 4: Bases para la creación de competencias interculturales.  | 26 |
| Tabla 2: Principios del enfoque basado en los derechos humanos sobre la atención en salud.   | 26 |
| Tabla 3: Dimensiones de la accesibilidad sobre la atención en salud.   | 27 |
| Tabla 4: Dimensiones abarcadas por la competencia cultural   | 28 |
| Figura 5: El marco conceptual de los determinantes sociales de la salud  | 30 |
| Figura 6: Capacidades a desarrollar en la competencia intercultural  | 31 |
| Figura 7: Diseño del proceso de experiencias de aprendizaje relacionadas con la “Gestión de la otredad”  | 33 |
| Tabla 5: Articulación de contenidos y experiencias de aprendizaje orientadas al logro de competencias interculturales en los alumnos de medicina del primer año.   | 34 |
| Tabla 6: Dimensiones estudiadas y el puntaje medio obtenido.   | 34 |
| Tabla 7: Interpretación del puntaje obtenido en el estudio.  | 35 |
| Figura 8: Resumen resultados entrevista cualitativa.   | 35 |
| Figura 9: Modelo de comunicación intercultural.  | 37 |
| Figura 10: Dimensiones a estudiar en The cultural intelligence scale.  | 39 |
| Figura 11: Medias obtenidas en las respuestas de los estudiantes universitarios por dimensión.   | 39 |
| Tabla 8: Descripción de la dimensión pedagógica.   | 40 |
| Figura 12: Herramienta para la medición de las competencias culturales: <i>The cultural intelligence scale</i>   | 42 |
| Tabla 9: Dimensiones del bienestar social  | 44 |
| Tabla 10: Condiciones para la política de salud  | 45 |
| Tabla 11: Concepto de la salud intercultural   | 45 |
| Tabla 12: Elementos constituyentes de una política de salud intercultural  | 46 |

## RESUMEN

En Chile, existe una deficiente formación en estudiantes del área de la salud, con relación al trato con usuarios de otras culturas, esto se ve reflejado al momento de otorgar una atención integral de salud, donde la misma se verá trastocada por esta falencia, incumpliendo en su integralidad

Basado en lo anterior se establece el marco general de esta memoria bibliográfica, donde se buscó identificar las competencias interculturales a desarrollar en estudiantes del área salud, para que estos sean capaces de otorgar una atención integral, dirigida hacia usuarios de distintas culturas más prevalentes en Chile. Para esto se realizó una búsqueda sistemática de artículos, los cuales respondieran a la palabra clave interculturalidad y que los mismos respondieran a sus relaciones con formación académica y el desempeño en ámbito laboral. En conjunto a esto, se realizó una identificación de los países de los que provenían los migrantes durante la última década, denotando un recambio de migrante en los últimos años. Posteriormente, se describieron las competencias interculturales y cuáles han sido las estrategias pedagógicas que se han utilizado en diversas casas de estudios tanto a nivel nacional como internacional en la formación de estudiantes área salud.

**Palabras Clave:** Interculturalidad, migración, acceso a salud, necesidades sanitarias, formación académica.



## INTRODUCCIÓN

Chile constantemente ha experimentado el fenómeno migratorio a lo largo de su historia, donde se ha apreciado un crecimiento exponencial de inmigrantes, por ejemplo, en 1992 considerando una población de 13.041.098, un 0,8% correspondía a población migrante, en comparación al último CENSO, donde este porcentaje aumenta a un 4,4%. En la actualidad, según CENSO 2017, corresponde principalmente a población de Perú, Colombia, Venezuela, Bolivia, Argentina y Haití. Esta transición constante ha causado un fenómeno de interculturalidad, el que se bien ya estaba presente con los pueblos originarios, esta nueva diversidad cultural genera nuevos desafíos para el intersector, en especial para el personal sanitario, que deben cumplir de igual manera con el objetivo de mejorar la salud de estos nuevos miembros de la comunidad.

Ahora, entendiendo que el modelo de atención integral de salud familiar y comunitario (MAIS), que opera en el primer nivel de atención del Sistema de Salud en Chile, busca otorgar una atención integral para cada uno de los usuarios, entendiéndose como la capacidad de respuesta a las necesidades en salud que presenten, desde un enfoque biopsicosocial-espiritual y cultural del ser humano sería contradictorio no avanzar en el desarrollo de un modelo educativo en pre-grado que incluya competencias interculturales en futuros profesionales de salud, para responder a este principio de otorgar una atención integral.

Considerando la poca experiencia en formación intercultural de algunas casas de estudios en nuestro país, surge la problemática de cómo otorgar una atención integral en salud, basada en la mirada biopsicosocial-espiritual y cultural de este nuevo perfil de usuario: migrante. Haciéndose necesario diseñar e implementar programas y estrategias pedagógicas transversales, dirigida a profesionales de salud, que den cuenta de las diferentes cosmovisiones en el cuidado de la salud de las culturas más prevalentes en Chile.

Para esto, el presente estudio, busca describir la actual necesidad de desarrollar competencias interculturales en estudiantes de pregrado sector salud y ejemplificar algunas estrategias exitosas en casos de estudios nacionales e internacionales, que han logrado formar capital humano que pueda responder a las necesidades de la población en materia-atención de salud con abordaje intercultural.

## **PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

¿Las/os futuros profesionales del sector salud en Chile, se encontrarán capacitados para entregar una atención integral con pertinencia, a usuarias/os atendidos en el primer nivel de atención provenientes de diferentes culturas?

## **OBJETIVOS**

### **I. OBJETIVO GENERAL**

Describir las competencias interculturales necesarias, en estudiantes del área de la salud, durante su formación académica para una atención integral.

### **II. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

1. Identificar el/los país/es de origen más frecuente, de las/los usuarias/os que se atienden en atención primaria en salud, en la última década en Chile.
2. Describir las competencias interculturales, entendidas como comportamientos y comunicación apropiada y efectiva en situaciones interculturales, necesarias para ser adoptadas por personal sanitario.
3. Ejemplificar estrategias educativas para la integración de competencias interculturales en la formación académica de estudiantes, área de la salud.

## **METODOLOGÍA DE BÚSQUEDA Y ORGANIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN**

### **I. Criterios de inclusión**

Tras un análisis de experiencias interpersonales de diferentes grupos estudiantiles no documentado, se observó una problemática recurrente en ellos tras verse enfrentados a situaciones interculturales, denotando una falta en el desarrollo de la competencia intercultural. Considerando esto, se estableció una revisión bibliográfica cualitativa, para la cual se guió con un enfoque sistemático, se estableció como periodo de realización los años 2021 a 2022, utilizando artículos desde el año 1998 hasta 2022, incluidos ambos años. Incluido a esto, se seleccionaron artículos principalmente en español.

Dentro de las primeras búsquedas se encontraron más de 700 artículos vinculados con los tópicos, de estos se seleccionaron en primeras instancias alrededor de 35. Los artículos seleccionados, presentaron relación directa con la población de interés, esta siendo compuesta por, estudiantes del área de salud, profesionales del área de salud, personas migrantes en Chile y nacidos en Chile.

Los documentos utilizados, están compuesto, por revisiones sistemáticas anteriores, estudios cualitativos y cuantitativos respecto a interculturalidad, registros gubernamentales sobre interculturalidad, salud, migración.

### **II. Fuentes de información**

Para el desarrollo de la revisión, se utilizaron como fuentes, PubMed, Scielo, Elsevier. Así mismo se realizó el uso de páginas gubernamentales Chilenas como las pertenecientes a: Ministerio de salud (MINSAL), Fondo nacional de salud (FONASA), Instituto nacional de estadística (INE), Servicio jesuita de migración (SJM) y Migración. Además, se usaron paginas pertenecientes a la Organización de naciones unidas (ONU), siendo principalmente variaciones de la Organización mundial de la salud (OMS).

### **III. Estrategia de búsqueda de información**

Como principal estrategia para la búsqueda, en las distintas fuentes de información, se utilizaron palabras claves, tales como: Interculturalidad, educación, salud, migración. Estas utilizándose juntas o separadas. Se excluyeron ciertos artículos de la búsqueda que contaban con los términos claves, puesto que los mismos no presentaban relación con la pregunta de investigación utilizada.

#### IV. Selección y clasificación de estudios

Los artículos se seleccionaron cuando estos presentaron relación directa con la pregunta de investigación, además de los mismos estar orientados en la salud de Chile, además los mismos se clasificaron por medio de los objetivos específicos de la revisión bibliográfica, donde cada artículo seleccionado aportaba información a 1 o más objetivos y según el orden ascendente de los objetivos se clasificó para utilizar.

#### V. Variables de estudio

Las variables utilizadas para esta revisión, responden a la pregunta de investigación, puesto que buscan establecer una relación con la interculturalidad y la formación académica, siendo estas nombradas a continuación: Integralidad de la atención en salud dirigida a personas migrantes, Desarrollo de la competencia intercultural en estudiantes, ejecución de competencia intercultural en personal de salud.

## MARCO TEÓRICO

### I. ¿QUIÉNES SON LOS QUE LLEGAN A CHILE EN LA ÚLTIMA DÉCADA?

Según datos de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), los chilenos están satisfechos con su país, otorgando una calificación promedio de 6,5 en una escala de 0 a 10 (1), por lo cual, es catalogable como un buen país donde vivir. Producto de esto, presenta una migración internacional importante, debido a que recibe habitantes de diversas culturas y países, según datos del Instituto Nacional de Estadística (INE), en el informe técnico, estimación de personas extranjeras residentes habituales en Chile al 31 de diciembre del 2019, de Marzo del año 2020, se describe que la mayor población de inmigrantes había nacido en: Venezuela (30,5%), Perú (15,8%), Haití (12,5%) (2), comparado con los datos del Censo del 2002, se observa un crecimiento en la población venezolana y haitiana, en cambio en la población peruana se observa un descenso, esto producido principalmente por la expulsión de inmigrantes por políticas públicas, destacándose expulsiones efectivas para tanto Perú y Bolivia, sin embargo, a personas inmigrantes pertenecientes a Haití y Venezuela solo se concretó una expulsión de 2% y 5%, de las totales decretadas,(3) no obstante, dichos sucesos no aminoraron la cantidad de migrantes, según datos de INE, la migración en Chile, alcanzo un total de 1.492.522 habitantes (2). Pudiendo ser considerado como un presunto recambio de migrantes.

Al año 2018 el asentamiento de la población extranjera se encontraba en la Región Metropolitana y el norte grande, compuesto por Arica y Parinacota, Tarapacá y Antofagasta, respecto del resto de regiones estas no superaban 5% de migración.

Producto del continuo aumento de la población extranjera, llegando a ser 7,8% del total, (2) esto indicando que producto de la situación migratoria, las políticas públicas deben

orientarse a la inclusión social, atendiendo las demandas que surgen de la experiencia migratoria, principalmente en su regulación y acceso a derechos básicos.

Estos migrantes al momento de ingresar pueden realizarlo por vías legales, ingresando con visa o si estos cumplen con ciertas condiciones pueden acceder a la nacionalidad chilena, esto realizándose por medio de una carta de nacionalización a quienes hayan cumplido 5 o más años desde que se les otorga la residencia definitiva (4),

## II DESCRIPCIÓN DEL ACCESO A LA ATENCIÓN EN SALUD A MIGRANTES, QUE LLEGAN A CHILE.

Considerando que las personas migrantes se ven enfrentados a una nueva realidad laboral y un ambiente diferente a su lugar de origen, estos no se encuentran exentos de enfermedades, en el capítulo anterior, se mencionó que ningún migrante puede ser desvinculado de la atención en salud, ya que todos formarían parte de FONASA, en su tramo A, permitiendo que estos asistan a servicios de Atención Primaria en Salud (APS), frente a necesidades inmediatas, de baja y mediana complejidad, esto se ve reflejado en los registros de ejecución presupuestaria de Fonasa del año 2018 (5), presentados en la Tabla 1, donde se aprecia que alrededor de un 49% aproximadamente del gasto total, se utiliza en APS y en prestaciones valoradas dentro de las Garantías Explícitas en Salud (GES), en conjunto a esto se observa un gasto aproximado de 4,7% entre servicios APS y GES, estos datos, permiten evidenciar la existencia del acceso a la atención en salud de personas migrantes, no obstante, dichos valores no entregan información de la satisfacción usuaria o qué sector utiliza preferentemente los servicios en salud.

**Tabla 1: Gasto Fonasa por tipo de atención en el año 2018.** Tomada y adaptada de Fonasa (2019) (5)

| <i>Gasto de Fonasa</i>                                    | <i>MM\$</i>  | <i>%</i> | <i>Ξ</i> |
|---|--------------|----------|----------|
| <i>Atención primaria de salud</i>                         | \$ 1.683.806 | 21,54%   | 2,6%     |
| <i>Programa de prestaciones valoradas programable GES</i> | \$ 2.144.926 | 27,44%   | 2,1%     |
| <i>Gasto Total año 2018</i>                               | \$ 7.817.153 |          |          |

MM\$: Millones de pesos chilenos, %: Porcentaje de gasto respecto del total, Ξ: Porcentaje del gasto dirigido a población migrante

Considerando lo anterior, se puede observar en la figura 1, que de forma mayoritaria, el uso de atención primaria y programas valorados GES, siendo representados en la figura 1 A y 1 C respectivamente, es realizado por mujeres, en contraste con los hombres, que estos solo superan el uso en sectores etarios de 70-40 años en el caso de la figura 1 A, y en los sectores 70-74, 75-79 en el caso de la figura 1 C.

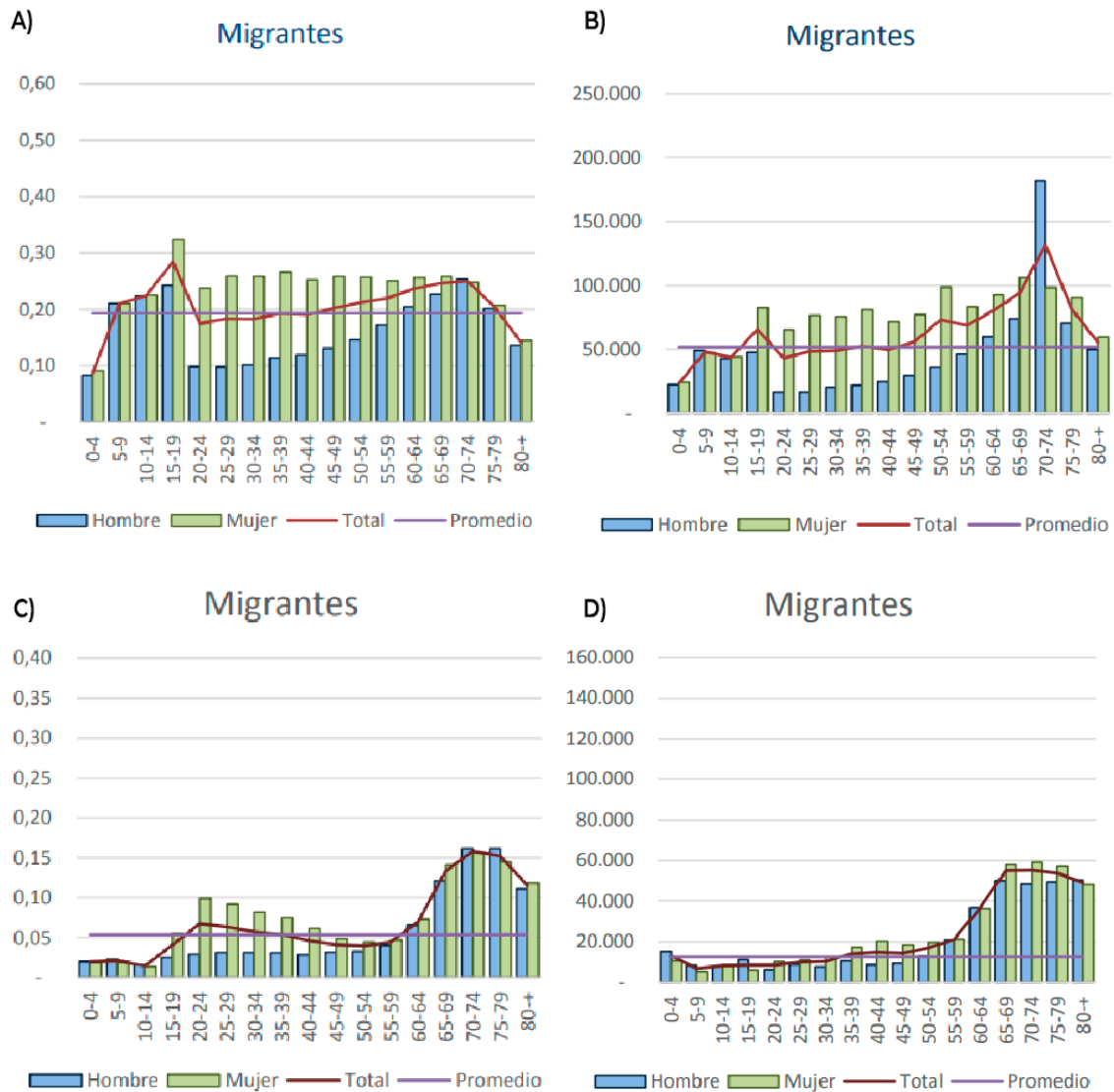
Por otro lado, al observar el gasto per cápita, se establece que los migrantes realizan sus atenciones en salud principalmente en APS, tras comparar la figura 1 D y 1 B, no obstante, estos ven limitaciones en su acceso, producto al bajo control en su salud preventiva y constante necesidad de entregar mayor información. (5)

Con respecto a lo anterior, considerando que se encuentran adscritos al tramo A, indicaría que estos pueden acceder a las prestaciones públicas, con un copago de 0%, (6) esto siendo que el paciente no pagará de forma directa por la atención en salud, sino que esto será subsidiado por parte de Fonasa en su totalidad. Esto permite que el migrante acceda a consultorios de APS, consultorios de especialidades, hospitales públicos y centros de urgencias, además de tener asegurados los derivados de la atención, como: exámenes y



consultas de especialidades, procedimientos de diagnóstico y terapéuticos, intervenciones quirúrgicas y prestaciones GES. (7)

Respecto de GES, se desprende un nuevo problema, ya que los usuarios pertenecientes al colectivo migratorio, reportan dificultades para acceder a la protección financiera otorgada por las GES, donde estos no pudieron pagar servicios en salud debido a su costo.(8) Por otra parte, en relación al uso efectivo de los servicios de salud, entre personas migrantes v/s nacidos en Chile, se reportan que 25% de los migrantes no accedió a prestaciones en salud, referidas a enfermedades con cobertura GES, comparado con 14,7% en nacidos en Chile, esto siendo destacado por MINSAL en el 2018, en el documento “Política de salud de migrantes internacionales”.(9)



**Figura 1: Uso de los servicios de salud por parte de los migrantes según sector etario y sexo en el año 2018.** (A) Tasa de uso de la atención primaria. (B) Gasto per cápita en la atención primaria. (C) Tasa de uso de programas valorados GES. (D) Gasto per cápita en los programas valorados GES. Tomado y adaptado de Fonasa (2019) (5)

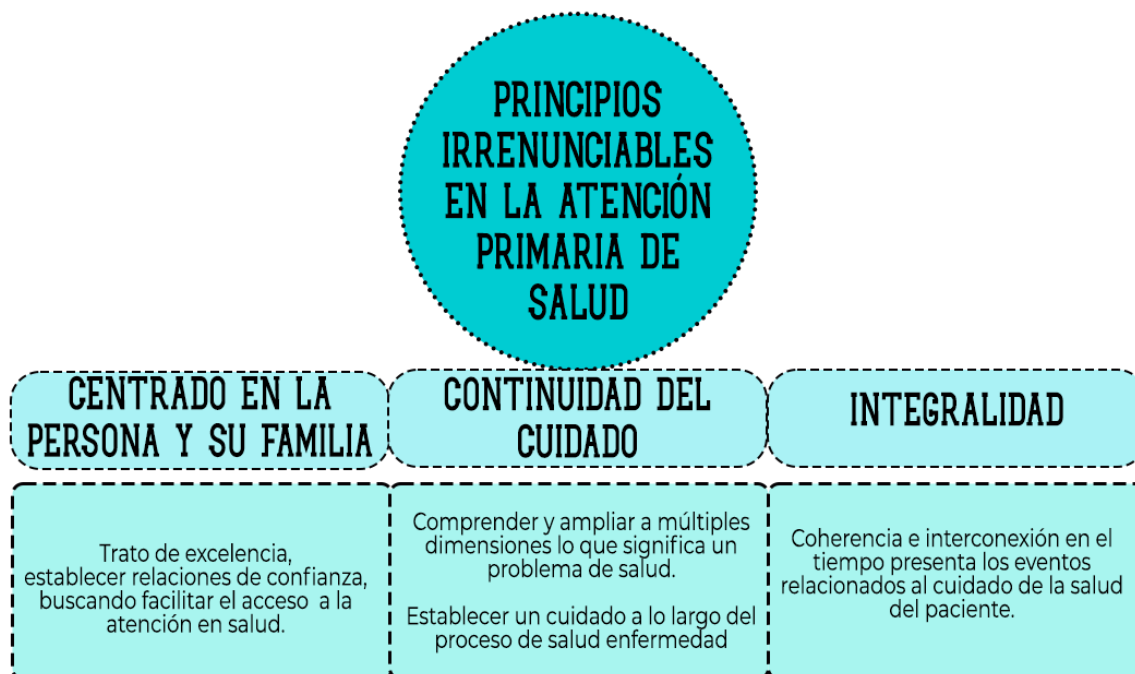
## II. MODELO DE ATENCIÓN EN SALUD DIRIGIDOS A USUARIOS ATENDIDOS EN APS

El actuar de los profesionales de un centro de atención básica, no está definido solamente por la “buena voluntad”, sino que se encuentra normado en un regulador para atención básica en salud, en este se describe como eje central el uso del modelo de atención integral de salud familiar y comunitario, donde este se puede definir como:

*“Conjunto de acciones que promueven y facilitan la atención eficiente, eficaz y oportuna, la cual considera integralidad física y mental, como seres sociales pertenecientes a distintas familias y comunidades, en permanente proceso de integración y adaptación a su medio ambiente físico, social y cultural” (10)*

Considerando lo anterior, este modelo se sustenta en 10 principios fundamentales, estos siendo: centrado en el usuario, integralidad, continuidad, gestión de las personas trabajadoras de salud, intersectorialidad, énfasis promocional y preventivo, enfoque familiar, centrado en la atención abierta, participación en salud, uso de tecnología aprobada, calidad.(10) Con los cuales se busca orientar la labor de los equipos de salud en las redes asistenciales, comenzando desde anticipar los daños hasta la búsqueda de la rehabilitación, permitiendo que el personal de salud, cada vez sea más inclusivo frente a las necesidades en salud que presente la comunidad.

Para cualquier sistema de salud APS, por parte de MINSAL, se describen 3 principios irrenunciables (11), donde destaca la integralidad de la Figura 2. Puesto que en el MAIS, uno de los principales enfoques es la integralidad, en esta se considera que la cartera de servicios debe ser adecuada para las necesidades que se planteen por parte de los usuarios, en el caso en cuestión, los migrantes.



**Figura 2: Principios irrenunciables en la atención primaria de salud.** En base a lo descrito por MINSAL en Orientaciones para la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria. 2013. (12) Creación propia Bustamante, E. (2022)

Por otro lado, al considerar el principio de centrado en la persona y su familia, se denota que es necesario que el usuario cuente con participación en el proceso de atención, en la obtención de la información requerida, (11) incluido a esto la Ley 20.584 que regula los derechos y deberes del paciente, (13) regula que se debe tener especial cuidado en contar con el consentimiento del paciente, para esto el profesional debe otorgar información adecuada, suficiente y comprensible, por medio de estas regulaciones se establece lo apreciado en la figura 2, donde denota la búsqueda de facilitar el acceso a la atención en salud. No obstante, la viabilidad de este principio se tornó dificultoso, si por ejemplo, el paciente no comprende el idioma, puesto que a nivel internacional, se ha evidenciado que una de las barreras que segrega a la población migrante es el idioma (14).

Sumado a lo anterior, MINSAL reconoce la necesidad de un enfoque intercultural en la red asistencial(15), esto viéndose reflejado en la incorporación a la atención primaria en la

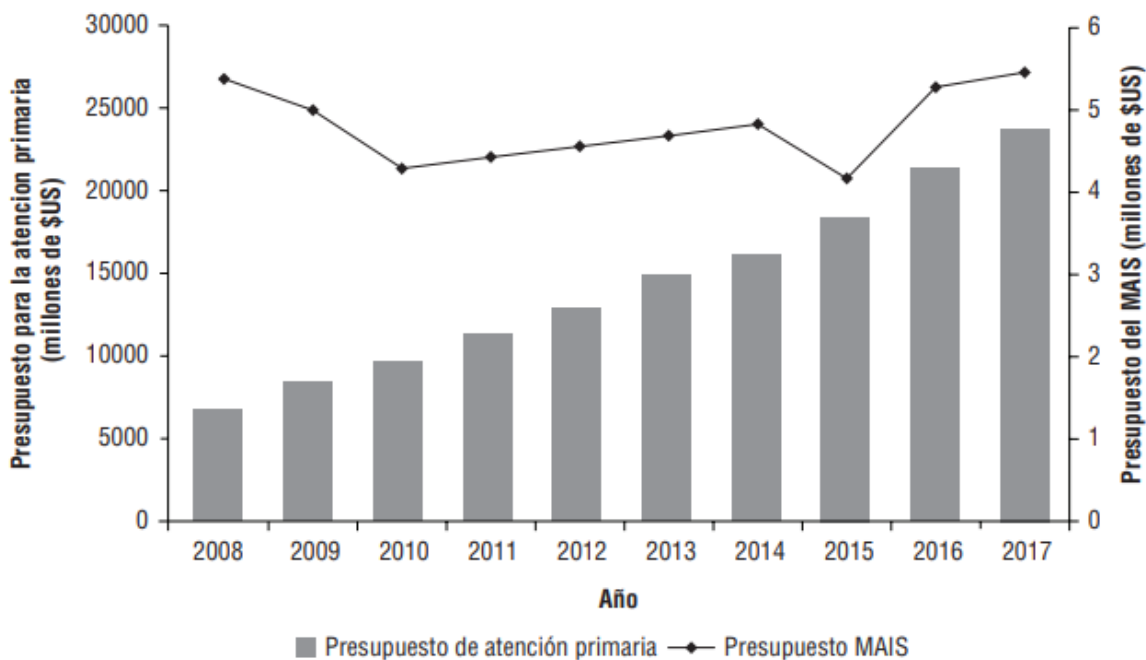
región de la Araucanía, durante 1996, con un programa especial para pueblos indígenas(15), en este se establece la necesidad de tomar conocimiento de las necesidades de salud, que puedan presentar los usuarios pertenecientes a pueblos originarios de Chile, buscando el correcto abordamiento de las situaciones, considerando los conocimientos y prácticas de salud que los mismos posee. Posteriormente, durante el año 2005, se respalda con la reforma sanitaria de ese año, con lo cual se establece el MINSAL (16), deberá formular políticas, que incluyan un enfoque de salud intercultural, en comunas con una alta concentración de indígenas. Dando a denotar, la necesidad de incorporar la interculturalidad a los servicios de salud, respecto a esto, el MINSAL (10), señala:

*“el enfoque intercultural se deberían incorporar estrategias de pertinencia cultural, que respondan a las particularidades de los distintos pueblos originarios y de la población extranjera que vive en el país, al igual que en las políticas de atención, prevención, rehabilitación y promoción de la salud, con el fin de que sean diseñadas y evaluadas participativamente”*

Por lo cual, es necesario, que los equipos de salud cuenten con un personal, capacitado en las competencias interculturales, esto pudiendo ser desarrollado desde su formación académica de pregrado o de forma posterior, para evitar problemáticas desprendidas de una baja afinidad con competencias interculturales.

Por otro lado, es meritorio mencionar la creciente preocupación que demuestra el estado por una mejor integración del MAIS, observándose una creciente inversión en los fondos destinados a APS y el presupuesto otorgado para MAIS, esto observándose en Figura 3. (17) Donde los fondos otorgados para la implementación MAIS, está constantemente en un valor superior al otorgado a atención primaria, no obstante, esto no contradice aun la realidad de una asimetría en el principio de “centrado en la persona”, puesto que si se consideran el uso de los servicios de salud por parte de los migrantes (5), no reflejó

asertivamente dicha inyección de capital, además en el estudio realizado, se observó, que el área donde se presentó una mayor implementación correspondía al eje de tecnología, en contraste del eje de familia el cual estaba muy por debajo de las otras aristas. (17)



**Figura 3: Evolución de los fondos destinados a la Atención Primaria de Chile y de los destinados a la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria (MAIS) entre 2008 y 2017.** Tomado de Garcia et al 2018. (17)

### III. ¿QUÉ ES LA INTERCULTURALIDAD?

Según la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO, por sus siglas en inglés) (18), interculturalidad se encuentra definida como:

*“la presencia e interacción equitativa de diversas culturas y a la posibilidad de generar expresiones culturales compartidas a través del diálogo y del respeto mutuo.”*

Dando a comprender que es la relación que se presentara, por parte de una comunidad con múltiples culturas que habitan en un espacio geográfico en común, donde estos expresan sus ideas abiertamente teniendo respeto mutuo por las otras culturas.

En la salud, la interculturalidad, hace hincapié en el hecho de transformar el trabajo y quehacer particular de los equipos de salud, para reconocer las necesidades particulares que exprese cada pueblo según su territorio, respetando, protegiendo y garantizando la pluralidad cultural. Esto viéndose manifestado en la definición otorgada por el MINSAL (10):

*“ Cambio de actitud y cultura en el sistema de salud, que permite abordar la salud desde una perspectiva amplia, estableciendo otras redes de trabajo para proveer servicios acordes a las necesidades de los pueblos originarios, respetando la diversidad cultural”*

No obstante, dicha definición, excluye del concepto de interculturalidad a los migrantes, considerando solo pueblos originarios. Sin embargo, frente a requerimientos de salud, en Chile se ha establecido la Ley 19.650, que regula el acceso a los servicios de salud frente a una inminente urgencia, la cual se describe en la página de la Superintendencia de

Salud Chilena, que esta regulación garantizara que todas las personas sean atendidas en cualquier establecimiento de salud, además que no se puede negar la atención frente a situaciones que sean catalogables como urgencia vital o emergencia, resguardando que no se exigirá una garantía monetaria para otorgar el acceso a los servicios que fueren requeridos, mientras dure la condición (10).

Referente a lo anterior, es meritorio aclarar que se considera urgencia o emergencia vital, debido a que dicho beneficio otorgado por la Ley de urgencias solo está regulado por el mérito que presente la situación para ser considerada. Desde Supersalud (19), se describe como:

*“Toda condición clínica que implique riesgo de muerte o de secuela funcional Grave”*

Frente a lo anterior, independiente a si el paciente sea chileno, o extranjero, este tiene asegurado el acceso a la atención de urgencia, para esto se establece como requisito por parte de FONASA, que dicha situación debe ser certificada por el médico de la unidad médica tratante donde este ingresa para su atención (20).

Por otro lado, los migrantes que llegan y no presentan una situación regular, estos frente a situaciones que no sean catalogables de emergencia o urgencia vital, no son vetados de la atención en los servicios de salud, ya que estos pacientes, según las actuales regulaciones, si no cuentan con rol único nacional (RUN) o los mismos son carentes de recursos, estos pueden acceder a las prestaciones de forma gratuita, en las prestaciones de la red pública de salud, quedando bajo la cobertura de FONASA, en su Tramo A(6), además, se encuentra regulado por el Decreto con fuerza de Ley 1 del año 2005, en el cual en sus artículos 132 y 133, en los cuales se menciona que establecimientos pertenecientes al sistema nacional de servicios de salud, no pueden negar la atención a quienes lo requieran, ni



condicionarla al pago previo, además que estos mismos son responsables de la ejecución de las acciones que aseguren la salud de los habitantes de la república. (21)

En conjunto a lo anteriormente tratado, es meritorio establecer el concepto al cual se debería aspirar en salud, este siendo una salud intercultural, la cual corresponderá a un sistema donde el profesional buscara conocer el modelo explicativo de la enfermedad de un usuario respetando la cosmovisión que este posea. (22) Debido a esto, la salud intercultural se dará a entender como reconocer, validar e incorporar, otros modelos de salud diferentes al sistema de salud habitual.

#### IV. ¿CUALES SON LAS COMPETENCIAS INTERCULTURALES NECESARIAS EN PERSONAL SANITARIO?

Para comprender que son las competencias interculturales, es importante tratar el punto mencionado por Chaib (23), en “Interculturalidad y formación en ciencias”, donde se expresa que gestionar la inmigración en ciencias de salud significa:

*“Incorporar el elemento de la diversidad cultural en los centros sanitarios (hospitales, clínicas, etc.) de forma que haya una mayor comunicación entre profesionales de la salud y los pacientes de población extranjera con el fin de garantizar una atención sanitaria de calidad”*

Esto llegándose a considerar, como un eje central, a lo que aspiran las competencias interculturales en la educación superior, donde existe una base intercultural en la cual se deben formar los profesionales, está siendo mencionada por Murillo (24) en 2015, donde denota 4 puntos esenciales a desarrollar, los cuales se aprecian en la Figura 4.

Agregándose a esto, según el derecho a la salud dado por la OMS, se desglosa un enfoque de la atención en salud del cual se establecen 3 principios los cuales son nombrados en la Tabla 2, añadiéndose a esto, la accesibilidad presenta 4 dimensiones las cuales se superponen mutuamente éstas viéndose en la Tabla 3 (25), con esto se establece la necesidad que los servicios de salud, deben ejecutar una atención, la cual sea pertinente con las características socio-culturales propias del paciente, producto de esto aparece la necesidad de crear un modelo responsivo a la creciente necesidad, en el cual se busque una salud intercultural, por medio de la competencia cultural, el cual es definido por la enfermera Campihna Bacote (26), como el proceso en el cual los profesionales del cuidado de la salud continuamente se esfuerzan por conseguir la habilidad y la disponibilidad para trabajar efectivamente dentro del contexto cultural de la familia, el individuo, o la comunidad.

Además, desglosándose, las diferentes dimensiones las cuales comprende dicha competencia, estas siendo: deseo cultural, conocimiento cultural, conciencia cultural, habilidades culturales, encuentros culturales y sensibilidad cultural, estas se encuentran definidas en la Tabla 4. (27)



**Figura 4: Bases para la creación de competencias interculturales.** En base a lo descrito por Murillo. (24) 2015. Creación propia Bustamante, E. (2022)

**Tabla 2: Principios del enfoque basado en los derechos humanos sobre la atención en salud.** En base a datos de OMS. (2017) (25) Creación propia Bustamante, E. (2022)

| <i>Principio</i>         | <i>Definición</i>  |
|--------------------------|--|
| <i>No Discriminación</i> | Garantiza el ejercicio de los derechos sin discriminación.   |
| <i>Disponibilidad</i>    | Se debe contar con una cantidad suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud, así como de programas de salud |
| <i>Accesibilidad</i>     | Establecimientos, bienes y servicios deben ser accesibles a todos.   |

**Tabla 3: Dimensiones de la accesibilidad sobre la atención en salud.** En base a datos de OMS. (2017) (25) Creación propia Bustamante, E. (2022)

| <i>Dimensiones de la Accesibilidad</i> | <i>Descripción</i>   |
|--|--|
| <i>Aceptabilidad</i>                   | Todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados y sensibles a las necesidades propias de cada sexo y del ciclo vital |
| <i>Calidad</i>                         | Los establecimiento, bienes y servicios de salud deberán ser apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad   |
| <i>Rendición de cuentas</i>            | Los estados y otros garantes de los derechos son responsables de la observancia de los derechos humanos  |
| <i>Universalidad</i>                   | Los derechos humanos son universales e inalienables. Todas las personas, en cualquier lugar del mundo, deben poder ejercerlos  |

La competencia cultural nombrada por Campihna, en conjunto con las bases de murillo, se obtiene un marco con el cual trabajar, este debiéndose implementar al comienzo del programa de pregrado y desarrollándose transversalmente a lo largo del curriculum. Con el fin de desarrollar un personal de salud, el desarrolle las prácticas de salud como una construcción social y cultural, permitiendo el crecimiento integro y mutuo entre ambas partes del proceso salud-enfermedad.

Producto de los constantes cambios en la población, siendo una de las causas el aumento de la migración se hace necesario desarrollar competencias interculturales en profesionales que se desempeñan en atención primaria en salud, que es donde mayor cantidad de usuarios acude (28). Necesidad que ha sido percibida un estudio local, donde por medio

de entrevistas, realizadas en 8 diferentes comunas de Chile con un total de 101 participantes, los trabajadores del área de salud declaran presentar faltade herramientas para otorgar la atención a la población culturalmente diversa y desconocida. (29)

**Tabla 4: Dimensiones abarcadas por la competencia cultural.** Adaptado de (Marrero, 2013) (27)

| <i>Dimensión</i>              | <i>Definición</i>   |
|-------------------------------|---|
| <i>Deseo cultural</i>         | Motivación por parte del profesional para aprender y entender al otro, considerándose abierto a nuevas ideas  |
| <i>Conocimiento cultural</i>  | Obtener información de la interpretación del enfoque de salud y enfermedad, obteniendo una visión global para comprender al grupo foráneo a atender.      |
| <i>Conciencia cultural</i>    | Respeto y eliminación de prejuicios para entender mejor las culturas y ser sensible a las necesidades de estas  |
| <i>Habilidades culturales</i> | Desarrollo de métodos para captar las visiones del individuo, inquietudes, etc. Y con esto proponer un tratamiento adecuado.                              |
| <i>Encuentros culturales</i>  | Interactuar con personas pertenecientes a diversas culturas, incluyendo el conocimiento de su idiosincrasia a nivel, educativo, cultural, económico, etc. |
| <i>Sensibilidad cultural</i>  | Tratar de iguales, con confianza, aceptación y respeto.   |

Por esta razón, es deber fundamental inculcar en la formación de los profesionales de la salud, dichas herramientas, las cuales son brindadas al cumplir la competencia intercultural, puesto que Chile se enfrenta a una constante llegada de migrantes, la cual se ve potenciada por variable económicas, donde dicha población, presenta la tendencia a proceder de sectores con situaciones socioeconómicas desfavorecidas, consiguiendo una elevada presión en los servicios de salud. Sin embargo, actualmente no hay una herramienta que permita la medición de la competencial culturales que poseen los trabajadores de salud. (30)

Además, existe una dificultad en la comunicación hacia la población migrante sobre los derechos y deberes que la misma posee, en conjunto a esto, las mujeres embarazadas, provenientes de Perú, han reportado que se sienten discriminadas desde el personal APS de nuestro país. (31) Esto demostrando la necesidad de incorporar programas de ayuda intercultural, los cuales fomenten la educación de esta misma en las casas de estudios. Así

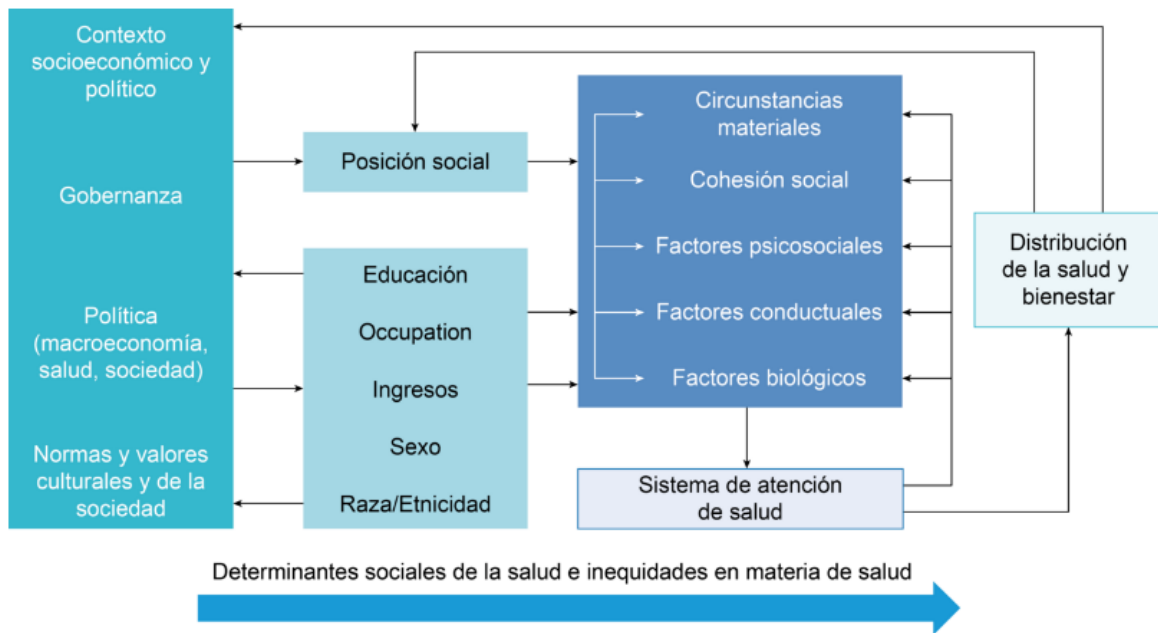
mismo, en formación actual, se proyecta que la intervención del equipo de salud responde a un estándar, el cual puede no estar acorde a las condiciones de vida y el complejo entramado social en el que se encuentra inmerso el paciente. (30)

Un punto tratado en el estudio “La migración internacional como determinante social de la salud en Chile”, denota la necesidad de realizar, estudios los cuales se encuentren focalizados en la población migrante, para así guiar las estrategias, con el fin de que estas faciliten la protección de la salud, independiente de la edad, género, raza o estatus migratorio. (31)

Respecto a este último punto, los Determinantes sociales en la salud corresponderán a aquellas circunstancias en las que nace, crece, y se desarrolla una persona individual, a esto se le incluye el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de vida cotidiana, esto siendo considerado así por la OMS, por otro lado, MINSAL lo define como las características sociales en que la vida se desarrolla. (32) (33)

En este caso en cuestión, la interculturalidad se hace presente en el marco conceptual de los determinantes sociales de la salud, presentados por la OMS, en la figura 5, donde una determinante que influirá en la distribución de la salud y bienestar corresponde al concepto de raza/etnicidad, vinculado estrechamente con las normas y valores culturales de la sociedad, debido a esta razón, que la migración puede ser considerada como una determinante social, en el fenómeno de salud intercultural. (22)

Con el fin de desarrollar la competencia intercultural, denotando la creciente inequidad en salud, producto de esta determinante social, esta puede ser catalogada como una determinante peligrosa bajo el Modelo Operativo de promoción de la salud, puesto que afectaran de forma directa la salud de la población, modificando la morbilidad y mortalidad en un sentido negativo. (34)



**Figura 5: El marco conceptual de los determinantes sociales de la salud.** Tomado de OMS (2022) (32)

En base a esto último, es meritorio mencionar que, al considerar el modelo operativo de la promoción de la salud, mencionado en la carta de Ottawa, se debe realizar un impulso en políticas públicas saludables, en este caso en cuestión, la implementación de competencias interculturales, para así mejorar la salud de la población. (35)

## V. INTEGRACIÓN DE COMPETENCIAS INTERCULTURALES EN LA FORMACION ACADEMICA DE ESTUDIANTES EN CASAS DE ESTUDIO NACIONALES E INTERNACIONALES

La aplicación de un modelo intercultural no es lejano a la práctica, ya que, la Escuela de medicina de la Facultad de Medicina de San Fernando, Perú, se plantea dentro de su plan de estudio la incorporación de la competencia intercultural, donde las capacidades a desarrollar se describen en la figura 6, en conjunto a esto reconoce que el alumno de primer año, debe tener: conocimientos básicos de sociología y antropología para comprender la organización de la comunidad. esto lo realizaron por medio de la asignatura de ciencias sociales aplicadas a la medicina. En esta, se plantea que el estudiante adquirirá el conocimiento de la persona y la comunidad en relación con su entorno para comprender la dimensión individual y social de interrelación del hombre con su realidad socio cultural. (24)



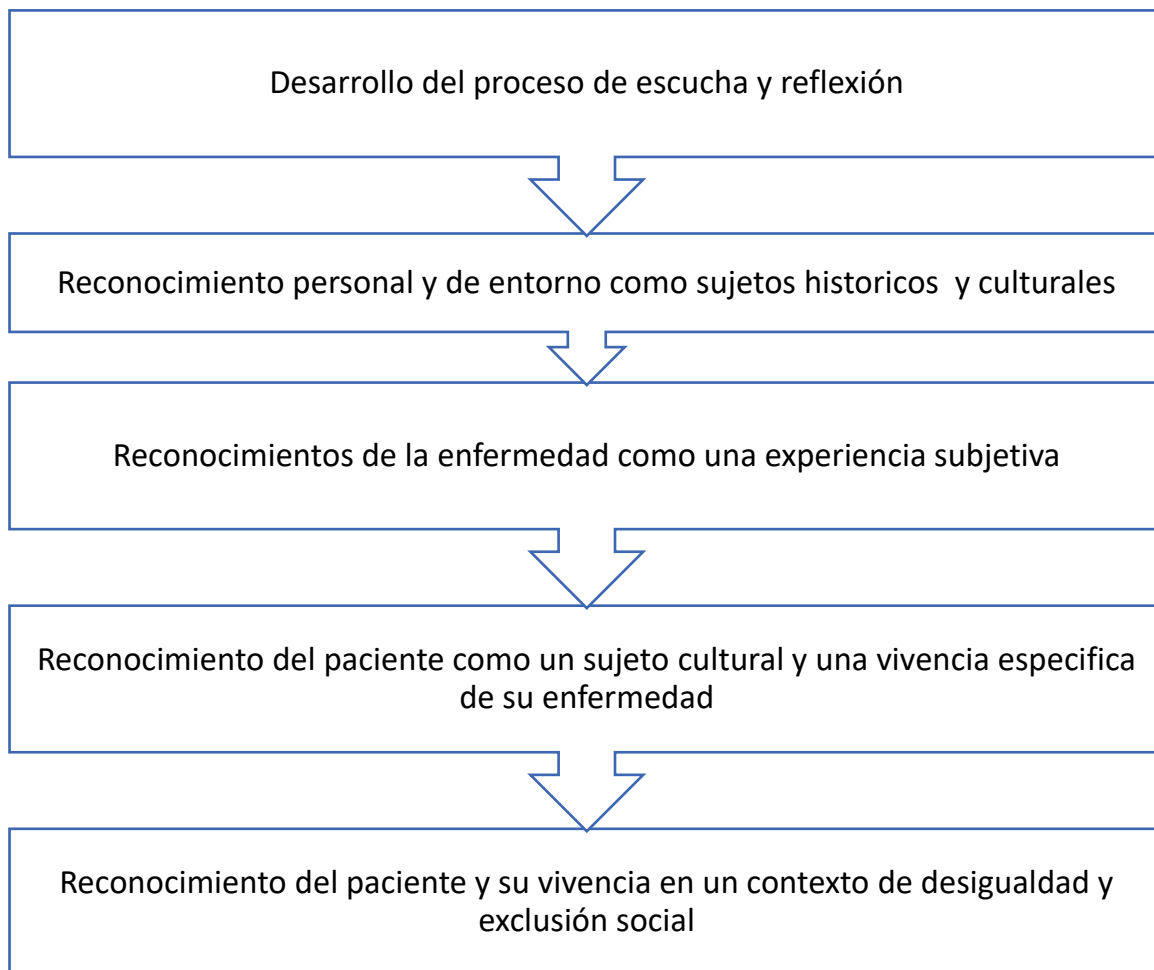
**Figura 6: Capacidades a desarrollar en la competencia intercultural.** En base a lo descrito por Murillo. (24) (2015) Creación propia Bustamante, E. (2022)



Para dicha incorporación lo realizan por medio de la aplicación experiencias de aprendizaje práctica, estas buscan cumplir con el objetivo de formar y reforzar la interculturalidad, se destaca de la Tabla 5, los síndromes culturales, en los cuales es estudiante será capaz de reconocer los elementos que lo componen, donde dichos síndromes destacan, por la particularidad de ser enfermedades o dolencias restringidas a un grupo cultural, siendo un ejemplo de estos el popular “empacho”. (36)

Por otro lado, dicho proceso no es algo simple de realizar, Murillo describe que es sumamente complejo, por la oposición occidente-andino-amazónico, además de agregarse el proceso de urbanización y articulación local-regional-global, esto asociado a un proceso de transformación del sistema de salud y del trabajo médico, en los cuales deberá producirse un cambio, de símbolos y jerarquías lo que otorgará nuevas relaciones entre la salud pública y la sociedad. (24)

En la figura 7, se observa el proceso en el que se orienta la enseñanza intercultural, lo cual permitirá el desarrollo del profesional de salud, esto apuntando al logro de competencias básicas y la resolución de problemas derivados de dichas competencias. Incluido a esto, en la tabla 5, se presentan diferentes contenidos teóricos, los cuales se relacionarán de forma directa con el desarrollo de la competencia cultural mencionada en capítulos anteriores, (24) donde se denota la búsqueda de comprender la individualidad del paciente y como se verá afectado su proceso salud-enfermedad-recuperación. Además permite establecer estrategias para conseguir la salud intercultural, en donde esta presenta 2 niveles de expresión, uno de esto siendo el de las acciones y actividades que materializan la interacción entre medicinas y otro el de la cultura que sustenta los modelos médicos en interacción, esto siendo relatado en el artículo titulado Salud intercultural: elementos para la construcción de sus bases conceptuales.(22) Esto estando ligado de forma directa a lo aplicado en la Universidad de San Fernando.



**Figura 7: Diseño del proceso de experiencias de aprendizaje relacionadas con la “Gestión de la otredad”.** Asignatura Ciencias Sociales y Realidad Nacional 2011-2013. Facultad de Medicina- UNMSM. Tomado y Adaptado de (Murillo, 2015) (24)

Por otro lado, la situación en Chile no se encuentra lejana a la búsqueda de formar profesionales con una mirada intercultural, así se evidencia en la Universidad Católica del Norte, donde se realizó el estudio de la situación del desarrollo de las competencias interculturales en estudiantes de la Facultad de Medicina. Esto fue realizado por medio de estudios cualitativos y cuantitativos, se presenta en la tabla 6, un resumen de los estudios cuantitativos, en la tabla 7, se encuentra la interpretación del puntaje (37)

**Tabla 5: Articulación de contenidos y experiencias de aprendizaje orientadas al logro de competencias interculturales en los alumnos de medicina del primer año.** Asignatura de ciencias sociales y realidad nacional. 2011-2013. Facultad de Medicina. UNMSM. Tomado y adaptado de (Murillo, 2015) (24)

| <i>Contenidos teóricos relacionados</i>                         | <i>Objetivo Instruccional</i>   |
|---|---|
| <i>La enfermedad y la medicina como un hecho socio-cultural</i> | Desarrollar en el alumno un proceso de reflexión interna y escucha de semejantes  |
| <i>Las determinantes sociales de la salud</i>                   | Reconocer en nuestro entorno diversas expresiones de los determinantes sociales de la salud                                       |
| <i>La enfermedad como experiencia subjetiva</i>                 | Reconocer el sufrimiento como experiencia subjetiva de quien padece un problema de salud relacionado a los determinantes sociales |
| <i>Interculturalidad en salud</i>                               | Reflexionar acerca del impacto que tiene la cultura biomédica en la comprensión de la problemática de nuestros pacientes          |
| <i>Los síndromes culturales</i>                                 | El estudiantes inicia reconocimiento de los elementos que componen un síndrome cultural y sus expresiones en la realidad          |
| <i>Derechos humanos y salud.</i>                                | El estudiante reconoces los diversos aspectos sociales asociados a una enfermedad específica.                                     |

**Tabla 6: Dimensiones estudiadas y el puntaje medio obtenido.** En base a los expuesto por Veliz, L. Bianchetti, A. en su estudio de la situación del desarrollo de competencias interculturales en estudiantes de la facultad de medicina en la universidad del norte. (2021) (37) Creación propia. Bustamante E. (2022).

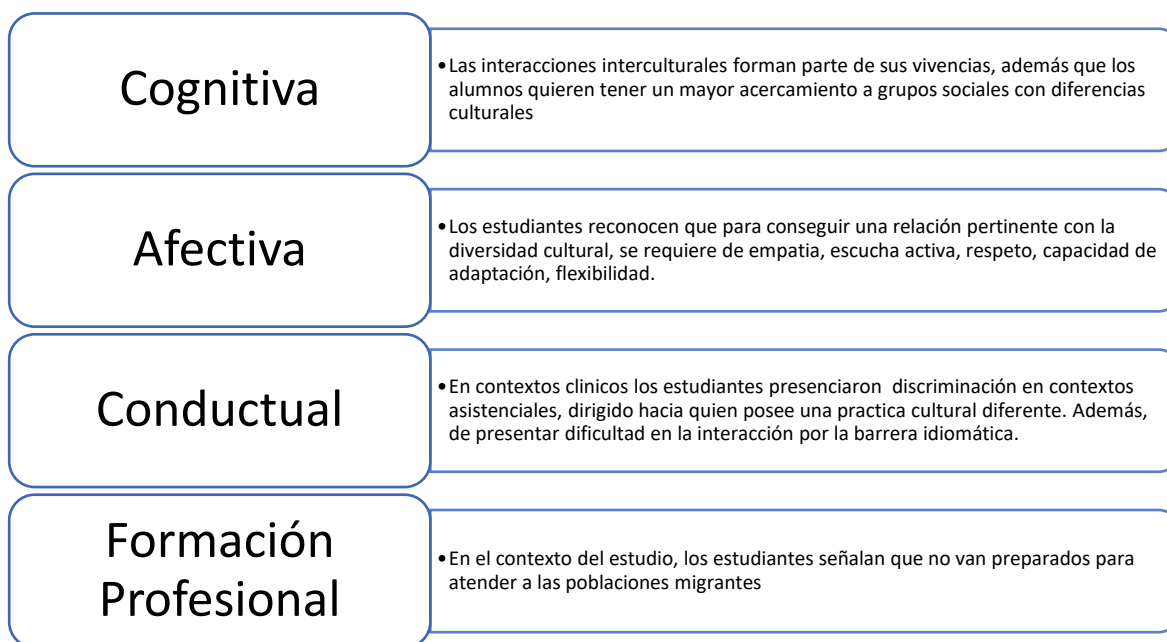
| <i>Dimensión estudiada</i>   | <i>Media Obtenida un máximo de 5 puntos</i> |
|------------------------------|---|
| <i>Cognitiva</i>             | 2,6   |
| <i>Afectiva</i>              | 3,8   |
| <i>Conductual</i>            | 4,0   |
| <i>Formación Profesional</i> | 2,3   |

Al analizar los resultados, se aprecia que la entrevista cuantitativa, se aprecia que estos se encontraban de acuerdo con las afirmaciones, estas trataron respecto de las actividades conductuales que presentaron los estudiantes, donde reflejaron mayoritariamente

que estos se adecuaban a la competencia intercultural, mediante sensibilidad cultural (27), además, de evidenciar existencia de una base intercultural firme. (24) (37)

**Tabla 7: Interpretación del puntaje obtenido en el estudio.** En base a los expuesto por Veliz, L. Bianchetti, A. en su estudio de la situación del desarrollo de competencias interculturales en estudiantes de la facultad de medicina en la universidad del norte. (2021) (37) Creación propia. Bustamante E. (2022).

| <i>Puntaje Asignado</i> | <i>Descripción respecto de la afirmación</i> |
|-------------------------|--|
| 1                       | Muy en desacuerdo                            |
| 2                       | En desacuerdo                                |
| 3                       | Ni en desacuerdo/ ni en acuerdo              |
| 4                       | De Acuerdo                                   |
| 5                       | Muy en acuerdo                               |



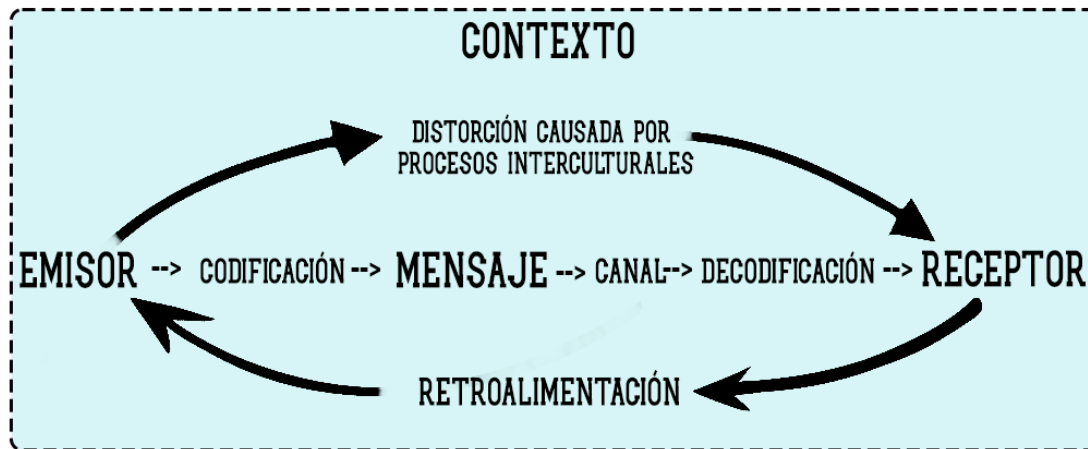
**Figura 8: Resumen resultados entrevista cualitativa.** En base a los expuesto por Veliz, L. Bianchetti, A. en su estudio de la situación del desarrollo de competencias interculturales en estudiantes de la facultad de medicina en la universidad del norte. (2021) (37) Creación propia. Bustamante E. (2022).

No obstante, al compararlo con la misma dimensión, pero en el área cualitativa, se aprecia una clara falta de competencias culturales, esto evidenciándose en la figura 8, en la cual, el personal de salud es el principal agente que no se encontró preparado, discriminando a las personas de diferentes sectores culturales esto sucediendo en los hospitales a los cuales fueron enviados los estudiantes durante sus prácticas clínicas. (37)

Con esto, denotando aún más, la problemática expuesta en el capítulo II “modelo de atención en salud dirigidos a usuarios atendidos en APS”, donde se expresa que el principio de centrado en el usuario está siendo transgredido, puesto que el paciente está siendo discriminado por su barrera idiomática. (11)(13)(14) En esta misma arista, uno de los factores que potencia la barrera lingüística, según relatado por Veliz y Bianchetti:

*“La barrera lingüística como una “excusa” para no interesarse por la diversidad cultural, señalando que este desinterés se fundaría principalmente en la falta de empatía, la que no permitiría motivar el interés por conocer el otro distinto”*

Bajo esta misma línea, la barrera lingüística solamente se puede considerar como un desinterés por parte del personal de salud, puesto que los mismos presentan como deber por las regulaciones de la ley de derechos y deberes,(13) entregar la información oportuna, para esto se requiere una flexibilidad conductual, tratada por Sanhueza et al en el año 2012,(38) donde relata que no necesariamente conocer la lengua del paciente intercultural, asegura un encuentro comunicativo eficaz, por lo que se debe adecuar el lenguaje para adaptarse a comportamientos diferentes, enfocándose en romper la distorsión de la comunicación, observándose gráficamente la forma de comunicar en la figura 9, el cual será el contexto al que se verán enfrentados los procesos comunicativos. (39)



**Figura 9: Modelo de comunicación intercultural.** Tomado y adaptado de Nunez, C. Nunez, R. Popma, L. (2017) Intercultural Sensitivity. (39)

Tomando como base, el contexto de la comunicación intercultural, además considerando lo expuesto en el estudio “situación del desarrollo de competencias interculturales en estudiantes de la facultad de medicina de la universidad católica del norte, Chile” (37) donde se declara:

*“Las prácticas clínicas fueron las principales actividades académicas que permitieron a los estudiantes interactuar con grupos culturalmente diversos, especialmente desde la atención primaria”*

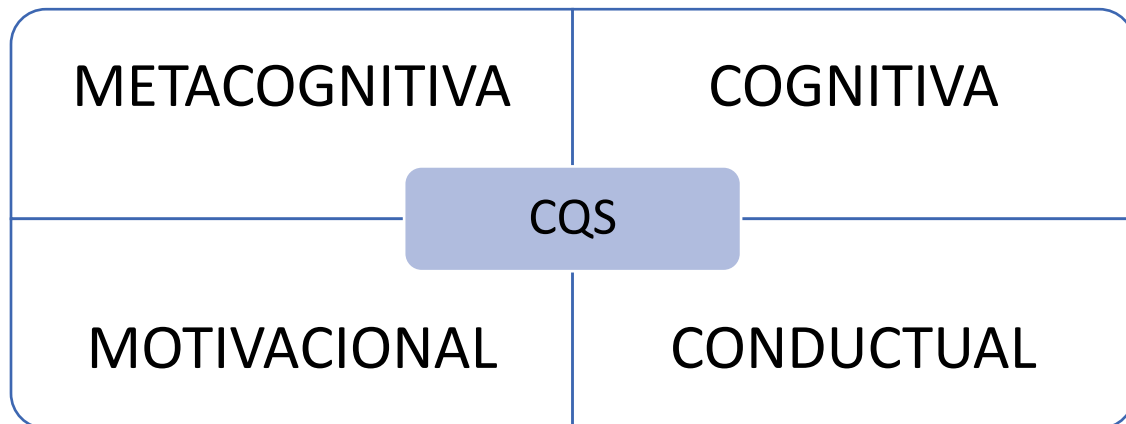
Con esto permitiendo instaurar, que el desarrollo de la competencia intercultural no necesariamente tiene que encontrarse marginada a la formación de pregrado o programas de certificación, sino más bien la misma puede llegar a ser desarrollada por medio de interacción socio-cultural que sucede en establecimientos APS.

Si bien, la intencionalidad principal para incorporar la competencia intercultural, para con esto conseguir una salud intercultural (22), recae en el área salud, es pertinente estudiar las incorporaciones y/o formas de aplicar la competencia cultural en otros sectores, los cuales de igual manera se encuentran relacionados intrínsecamente con este fenómeno de interculturalidad el cual se ha potenciado en la última década en Chile. (2)

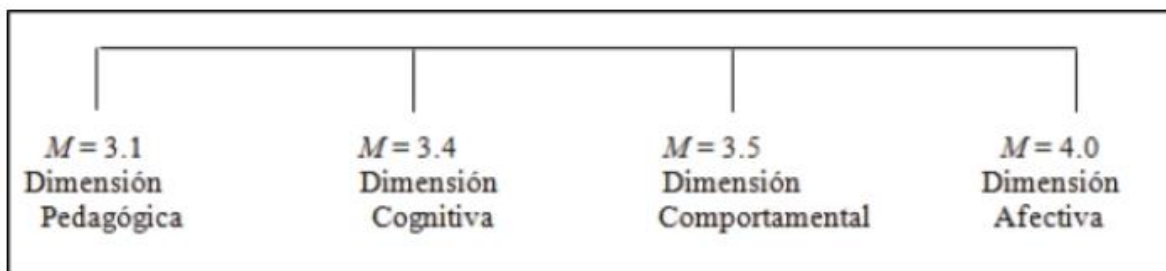
Una arista importante en la competencia intercultural (24), recaen en lo mencionado en el artículo “Competencias comunicativas interculturales en la formación inicial docente: el caso de tres universidades regionales de Chile”, en el cual su objetivo es conocer habilidades cognitivas, afectivas y comportamentales, en estudiantes de carreras de Pedagogía en educación parvularia y educación básica. (40)

Un instrumento importante para el estudio de la competencia intercultural, corresponde al *The cultural intelligence scale*, este admite la medición de las capacidades que presenta un individuo para comprender, actuar y administrar de forma efectiva entornos culturalmente diversos, por medio de la medición de la inteligencia cultural (41), en la figura 10, se pueden apreciar las dimensiones abordadas principalmente por el instrumento, no obstante, según las necesidades de cada estudio, estas son adaptadas, pudiéndose incorporar alguna dimensión o eliminar otra.

En este estudio en cuestión, se consideraron 4 dimensiones a estudiar, donde según los resultados del primer análisis global, presentes en la figura 11, presentaron una dimensión más desarrollada, está siendo la dimensión afectiva. (40) En contraste con la dimensión pedagógica, la cual se encontraba en un menor desarrollo, lo que supone una falta en formas de enseñar por medio de un currículo culturalmente diverso. Esta dimensión al ser estudiada en las 3 universidades, considerando estudiantes de los últimos años de carrera y que los mismos deberían presentar ciertas competencias interculturales, como ya fue mencionado anteriormente, fue la menos desarrollada, pudiendo observarse la descripción de esta dimensión en la Tabla 8.



**Figura 10: Dimensiones a estudiar en *The cultural intelligence scale*.** En base a datos obtenidos de Gozzoli C, Gazzaroli D. (2018) (41) Creación propia. Bustamante, E. (2022).



**Figura 11: Medias obtenidas en las respuestas de los estudiantes universitarios por dimensión.** Tomada de Sanhueza et al (2016) (40)



**Tabla 8: Descripción de la dimensión pedagógica.** Tomada de Sanhueza et al (2016) (40)

| Dimensión pedagógica  | %   |     |           |           |     |           |           |
|---|-----|-----|-----------|-----------|-----|-----------|-----------|
|   | M   | DT  | MD        | D         | NAD | DA        | MA        |
| <b>En mi formación pedagógica he recibido conocimiento teórico sobre la competencia comunicativa intercultural</b>                            |     |     |           |           |     |           |           |
| <i>Toda la muestra</i>  | 2.8 | 1.3 | <u>18</u> | <u>26</u> | 20  | 26        | 10        |
| Universidad región del Bío-Bío  | 2.5 | 1.2 | <u>24</u> | <u>32</u> | 17  | 22        | 5         |
| Universidad región del Maule  | 2.9 | 1.2 | <u>14</u> | <u>27</u> | 22  | 28        | 9         |
| Universidad región La Araucanía   | 3.1 | 1.3 | <u>17</u> | <u>19</u> | 20  | 27        | 16        |
| <b>En mi formación pedagógica he recibido herramientas metodológicas para trabajar la multiculturalidad</b>                                   |     |     |           |           |     |           |           |
| <i>Toda la muestra</i>  | 3.1 | 1.3 | 13        | 24        | 12  | 37        | 14        |
| Universidad región del Bío-Bío  | 2.5 | 1.2 | 25        | 31        | 14  | 23        | 6         |
| Universidad región del Maule  | 3.2 | 1.2 | 11        | 25        | 10  | 40        | 13        |
| Universidad región La Araucanía   | 3.7 | 1.0 | 4         | 14        | 13  | <u>46</u> | <u>23</u> |
| <b>En mi formación pedagógica he recibido estrategias para establecer relaciones afectivas en situaciones de diversidad cultural</b>          |     |     |           |           |     |           |           |
| <i>Toda la muestra</i>  | 3.2 | 1.2 | 11        | 23        | 18  | 36        | 13        |
| Universidad región del Bío-Bío  | 2.6 | 1.2 | 19        | 32        | 18  | 25        | 5         |
| Universidad región del Maule  | 3.3 | 1.1 | 9         | 21        | 16  | <u>44</u> | <u>10</u> |
| Universidad región La Araucanía   | 3.5 | 1.1 | 5         | 15        | 22  | 34        | 23        |
| <b>En mi formación pedagógica he recibido conocimiento acerca del contexto sociocultural de mis futuros estudiantes</b>                       |     |     |           |           |     |           |           |
| <i>Toda la muestra</i>  | 3.5 | 1.1 | 7         | 19        | 12  | 46        | 17        |
| Universidad región del Bío-Bío  | 2.9 | 1.3 | 18        | 23        | 13  | 35        | 11        |
| Universidad región del Maule  | 3.5 | 1.1 | 3         | 23        | 10  | 48        | 15        |
| Universidad región La Araucanía   | 3.9 | 0.8 | 0         | 8         | 14  | <u>52</u> | <u>25</u> |
| <b>En mi formación pedagógica he recibido herramientas para planificar experiencias de aprendizaje para estudiantes de diversas culturas</b>  |     |     |           |           |     |           |           |
| <i>Toda la muestra</i>  | 2.9 | 1.3 | <u>16</u> | <u>26</u> | 15  | 31        | 13        |
| Universidad región del Bío-Bío  | 2.4 | 1.2 | <u>24</u> | <u>36</u> | 17  | 17        | 6         |
| Universidad región del Maule  | 3.1 | 1.3 | <u>14</u> | <u>24</u> | 11  | 36        | 14        |
| Universidad región La Araucanía   | 3.3 | 1.2 | <u>9</u>  | <u>18</u> | 19  | <u>37</u> | <u>17</u> |
| <b>En mi formación pedagógica he recibido experiencias de vinculación en contextos multiculturales (prácticas pedagógicas)</b>                |     |     |           |           |     |           |           |
| <i>Toda la muestra</i>  | 3.1 | 1.3 | 13        | <u>27</u> | 13  | 30        | 18        |
| Universidad región del Bío-Bío  | 2.5 | 1.2 | 23        | <u>35</u> | 13  | 20        | 9         |
| Universidad región del Maule  | 3.3 | 1.2 | 8         | <u>27</u> | 12  | 37        | 16        |
| Universidad región La Araucanía   | 3.5 | 1.3 | 9         | <u>20</u> | 13  | 28        | 29        |
| <b>En mi formación pedagógica he recibido herramientas para adaptar las evaluaciones a diferentes contextos culturales de los estudiantes</b> |     |     |           |           |     |           |           |
| <i>Toda la muestra</i>  | 3.1 | 1.3 | 16        | 22        | 9   | 40        | 13        |
| Universidad región del Bío-Bío  | 2.4 | 1.3 | <u>34</u> | <u>26</u> | 9   | 26        | 5         |
| Universidad región del Maule  | 3.3 | 1.2 | 10        | 20        | 9   | <u>47</u> | <u>13</u> |
| Universidad región La Araucanía   | 3.5 | 1.1 | 4         | 20        | 10  | <u>45</u> | <u>20</u> |

Al considerar esto, se sobre entiende, que el poco desarrollo de la competencia intercultural es una problemática global, la cual ya viene siendo abordada desde 1970 en parte de Europa, en este caso en específico en España, debido a esto es meritorio observar los ejemplos del antiguo mundo, para aplicarlos a la realidad a la que enfrenta Chile.

Incluyéndose a esto se encuentra ampliamente se ha reportado el uso de la Escala de inteligencia intercultural (CQS), la cual se modifica según los requerimientos o necesidades del estudio en cuestión, en el capítulo V. Integración de competencias interculturales en la formación académica de estudiantes en casas de estudio nacionales e internacionales, se evidencio el uso de esta herramienta en 3 situaciones diferentes, Murillo (24) la utilizó en una forma teórica, buscando obtener datos cualitativos por sobre los cuantitativos, en la universidad de San Fernando, en Perú.

Veliz L. et Al, (37) también utilizaron dicha herramienta, no obstante, estos la enfocaron en ámbitos cualitativos y cuantitativos en la carrera de medicina en la universidad del norte, la versión cualitativa de la misma fue una reinterpretación del CQS.

Por otro lado, el ejemplo de uso a nivel nacional más fidedigno que se reporta en el capítulo mencionado corresponde al estudio realizado por Sanhueza et Al (40), donde aplicaron la una adaptación al español de la encuesta solo cambiando algunos enfoques, lo cual permitió estudiar la situación intercultural de 3 universidades ubicadas en las regiones del Bio-Bio, Maule y Araucanía.

Si bien, dicha herramienta permite el cambio de ciertas dimensiones, la herramienta en si admite la medición de las dimensiones nombradas en la figura 10, además se presenta la herramienta misma en la figura 12, aunque esta se encuentre en inglés, es necesario para aplicar esta encuesta un profesional, nativo de habla inglesa calificado para traducirla al

español, sin perder el sentido de la herramienta misma, puesto que Gozzoli et Al, en su estudio la utilizó en Italiano y describe la necesidad de un traductor nativo, puesto que la coherencia de la misma herramienta es compleja. (41)

| Factor                   | Item English version  |
|--------------------------|---|
| Metacognitive CQ 4 items | <ul style="list-style-type: none"> <li>- I am conscious of the cultural knowledge I use when interacting with people with different cultural backgrounds.</li> <li>- I adjust my cultural knowledge as I interact with people from a culture that is unfamiliar to me.</li> <li>- I am conscious of the cultural knowledge I apply to cross-cultural interactions.</li> <li>- I check the accuracy of my cultural knowledge as I interact with people from different cultures.</li> </ul>                   |
| Cognitive CQ 6 items     | <ul style="list-style-type: none"> <li>- I know the legal and economic systems of other cultures.</li> <li>- I know the rules (e.g., vocabulary, grammar) of other languages.</li> <li>- I know the cultural values and religious beliefs of other cultures.</li> <li>- I know the marriage systems of other cultures.</li> <li>- I know the arts and crafts of other cultures.</li> <li>- I know the rules for expressing non-verbal behaviors in other cultures.</li> </ul>                               |
| Motivational CQ 5 items  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- I enjoy interacting with people from different cultures.</li> <li>- I am confident that I can socialize with locals in a culture that is unfamiliar to me.</li> <li>- I am sure I can deal with the stresses of adjusting to a culture that is new to me.</li> <li>- I enjoy living in cultures that are unfamiliar to me.</li> <li>- I am confident that I can get accustomed to the shopping conditions in a different culture.</li> </ul>                       |
| Behavioral CQ 5 items    | <ul style="list-style-type: none"> <li>- I change my verbal behavior (e.g., accent, tone) when a cross-cultural interaction requires it. I use pause and silence differently to suit different cross-cultural situations.</li> <li>- I vary the rate of my speaking when a cross-cultural situation requires it.</li> <li>- I change my non-verbal behavior when a cross-cultural situation requires it.</li> <li>- I alter my facial expressions when a cross-cultural interaction requires it.</li> </ul> |

**Figura 12: Herramienta para la medición de las competencias culturales: *The cultural intelligence scale*.** Tomanda de Gozzoli C, Gazzaroli D. (2018) (41)

En conjunto a estos estudios, se concientiza el concepto de salud e interculturalidad, generando una nueva arista de estos mismos, ya que por sí solos, definen dos situaciones que por significado se contraponen, no obstante, en su fondo, ambas se interrelacionan

mutuamente, donde salud corresponde al estado de bienestar del ser orgánico en todas sus funciones (43, 44) y por otro lado, interculturalidad se interpreta como la presencia e interacción de varias culturas (18). Con esto demostrando, que por definición, no están en la misma arista, sin embargo, la salud definida por la OMS, abarca la necesidad de un completo bienestar social (43), donde este último puede ser comprendido por múltiples dimensiones, evidenciadas en la tabla 9, donde en conjunta abordan lo definido por Keyes(45) como :

*“la valoración que hacemos de las circunstancias y el funcionamiento dentro de la sociedad”*

De esta forma es posible comprender que la salud en su definición misma ya conlleva a la necesidad de establecer un enfoque intercultural, sin necesidad de mencionar al mismo en esta, debido a que, si se considera tal como lo planteo Aristóteles, el humano corresponderá a un ser social (46), el cual se relaciona con varias culturas, esto viéndose reflejado en procesos mundiales, que han hecho interactuar a personas de diferentes etnias y culturas.

Considerando lo anterior, para que en este caso los pacientes gocen un estado de plena salud, se requiere la interacción social y que esta misma abarque las diferentes dimensiones sociales nombradas en la tabla 9, más específicamente, la aceptación, la cual motivara a un estado de salud mental optimo, según lo mencionado por Blanco en El bienestar social: su concepto y medición.

**Tabla 9: Dimensiones del bienestar social.** En base a datos obtenidos de Blanco (2005) (45)  
Creación propia. Bustamante, E. (2022)

| <i>Dimensión social</i> | <i>Definición</i>  |
|-------------------------|--|
| <i>Integración</i>      | Evaluación de la calidad de las relaciones que se mantienen con la sociedad y con la comunidad   |
| <i>Aceptación</i>       | Estar y sentir pertenencia a un grupo o comunidad, en la cual dicha pertinencia debe disfrutar de confianza, aceptación.                           |
| <i>Contribución</i>     | Un miembro vital de la sociedad que tiene algo útil que ofrecer al mundo, también entendido como aportación al bien común                          |
| <i>Actualización</i>    | La sociedad y quienes la conforman son entes dinámicos y se mueven en determinadas situaciones con el fin de conseguir metas                       |
| <i>Coherencia</i>       | La percepción de la cualidad, organización y funcionamiento del mundo social, e incluye la preocupación por enterarse de lo que ocurre en el mundo |

Si bien el concepto de salud intercultural en Chile,(5, 22) ya ha existido como tal, este no refleja la totalidad del paradigma, puesto que, su enfoque principal recae en la población perteneciente a etnias originarias (5, 22), en las cuales se destaca la participación mapuche, principalmente en la región de la Araucanía (IX) (47), esto evidenciándose en un estudio realizado por Alarcón en el 2004, donde expone los principales requerimientos para la existencia de una política intercultural, por medio de la apreciación de usuarios mapuches y equipos de salud pertenecientes a la misma región.

En base a lo anterior y considerando que existen planificaciones que consideran la necesidad de la implementación de una salud intercultural, se destaca el siguiente estudio realizado durante el 2004, en el cual se buscó recoger la opinión de proveedores y usuarios mapuches hacia una política de salud que otorgue atención culturalmente apropiada a la población mapuche de la IX región. (47) Analizando, la necesidad y justificación de la política, esto se aplicó por medio de encuestas, donde estas midieron: las condiciones para la política de salud, evidenciada en la tabla 10, el concepto de la salud intercultural, evidenciada en la tabla 11, elementos constituyentes de una política de salud intercultural, evidenciada en la tabla 12, elementos de gestión en política de salud intercultural.

**Tabla 10: Condiciones para la política de salud.** Tomada de Alarcón et Al (2004) (47)

| Condiciones                               | Usuario |           |     | Proveedor |           |     | P    |
|---|---------|-----------|-----|-----------|-----------|-----|------|
|   | Moda    | $\bar{x}$ | DS  | Moda      | $\bar{x}$ | DS  |      |
| Necesidad de una política                 | 5       | 4,1       | 1,1 | 2         | 2,6       | 1,3 | 0,00 |
| Acceso del usuario al sistema de atención | 5       | 3,9       | 1,2 | 2         | 2,9       | 1,4 | 0,00 |

**Tabla 11: Concepto de la salud intercultural.** Tomada de Alarcón et Al (2004) (47)

| Concepto de Salud Intercultural        | Usuario |           |     | Proveedor |           |     | P    |
|--|---------|-----------|-----|-----------|-----------|-----|------|
|  | Moda    | $\bar{x}$ | DS  | Moda      | $\bar{x}$ | DS  |      |
| Integrar prácticas de medicina mapuche | 5       | 4,2       | 0,9 | 2         | 4,0       | 0,9 | 0,11 |
| Incorporar agentes tradicionales       | 5       | 3,5       | 1,3 | 4         | 3,2       | 1,2 | 0,08 |
| Incorporar lengua mapuche              | 5       | 4,2       | 0,9 | 4         | 3,2       | 1,2 | 0,00 |
| Atención preferencial                  | 5       | 3,8       | 1,2 | 2         | 2,5       | 1,2 | 0,00 |
| Uso de facilitador intercultural       | 5       | 4,6       | 0,6 | 5         | 4,2       | 1,0 | 0,00 |

**Tabla 12: Elementos constituyentes de una política de salud intercultural.** Tomada de Alarcón et Al (2004) (47)

| Categoría          | Proveedor<br>% | Usuario<br>% | p     |
|--------------------|----------------|--------------|-------|
| Conocimiento       | 93,75          | 93,73        | 0,498 |
| Respeto            | 79,69          | 90,23        | 0,975 |
| Actitud            | 93,75          | 95,24        | 0,676 |
| Derivación         | 39,06          | 64,91        | 0,999 |
| Agente tradicional | 34,38          | 74,44        | 1,000 |
| Espacio mapuche    | 35,94          | 50,63        | 0,986 |
| Ceremonias         | 39,06          | 54,64        | 0,989 |

Para las encuestas realizadas se utilizó una escala de 1 a 5, donde 5 correspondía a totalmente de acuerdo y 1 correspondía a totalmente en desacuerdo.

Tras analizar la tabla 10, se aprecia que quienes buscaban y requerían una política de salud con orientación intercultural, correspondían principalmente a usuarios pertenecientes a etnias mapuches, contrastados con los proveedores de servicios de salud, los cuales denotaban un claro desacuerdo en dicha necesidad. Lo cual es contrastante, con lo evidenciado por MINSAL donde la misma buscaba abordar en el MAIS un sistema de salud, con servicios acordes a las necesidades de los pueblos originarios y respetando la diversidad cultural de estos. (10)

En contraste a lo anterior, los proveedores de salud se encontraron de acuerdo en la necesidad de un facilitador intercultural, encontrándose estos resultados en la tabla 11, donde es definido por el hospital de higuera, de Talcahuano como el agente cuya misión principal es: convertirse en un comunicador entre dos sistemas culturales y de salud diferentes, para satisfacer tanto las necesidades de salud de usuarios como las necesidades de los equipos. (48)

Si bien, todos los otros conceptos de salud intercultural presentan diferencias en la atención preferencial y el uso de medicina mapuche dentro del recinto, se evidencia una clara búsqueda de integrar competencias interculturales.

De los elementos que constituyen una política intercultural, los proveedores en amplia mayoría se encontraron de acuerdo en conocer, respetar y tener actitud frente a las costumbres mapuches, evidenciado en la tabla 12, sin embargo, en los apartados de derivación, agente tradicional, espacio mapuche y ceremonias, se encontraron ampliamente en desacuerdo.

Con relación a la gestión, los proveedores se encontraron ampliamente en desacuerdo en el ámbito referente a la autogestión, si se considera la definición de autogestión (49) como:

*“los profesionales asumen la plena capacidad y responsabilidad jurídica para gestionar los recursos de que disponen de manera autónoma, asumiendo el riesgo derivado de una actuación deficiente”*

Los proveedores de salud, no se encontraban de acuerdo, en delegar situaciones de salud interculturales, a actividades medicinales en este caso mapuches, puesto que a lo largo de su historia su medicina se destaca por el uso de hierbas naturales y se acompaña con ritos, ceremonias, melodías y danzas propias de la cultura (50). Por ende, si bien existen padecimientos o síndromes culturales (36) que pueden llegar a ser remediados por el uso de herbolaria, como es el caso del “empacho”, que ampliamente en Chile fue tratado con infusiones de la hierba “manzanilla” (51), existen otros casos, donde la infusión de hierbas conseguirá nulo efecto.

Finalmente, del estudio se aprecia que los proveedores de salud presentaron un desacuerdo en los ámbitos de falta de voluntad, indiferencia de equipos de salud y



discriminación, la principal razón por la cual existe un desacuerdo se debe a las normativas en las que se rigen los equipos de salud, puesto que los mismos, no actúan como ya fue mencionado en capítulos anteriores, por “buena voluntad”, sino que sus actividades a nivel de interacción con pacientes se encuentran mediadas por el MAIS (10), los principios irrenunciables de atención en salud, identificados en la figura 2 y por la ley de derechos y deberes (13), donde estas, en conjunto con una buena praxis, supondrán que estos 3 puntos como tal ya no son un desafío regional, debido a que al ejercer a nivel APS, es necesario guiar la conducta y la “voluntad” bajo estas normativas nombradas anteriormente.

## CONCLUSIÓN

Es destacable el actuar de las políticas chilenas respecto a las situaciones de migración, si bien de forma popular se menciona la existencia de una migración desmedida hacia el país durante la última década, se ha estandarizado el flujo de migrantes, no negándoles su acceso a la atención de salud y otras necesidades básicas, sino más bien, otorgándoles protección y formas de mantención. El flujo de migrantes actual se da post expulsiones efectivas, teniendo actualmente un número mayoritario de personas pertenecientes a países como Haití y Venezuela, sin embargo, esto no implica que ellos sean los últimos, sino que presenta una posibilidad de un nuevo fenómeno de recambio de migrantes. Respecto de la atención en salud, de los actuales migrantes estos se atendieron mayoritariamente en el sector primario de salud, no obstante, su atención fue deficiente en atenciones que contemplaran GES, denotando una falla a este sistema, esto siendo a lo que apunta la necesidad del desarrollo de la competencia intercultural integra.

La competencia intercultural se ve amparada bajo el MAIS, ya que el mismo presenta como principios un trato de excelencia y una coherencia de los eventos que se relacionan con los cuidados del paciente, por lo cual los profesionales del área salud, presentan una base legal respecto a cómo actuar. Además de presentar por el MINSAL, que las atenciones interculturales deben ser acordes a las necesidades de quien la solicite. No obstante, se vuelve necesario la implementación de una competencia intercultural efectiva, puesto que frente a la existencia de reportes sobre discriminación del personal APS chileno, hacia pacientes migrantes, demuestra efectivamente la falencia de esta.

Se requiere la implementación de estrategias que permitan integrar dicha competencia, desde la formación académica en los alumnos del área salud, para realizarlo es recomendable el uso de una herramienta, la cual ha sido utilizada de forma transversal en diversos estudios corresponde a la “*The cultural intelligence scale*”, esta permite la medición por medio de escalas cuantitativas que tan desarrollada se encuentra la competencia cultural, también

nombrada como competencia intercultural, y así desarrollar a nivel nacional las vías de implementación de esta anterior. Puesto que un estudio realizado a estudiantes de pedagogía denotaba la falta de herramientas para enseñar en contextos interculturales, por otro lado, en estudiantes de medicina de la universidad católica del norte, identificaron que la principal actividad que les permite interactuar con grupos con diversidad cultural corresponde a las prácticas clínicas.

Finalmente, en la actualidad los profesionales del sector salud, no presentan la capacitación necesaria para otorgar una atención integral en áreas interculturales, sin embargo, es esperable que las próximas generaciones de profesionales del sector salud desarrollen la competencia intercultural, puesto que los últimos estudios denotan un desarrollo por parte de los estudiantes y una creciente preocupación por los profesores, no obstante, este tema es meritorio desarrollarlo con mayor extensión, en búsqueda de una implementación a nivel nacional, de un programa intercultural integral.

## BIBLIOGRAFÍA

1. OECD. OECD better life index. (online). Chile: <http://www.oecdbetterlifeindex.org/countries/chile/> [Consultado el 8 de junio, 2021].
2. Instituto nacional de estadísticas. (Marzo 2020). Estadísticas Migratorias. (online). Estimación de personas extranjeras residentes habituales en Chile al 31 de diciembre 2019, informe técnico: [https://www.ine.cl/docs/default-source/demografia-y-migracion/publicaciones-y-anuarios/migraci%C3%B3n-internacional/estimaci%C3%B3n-poblaci%C3%B3n-extranjera-en-chile-2018/estimaci%C3%B3n-poblaci%C3%B3n-extranjera-en-chile-2019-metodolog%C3%ADa.pdf?sfvrsn=5b145256\\_6#:~:text=Del%20total%20de%20peronas%20que,31%20de%20diciembre%20de%202019.](https://www.ine.cl/docs/default-source/demografia-y-migracion/publicaciones-y-anuarios/migraci%C3%B3n-internacional/estimaci%C3%B3n-poblaci%C3%B3n-extranjera-en-chile-2018/estimaci%C3%B3n-poblaci%C3%B3n-extranjera-en-chile-2019-metodolog%C3%ADa.pdf?sfvrsn=5b145256_6#:~:text=Del%20total%20de%20peronas%20que,31%20de%20diciembre%20de%202019.) [Consultado el 13 de junio, 2021]
3. Fundación servicio jesuita a migrantes (SJM). (2020). Migración en Chile. (online). Anuario 2019, un análisis multisectorial: <https://www.migracionenchile.cl/wp-content/uploads/2020/06/MIGRACION-EN-CHILE-V7.pdf> [Consultado el 8 de junio, 2021]
4. Departamento de extranjería y migración. (2021). (online). Nacionalización: <https://www.extranjeria.gob.cl/nacionalizacion/> [Consultado el 13 de junio, 2021]
5. FONASA. (Agosto 2019). (online). Estudio de migración en Fonasa, caracterización de la población migrante, 2018: <https://www.fonasa.cl/sites/fonasa/adjuntos/Caracterizaci%C3%B3n%20de%20la%20Poblaci%C3%B3n%20Migrante%20%E2%80%93%20A%3B%201o%202018;jsessionid=vtTTy8Ke3ed1p5I5bamikacJcFOVZ9V7yah23cEFYFppNDsLW11J!262310653!20855149:sApMaYxz9vZWZzTFglLgmNXvrluCBw6F> [Consultado el 14 de junio, 2021]
6. Ministerio de salud. (Enero 2019 ) (online). Salud del inmigrante: <https://www.minsal.cl/salud-del-inmigrante/> [Consultado el 13 de junio, 2021]
7. Ministerio de salud. (online) Guía de beneficios de fonasa para los trabajadores de la cultura: <https://www.cultura.gob.cl/wp-content/uploads/2017/07/guia-fonasa.pdf> [Consultado el 13 de junio, 2021]
8. Cabieses, B. Oyarte, M. Pedrero, V. Markkula, N. Flaño, J. (Diciembre 2016). IV congreso chileno de salud pública y IV de epidemiología. (online). Problemas de Acceso a atención de salud en Chile: análisis comparativo entre migrantes internacionales y población local: <https://saludinmigrantes.cl/wp-content/uploads/2019/03/22-Problemas-de-Acceso-a-atenci%C3%B3n-de-salud-en-Chile-An%C3%A1lisis-comparativo-entre-migrantes-internacionales-y-poblaci%C3%B3n-local.-2016.pdf> [Consultado el 12 de junio, 2021]
9. Ministerio de salud. (online). Política de salud de migrantes internacionales: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/09/2018.01.22.POLITICA-DE-SALUD-DE-MIGRANTES.pdf> [Consultado el 12 de junio, 2021]
10. Ministerio de salud. Modelo de atención en salud. (online). Modelo de atención integral de salud con enfoque familiar y comunitario:

- ssmso.cl/tmpArchivos/participacion/Escuelas/Sistema%20de%20Salud/Modelo%20de%20Atención%20en%20Salud%20Michel%20Velten.pdf [Consultado el 12 de junio, 2021]
11. Ministerio de Salud. (Online). Modelo de atención integran con enfoque familiar y comunitario en establecimientos de la red de atención de salud: <http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2016/03/18.pdf> [Consultado el 22 de Abril 2022]
  12. Ministerio de Salud . (2013). Dirigido a Equipos de Salud. (online). Orientaciones para la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/e7b24eef3e5cb5d1e0400101650128e9.pdf>. [Consultado el 06 de junio, 2021]
  13. Ministerio de Salud. (Online). Ley 20584, Regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud: <https://www.minsal.cl/sites/default/files/files/Ley%2020584%20Derechos%20y%20Deberes.pdf> [Consultado el 22 de Abril 2022]
  14. Derr AS. Mental Health Service Use Among Immigrants in the United States: A Systematic Review. *Psychiatr Serv.* 2016 Mar;67(3):265-74. doi: 10.1176/appi.ps.201500004. Epub 2015 Dec 15. PMID: 26695493; PMCID: PMC5122453.
  15. Ministerio de salud. (2006). Norma general administrativa N° 16. (online). Interculturalidad en los servicios de salud: <https://www.minsal.cl/sites/default/files/files/Norma%2016%20Interculturalidad.pdf> [Consultado el 13 de junio, 2021]
  16. Poblete, M. Goldstein, E. (Julio 2019) Asesoría técnica parlamentaria. (online). Políticas de salud intercultural en Chile: [https://obtienearchivo.bcn.cl/obtienearchivo?id=repositorio/10221/27514/1/BCN\\_Poblete\\_Políticas\\_de\\_Salud\\_Intercultural\\_en\\_Chile\\_final.pdf](https://obtienearchivo.bcn.cl/obtienearchivo?id=repositorio/10221/27514/1/BCN_Poblete_Políticas_de_Salud_Intercultural_en_Chile_final.pdf) [Consultado el 13 de junio, 2021]
  17. García-Huidobro D, Barros X, Quiroz A, Barría M, Soto G, Vargas I. Modelo de atención integral en salud familiar y comunitaria en la atención primaria chilena. *Revista Panamericana de Salud Pública* 2018;42.: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2018.v42/e160> [Consultado el 22 de Abril 2022]
  18. UNESCO. Diversidad de las expresiones culturales. (online). Interculturalidad: <https://es.unesco.org/creativity/interculturalidad> [Consultado el 13 de junio, 2021]
  19. Superintendencia de salud. Orientación en salud. (online). ¿Qué se considera una urgencia vital?: <http://www.supersalud.gob.cl/consultas/667/w3-article-2981.html> [Consultado el 12 de junio, 2021]
  20. Fonasa. Beneficios generales. (online). Ley de urgencia: <https://www.fonasa.cl/sites/fonasa/beneficiarios/ley-de-urgencia#qu-es-la-ley-de-urgencia-> [Consultado el 12 de junio, 2021]
  21. Ministerio de Salud. (Abril, 2006). (Online). Decreto con fuerza de ley 1: [https://www.supersalud.gob.cl/normativa/668/articles-2621\\_recurso\\_1.pdf](https://www.supersalud.gob.cl/normativa/668/articles-2621_recurso_1.pdf) [Consultado el 23 de abril 2022]

22. Alarcón M Ana M, Vidal H Aldo, Neira Rozas Jaime. Salud intercultural: elementos para la construcción de sus bases conceptuales. Rev. méd. Chile [Internet]. 2003 Sep [citado 2022 Abr 23] ; 131( 9 ): 1061-1065. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872003000900014&lng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872003000900014&lng=es). <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872003000900014>.
23. M. Chaib Akhdim. Septiembre 2005. (Online) .Educación Médica. Interculturalidad y formación en ciencias de la salud.: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1575-18132005000400007](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1575-18132005000400007) [Consultado el 12 de Julio, 2021]
24. Murillo, J. (2015). An. Fac. med. Vol.76 no.spe Lima 2015. (Online). Construcción de competencias interculturales para el desarrollo de una propuesta de experiencias de aprendizaje para alumnos de primer año de medicina: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1025-55832015000100010](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832015000100010) [Consultado el 12 de Julio, 2021]
25. OMS. (Diciembre, 2017). (Online) Salud y Derechos humanos: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health#:~:text=Todas%20las%20personas%20deben%20poder,legislaci%C3%B3n%2C%20pr%C3%A1ctica%20o%20pol%C3%ADtica%20discriminatoria>. [Consultado el 23 de Abril 2022]
26. Osorio, M. B. López, A. L. (2008). Index de Enfermería. (Online). Competencia cultural en salud: necesidad emergente en un mundo globalizado: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962008000400010](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962008000400010) [Consultado el 13 de Julio, 2021]
27. Marrero, C. (Agosto, 2013). Revista de Enfermería. (Online). Competencia Cultural. Enfoque del modelo de Purnell y Campinha-Bacote en la práctica de los profesionales sanitarios: <http://www.index-f.com/ene/7pdf/7202.pdf> [Consultado el 13 de Julio, 2021]
28. Chepo, M. Astorga, S. Cabieses, B. (Septiembre 9, 2019). Rev Panam Salud Publica. (Online) Atención inicial de migrantes en Chile: iniciativa en atención primaria de salud a un año de su implementación: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6727864/> [Consultado el 13 de Julio, 2021]
29. Bernales, M. Cabieses, B. McIntyre, A. Chepo, M. (Junio 2017). Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica. (Online). Desafíos en la atención sanitaria de migrantes internacionales en Chile: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-46342017000200002](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342017000200002) [Consultado el 13 de Julio, 2021]
30. Bernales, M. Pedrero, V. Obach, A. Pérez, C. (Marzo, 2015)- Revista médica de Chile. (Online). Competencia Cultural en Salud: una necesidad urgente en trabajadores de la salud: [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872015000300018&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872015000300018&script=sci_arttext) [Consultado el 14 de Julio, 2021]

31. Cabieses, B. Bernaldes, M. McIntyre, A. (2017). (Online). La migración internacional como determinante social de la salud en Chile: evidencia y propuestas para políticas públicas: [https://www.udd.cl/dircom/pdfs/Libro\\_La\\_migracion\\_internacional.pdf](https://www.udd.cl/dircom/pdfs/Libro_La_migracion_internacional.pdf) [Consultado el 15 de Julio, 2021]}
32. Organización Panamericana de la salud (2022). (Online). Determinantes sociales de la salud- OPS/OMS: <https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud#:~:text=La%20Organizaci%C3%B3n%20Mundial%20de%20la,condiciones%20de%20la%20vida%20cotidiana%22> [Consultado el 24 de Abril del 2022]
33. Minsal. (Enero, 2019). (Online). Determinantes sociales en salud: <https://www.minsal.cl/determinantes-sociales-en-salud/> [Consultado el 24 de Abril del 2022]
34. Secretaría de Salud. (2006). (Online). Modelo operativo de promoción de la salud: [https://ssj.jalisco.gob.mx/sites/ssj.jalisco.gob.mx/files/modelooperativodepromosiondelasalud\\_0.pdf](https://ssj.jalisco.gob.mx/sites/ssj.jalisco.gob.mx/files/modelooperativodepromosiondelasalud_0.pdf) [Consultado el 24 de Abril 2022]
35. Secretaría de Salud. (2013). (Online). Promoción de la salud y determinantes sociales 2013-2018: <http://www.ssch.gob.mx/rendicionCuentas/archivos/Promocion%20de%20la%20Salud%20y%20Determinantes%20Sociales.pdf> [Consultado el 24 de Abril 2022]
36. Gallagher, M.R. Rehm, R.S. (2012) Enfermería Global. (Online). El papel de los síndromes culturales y los remedios tradicionales mexicanos en la promoción de salud de los niños: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1695-61412012000300001](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412012000300001) [Consultado el 15 de Julio, 2021]
37. Veliz-Rojas, L. Bianchetti-Saavedra, A.(2021) Calidad en la educación. (Online) Situación del desarrollo de competencias interculturales en estudiantes de facultad de medicina de la universidad católica del norte, Chile: <https://www.calidadenlaeducacion.cl/index.php/rce/article/view/955> [Consultado el 30 de Julio, 2021]
38. Sanhueza, S. Paukner, F. San Martín, V. Friz, M. Dimensiones de la competencia comunicativa intercultural y sus implicaciones para la practica educativa: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0123-48702012000200008](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-48702012000200008) [Consultado el 23 de Abril 2022]
39. Nunez, C. Nunez, R. Popma, L. (2017) Intercultural Sensitivity. (Online) From Denial to Intercultural Competence: <https://janbollen.nl/onewebmedia/CHINA/intercultural%20sensitivity.pdf> [Consultado el 25 de Abril 2022]
40. Sanhueza Henríquez S, Patrick Matzler P, Hsu C-C, Domínguez Maldonado J, Friz Carrillo M, Quintriqueo Millán S. Competencias Comunicativas Interculturales en la formación inicial docente: El caso de tres universidades regionales de Chile. Estudios pedagógicos (Valdivia) 2016;42(4):183–200.
41. Gozzoli Caterina, Gazzaroli Diletta (2018). (Online). The Cultural Intelligence Scale (CQS): A Contribution to the Italian Validation: <https://www.frontiersin.org/article/10.3389/fpsyg.2018.01183> [Consultado el 24 de Abril 2022]

42. Belasú, Xavier. (1994) Universidad de Girona. (Online). Educación intercultural en Europa: <https://dugi-doc.udg.edu/bitstream/handle/10256/12681/EducacionInterculturalEU.PDF> [Consultado el 24 de Abril 2022]
43. Secretaría de Salud. (2013). (Online). Promoción de la salud y determinantes sociales 2013-2018: <http://www.ssch.gob.mx/rendicionCuentas/archivos/Promocion%20de%20la%20Salud%20y%20Determinantes%20Sociales.pdf> [Consultado el 24 de Abril 2022]
44. OMS. (2022) (Online). ¿Cómo define la OMS la salud?: <https://www.who.int/es/about/frequently-asked-questions> [Consultado el 20 de Mayo 2022]
45. Psicothema. (2005). (Online). El bienestar social: su concepto y medición: <https://www.redalyc.org/pdf/727/72717407.pdf> [Consultado el 21 de Mayo 2022]
46. ACNUR. (Noviembre 2018). (Online). El ser humano como ser social a lo largo de la historia: [https://eacnur.org/blog/el-ser-humano-como-ser-social-tc\\_alt45664n\\_o\\_pstn\\_o\\_pst/](https://eacnur.org/blog/el-ser-humano-como-ser-social-tc_alt45664n_o_pstn_o_pst/) [Consultado el 21 de Mayo 2022]
47. Alarcón M Ana María, Astudillo D Paula, Barrios C Sara, Rivas R Edith.(2005). (Online) Política de Salud Intercultural: Perspectiva de usuarios mapuches y equipos de salud en la IX región: <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872004000900013>. [Consultado el 25 de Mayo 2022]
48. Programa especial de salud y pueblos indígenas, Hospital las Higueras. (Online) Facilitador Intercultura: <http://www.sstalcahuano.cl/wp-content/uploads/2018/05/FACILITADORA-INTERCULTURAL.pdf> [Consultado el 25 de Mayo 2022]
49. Atención Primaria (1998) (Online) Autogestión en atención primaria: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-autogestion-atencion-primaria-15105#:~:text=La%20autogesti%C3%B3n%2C%20como%20estrategia%20para,de%20atenci%C3%B3n%20a%20los%20pacientes>. [Consultado el 25 de Mayo 2022]
50. COMUDEF. (2022). (Online) Medicina Mapuche: [http://www.comudef.cl/?page\\_id=682](http://www.comudef.cl/?page_id=682) [Consultado el 25 de Mayo 2022]
51. Cuadrenos de Historia de la Salud Pública. (2007). (Online) El empacho: una enfermedad popular latinoamericana: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0045-91782007000200004#:~:text=De%20acuerdo%20al%20Diccionario%20producido,digiere%20o%20se%20digiere%20con](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0045-91782007000200004#:~:text=De%20acuerdo%20al%20Diccionario%20producido,digiere%20o%20se%20digiere%20con) [Consultado el 25 de Mayo 2022]