

## 5. Recomendaciones para la formación en salud con enfoque en las diversidades

### Recommendations for health training with a focus on diversity

María Soledad Reyes Soto<sup>1</sup> @  Lorena Iglesias Véjar<sup>2</sup> @  Nathalie Llanos Rivera<sup>2</sup> @   
Carolina Carstens Riveros<sup>3</sup> @  Diego Cifuentes Lucero<sup>4</sup> @ 

<sup>1</sup> Secretaría de Estudios, Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, Santiago, Chile.

<sup>2</sup> Departamento de Nutrición, Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, Santiago, Chile.

<sup>3</sup> Dirección de Igualdad de Género, Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, Santiago, Chile.

<sup>4</sup> Departamento de Terapia Ocupacional y Ciencia de la Ocupación, Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, Santiago, Chile.

### RESUMEN

El contexto de globalización y el progresivo reconocimiento de las diversidades en nuestra sociedad imponen una serie de desafíos adicionales al, ya cambiante, escenario de formación de profesionales en salud, incorporando el desarrollo de competencias para abordar la diversidad de problemáticas que enfrenta la población usuaria de los servicios de salud en esta era. Consecuentemente, en este trabajo se presentan los resultados de la fase cualitativa de un estudio, realizado en carreras de la salud de la Universidad de Chile, que buscó describir la formación en atención a usuarios/as de colectivos de la diversidad, desde la percepción de estudiantes y egresados/as de dichas carreras. La fase cualitativa de la investigación consistió en un diseño descriptivo/exploratorio y la recolección de datos se llevó a cabo a través de entrevistas semi-estructuradas y grupos focales. Se realizó un análisis de contenido temático mediante software Nvivo™ en torno a categorías predefinidas. Los resultados interpretan la experiencia del grupo de participantes y, a partir de estas, se proponen recomendaciones para una formación en salud con foco en la interseccionalidad.

**Palabras clave:** Inclusión; diversidad; Educación Superior; salud

## Recommendations for health training with a focus on diversity

### ABSTRACT

The context of globalization and the progressive recognition of diversity in our society impose additional challenges to the already changing scenario of training for health professionals, incorporating competencies to address the diversity of issues faced by the population using health services. Consequently, this paper presents the results of the qualitative phase of a study conducted in health careers at the University of Chile, which describes the training in care for users of diversity groups, from the perception of students and graduates of these careers. The qualitative phase of the research consisted of a descriptive/exploratory design, and a data collection was carried out through semi-structured interviews and focus groups. A thematic content analysis was conducted using Nvivo™ software around predefined categories. The results interpret the experience of the group of participants, based on these, recommendations are proposed for health education with a focus on intersectionality.

**Keywords:** Inclusion; diversity; Higher Education; health

## Recomendações para formação em saúde com foco na diversidade

### RESUMO

O contexto da globalização e o reconhecimento progressivo da diversidade na nossa sociedade impõem uma série de desafios adicionais ao cenário, já em mudança, de formação de profissionais da área de saúde, incorporando o desenvolvimento de competências para abordar a diversidade dos problemas enfrentados pela população que utiliza os serviços de saúde nesta era. Conseqüentemente, este documento apresenta os resultados da fase qualitativa de um estudo realizado na Universidade do Chile em programas de saúde, que procurou descrever a formação no atendimento aos usuários de diversos grupos, a partir da percepção dos estudantes e graduados dessas carreiras. A fase qualitativa da pesquisa consistiu em um projeto descritivo/explicativo e a coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas semi-estruturadas e grupos focais. A análise do conteúdo temático foi realizada utilizando o software Nvivo™ em torno de categorias pré-definidas. Os resultados interpretam a experiência do grupo de participantes e, com base neles, são propostas recomendações para a educação sanitária com enfoque na interseccionalidade.

**Palavras-chave:** Inclusão; diversidade; Ensino Superior; saúde

## Recomendations pour une formation en santé avec une approche sur la diversité

### RÉSUMÉ

Le contexte de la mondialisation et la reconnaissance progressive de la diversité dans notre société imposent une série de défis supplémentaires au scénario déjà changeant de la formation des professionnels de la santé, intégrant le développement de compétences pour répondre à la diversité des problèmes rencontrés aujourd'hui par la population des utilisateurs des services de santé. Par conséquent, cet article présente les résultats de la phase qualitative d'une étude menée dans les métiers de la santé à l'Université du Chili, qui visait à décrire la formation aux soins pour les usagers issus de divers groupes, à partir de la perception des étudiants et des diplômés de ces formations diplômantes. La phase qualitative de la recherche a consisté en une conception descriptive/exploratoire et la collecte des données a été effectuée par le biais d'entretiens semi-structurés et de groupes de discussion. Une analyse de contenu thématique a été réalisée à l'aide du logiciel Nvivo™ autour de catégories prédéfinies. Les résultats interprètent l'expérience du groupe de participants et, sur cette base, des recommandations pour une éducation dans le domaine de la santé axée sur l'intersectionnalité sont proposées.

**Mots-clés:** Inclusion; diversité; Enseignement Supérieur; santé

### 1. INTRODUCCIÓN

La Facultad de Medicina de la Universidad de Chile (FAMED-UCh) posiciona la formación de sus estudiantes desde un modelo biopsicosocial de salud que, desde la responsabilización y participación activa de cada estudiante en su formación y posterior ejercicio profesional, reconoce cómo las condiciones y modos de vida contribuyen significativamente en la aparición, desarrollo y prevalencia de enfermedades, entendiendo la salud – enfermedad como un proceso donde la población, de acuerdo a elementos transversales como son la clase, la etnia, el género, la diversidad funcional, entre otras variables, se ve afectada de manera diferenciada a partir de las determinantes sociales de la comunidad en que está inserta. Adicionalmente, es relevante identificar que la adquisición de conocimientos disciplinares y prácticos son centrales para que cada estudiante cuente con las competencias necesarias para trabajar a partir de evidencias científicas de carácter biológicas, psicológicas y sociales que describan de manera situada a las comunidades y territorios.

De acuerdo con lo anterior, la FAMED-UCh, a partir del año 2009, implementa un currículo que, a través de un modelo de aprendizaje orientado por competencias y habilidades transversales, apunta al saber actuar pertinentemente en diferentes situaciones y contextos (Armanet, De Barbieri; 2009). La base de este modelo, consiste en idealmente, levantar valores transversales a la formación y que tienen por intención, no solo generar capacidades que se vinculan a lo disciplinar, sino que también desarrollar y promover habilidades interpersonales y actitudinales que den cuenta de una adaptación reflexiva a una práctica profesional inclusiva, humanista y comprometida socialmente con la diversidad cultural del territorio nacional (Armanet, De Barbieri, 2009). Así, es posible reconocer el desarrollo de ámbitos particulares, que vinculan directamente el ejercicio profesional con diversidades de la población usuaria de los servicios de salud, estos ámbitos corresponden a: (i) habilidades personales básicas para el desempeño profesional; (ii) el compromiso social y ético; (iii) el conocimiento disciplinar-profesional, (iv) gestión y (v) salud pública.

### ***1.1. Competencias culturales e interseccionalidad***

Para profundizar en estos elementos relevantes para la formación profesional de carreras de la salud, podemos encontrar las competencias culturales en salud (CCS) entendidas como la manifestación de competencias profesionales y habilidades interpersonales que son capaces de proveer el cuidado pertinente y apropiado a todas las personas, independiente de si comparte o no la misma identidad étnica, idioma, marcador cultural, entre otros (Jorgen et al., 2018).

De manera específica para el caso latinoamericano, Osorio-Merchán y López Díaz (Osorio et al., 2008) definen la competencia cultural en los siguientes términos:

En el sentido práctico la competencia cultural es considerada como un proceso integrador de conciencia cultural, conocimientos, habilidades, encuentros y deseos culturales con el propósito de ofrecer una herramienta que permita reconocer la propia cultura del profesional, construir propuestas de tratamiento donde se comprende, aprecia y se es sensible con las

formas como estas personas enfrentan los procesos salud/enfermedad y mayor probabilidad de éxito en la promoción, prevención y rehabilitación en salud. (p.1)

Sumado a lo anterior, la idea de interseccionalidad propuesta desde los afro-feminismos, permite comprender de manera situada y corporal, la forma en que las diferentes fuentes estructurales de desigualdad se influyen unas a otras, manteniendo relaciones de carácter recíproco y difícilmente jerarquizables (Crenshaw, 1991; Platero, 2012; Martínez-Palacios, 2017).

Estas experiencias situadas de interseccionalidad y, por lo tanto de discriminación, se condicen con tres fenómenos que actualmente se experimentan a nivel internacional y que tienen un fuerte correlato con el ejercicio de la competencia cultural en el territorio nacional: el racismo, la xenofobia y la intolerancia, como una sobreposición de categorías que, en términos relacionales, definen la posición de una persona en el mapa social. De manera particular, el fenómeno de la migración en Chile ha aportado a la diversidad cultural del territorio, en conjunto con situaciones de discriminación e incluso violencia contra aquellas personas que provienen de países pobres del continente.

## ***1.2. La diversidad e inclusión en la formación***

Actualmente, la discusión relacionada con la formación en diversidades a futuros profesionales de la salud ha ido tomando relevancia dado el contexto determinado por muchos profesionales de la salud que pertenecen a colectivos de la diversidad, la necesidad de formar profesionales sanitarios que realicen atención pertinente a personas diversas, a través de la consideración de los principios de la inclusión educativa en la educación formal (Matus-Betancourt, et al., 2020). A esto se suma un marco normativo nacional que busca generar mecanismos explícitos para disminuir las brechas de acceso en general y a la atención en salud en particular. Por ejemplo, el enfoque social de la discapacidad proporciona un modelo que busca la inclusión de las personas a través de la eliminación de las barreras de acceso tanto físicas, como sociales y actitudinales de la ciudadanía en general (Saleh, 2005).

Aunado a lo antes expuesto se adiciona, la legislación internacional sobre los derechos colectivos de los pueblos indígenas y tribales, a través de sus

herramientas más importantes: el Convenio 169 de la OIT (Organización Internacional del Trabajo), las declaraciones ONU (organización de las Naciones Unidas, 2007) y OEA (Organización de Estados Americanos, 2016) las cuales reconocen y definen a quienes aplican estos derechos con la finalidad de no reproducir prácticas asimilacionistas, distanciándose así de las legislaciones que tendían a borrar las diferencias culturales y sus instituciones en pro de la homogeneización de la población. En Chile, el género, el color de piel, la nacionalidad y la clase son parte de los elementos determinantes al momento de experimentar situaciones de discriminación por parte de otras personas o de instituciones, ya sean públicas o privadas (Centro de Políticas Públicas de la Universidad Católica [CPP-UC], 2020, p.33).

Es por lo anterior que la formación de profesionales sanitarios comprometidos éticamente con la comunidad, es un desafío de las instituciones de educación superior para erradicar la violencia y discriminación por motivos de género, nacionalidad, origen, clase y/o situación de discapacidad. En este contexto, se propone un estudio que tiene por objetivo describir las percepciones que tienen los y las estudiantes que cursan prácticas profesionales, egresadas y egresados de las carreras impartidas por la FAMED-UCh respecto de las fortalezas, debilidades y necesidades de formación para el ejercicio de la profesión, que se vinculan a multiculturalidad y diversidad de la población. En este documento se presentarán los resultados de la fase cualitativa del estudio que contempló una metodología mixta.

## 2. METODOLOGÍA

Se planteó un estudio de carácter exploratorio y descriptivo, en cuanto no hay antecedentes tendientes a establecer, según la percepción de estudiantes y egresados/as, aquellas fortalezas o debilidades en la formación de profesionales de la salud para la atención a usuarios/as pertenecientes a colectivos de la diversidad.

Para la selección de participantes se aplicó la técnica de muestreo por conveniencia (Hernández, Fernández, Baptista, 2016), cumpliendo con los siguientes criterios de inclusión<sup>(1)</sup>:

- Formados/as con currículum innovado.
- Terminada su primera práctica profesional.

Se agregó la técnica de muestreo a expertos o informantes clave. Así, se aplicó una entrevista semiestructurada a cada uno de los y las directoras de las ocho escuelas de formación de profesionales de la salud.

Para la recolección de información, en primera instancia se había planteado la realización de dos grupos focales por carrera (con personas egresadas y estudiantes de internado), sin embargo, después de dos intentos de convocatoria a grupos focales de los y las egresadas por carrera, no se logró asegurar su asistencia, por lo que se optó por realizar entrevistas semiestructuradas<sup>(2)</sup>. Estas fueron aplicadas a los y las informantes claves, así como a la mayoría del grupo de personas egresadas, ascendiendo a un total de 25 personas.

Adicionalmente, se desarrollaron nueve grupos focales, que en total reunieron a 94 estudiantes de internados, quienes pudieron expresar su opinión respecto del objetivo del estudio en cuestión.

La pauta de entrevista y la pauta de grupo focal se desarrollaron a través de la operacionalización de los objetivos planteados para el estudio y la revisión de bibliografía. Se estableció una pauta con siete ejes temáticos: descripción sociodemográfica, innovación curricular, multiculturalidad e interculturalidad, género, discapacidad y clase social.

Previo a las entrevistas y los grupos focales, se entregó un consentimiento informado que debía ser explicado, leído y firmado por las personas entrevistadas, para finalmente proceder a la entrevista, la que fue grabada y transcrita textualmente para desarrollar el posterior análisis en el software Nvivo™. Mediante este ejercicio, el equipo tuvo acceso a las experiencias y a percepciones que los y las participantes describen al momento de identificar fortalezas, debilidades y necesidades en formación en diversidades. Los resultados a continuación responden a categorías formuladas a priori y a las categorías que emergieron a medida que se analizaron las diferentes entrevistas y grupos focales.

### **3. RESULTADOS**

#### ***3.1. Multiculturalismo e interculturalidad***

La evaluación que se hace de este enfoque y las experiencias que se reportan al respecto, varían en función de la exposición de los y las participantes a

situaciones en que se manifiesta la diversidad cultural. Respecto a la definición de multiculturalismo los datos muestran que existen varias formas de conceptualizar este fenómeno. Pero a pesar de sus variaciones, las definiciones giran en torno a la realidad empírica de la existencia y convivencia de múltiples culturas en una sociedad o territorio. Al preguntarlo a los y las participantes del estudio, se observó una tendencia a relacionar el concepto inmediatamente con inmigración o pueblos originarios, y las dificultades relacionadas con la atención sanitaria a personas de estos grupos.

Al indagar si las competencias declaradas por las diferentes carreras tienen relación con lo percibido por los y las directoras, internas y egresadas, todas las carreras, al menos en una competencia declarada, tratan la temática de multiculturalidad y diversidad, la que en general se aloja dentro del dominio genérico transversal, lo que concuerda con lo expresado y esperado por los y las estudiantes. Son las carreras de tecnología médica y fonoaudiología las únicas donde estos temas serían tratados dentro de competencias específicas como: educación en salud y compromiso social respectivamente. Respecto de la aproximación o formación específica en contenidos que atiendan a las particularidades relativas a diversidades étnicas en la fase cualitativa, en general no se reconocían instancias de formación a través de herramientas específicas para el abordaje de estas temáticas, a pesar de que consideran que tienen algunas herramientas transversales que les ayudan a sortear los diferentes desafíos, aunque serían insuficientes.

Por ejemplo, un grupo de participantes plantea que habrían observado reiteradas situaciones de rechazo hacia pacientes de otras nacionalidades por parte de los equipos de salud, incurriendo en prácticas discriminatorias que conllevan a una atención sanitaria deficiente o inadecuada. A pesar de que entienden que esto responde a directrices estructurales que superan sus capacidades como profesionales de salud, plantean la necesidad emergente de actuar como agentes interculturales que tengan capacidad de mediar por ejemplo, entre una paciente haitiana y un profesional sanitario que esté incurriendo en prácticas discriminatorias. En el fondo, la idea es poder aportar a que este enfoque de buen trato al paciente y de integración de las diferentes dimensiones de lo humano pueda ser efectivamente canalizado ya no sólo desde sus propias prácticas, sino que desde la cooperación intercultural mediada por otros funcionarios de los servicios de salud.



En definitiva, se puede evidenciar una clara tendencia en el relato de participantes respecto de la insuficiente entrega de herramientas interculturales para afrontar una atención con pertinencia cultural para personas extranjeras o pertenecientes a pueblos originarios, entendiendo su relevancia como un tema emergente (Jorgen, 2018). Se destaca el sello universitario que fomenta el desarrollo de habilidades blandas y transversales que permite superar los desafíos en el encuentro sanitario con diversas culturas. Frente a esta carencia, la invitación es a transversalizar el enfoque intercultural, poniendo énfasis en las dificultades que los y las profesionales de formación de cada carrera enfrentan, incorporando las recomendaciones de las políticas nacionales en materia de Salud Intercultural establecidas por el Ministerio de Salud de Chile (en la Norma General Administrativa N°16 “Interculturalidad en los Servicios de Salud”, 2006 y la “Política de Salud de Migrantes Internacionales”, 2018).

### ***3.2. Diversidades funcionales y discapacidades***

Cuando se presenta la temática relativa a su percepción respecto de herramientas para la atención de personas en situación de discapacidad o diversidad funcional, se observa que las dificultades varían según las experiencias individuales, la exposición a personas con discapacidad y la carrera. Esto debido a que hay carreras que por definición, tienen formación dirigida hacia el trabajo con personas que viven con discapacidades.

El principal problema que emerge desde la atención a personas con discapacidad, gira en torno al problema de la comunicación, el cual se constituye principalmente como una dificultad a la hora de transmitir correctamente las recomendaciones, mensajes o tratamientos a pacientes con diferentes tipos de discapacidad.

En definitiva, cuando hablamos de enfoque social de la discapacidad, estudiantes y egresados/as reconocen falencias en su formación que responden a: (i) por un lado a las deficiencias propias del sistema de salud y las falencias estructurales propias de una sociedad poco inclusiva en términos generales y (ii) de una formación que toca de manera poco profunda este tema. Ahora bien, es importante recalcar que este segundo punto varía de carrera en carrera. La salida que se propone con respecto a esto es, la transversalización de un enfoque de inclusión de las diversidades funcionales por un lado, y la

cooperación interdisciplinaria por el otro. Es decir, poner el acento en el enfoque de derechos, particularmente en el enfoque social de la discapacidad y en los determinantes sociales de la salud, tal como lo recomiendan los organismos internacionales a través de la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (UN, 2006). Son estos puntos a los que se le pone más énfasis en la medida que estudiantes y egresados/as entienden que en una malla no es posible entregar herramientas concretas para la gran diversidad de discapacidades que se pueden reportar.

### **3.3. Diversidades sexuales y de género**

Desde la aproximación cualitativa, no hay una percepción homogénea respecto de este punto. Al igual que las otras diversidades estudiadas, la mayoría de las personas que participaron del estudio reconocen que el enfoque de género es un elemento relativamente nuevo de tener en cuenta, pero no por ello menos importante. Desde el estamento estudiantil y de egresados/as, consideran que el enfoque de género trasciende a la idea general de asociar las desigualdades entre hombres y mujeres, dejando en evidencia una preocupación por carencia de herramientas para la atención a personas provenientes de colectivos de las diversidades sexo-genéricas, o realizar una atención con enfoque de género. Al igual como se observa en otras temáticas, la percepción cambia principalmente por carrera, siendo las carreras de obstetricia y enfermería aquellas donde se declara presencia de asignaturas que integran perspectiva y enfoque de género. Por el contrario, en términos generales entre las personas que participaron en este estudio, hay una preocupación por la falta de herramientas que dicen tener respecto a algunos aspectos particulares a tomar en cuenta desde la perspectiva del género.

Tanto internos/as como egresados/as y directoras/es reconocen que hay falencias en la formación de enfoque género y en la incorporación de la educación no sexista en los contenidos. Habrían elementos carentes tanto clínicos (p.e. tratamientos hormonales a personas trans, perspectiva de género en la entrevista clínica), como sociales (p.e. dudas respecto al uso de nombre social respecto a personas LGBTQ+, así como también la interseccionalidad en las relaciones en contexto sanitario que debieran incorporarse en las mallas y ramos). Este vacío sucedería a pesar de la preocupación e integración

de la temática en diferentes momentos y profundidades en las ocho carreras, tal como es recomendado por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2011) a través de su "Gender Mainstreaming for health managers: a practical approach"<sup>(3)</sup>

### **3.4. Clases sociales**

Lo primero que habría que decir respecto a la variable clase social es que tanto estudiantes, egresados/as como directores/as plantean que existen herramientas suficientes para una atención pertinente y eficiente a personas provenientes de diferentes clases sociales, por lo que no habría mayores fallencias en cuanto este ámbito, lo que es considerado como una fortaleza de la formación. Las experiencias prácticas en el sistema de salud público y la convivencia constante con personas de diferentes estratos sociales, hacen que esta sea una dimensión poco problemática para estudiantes y egresados/as. Esto se entiende en cuanto se ha transversalizado el modelo biopsicosocial en la formación así como la importancia de las determinantes sociales de la salud que permite a los y las estudiantes entender que el estado de salud y enfermedad de las personas, radica en gran medida en los modos de vida condicionados por aspectos sociales en que se desarrollan y desenvuelven las personas (De La Guardia Gutiérrez et al., 2020).

Cabe destacar la figura del sello universitario, que fue mencionado en reiteradas ocasiones por las diferentes personas que participaron de la fase cualitativa, reflexionando respecto de vacíos de formación específica en relación a herramientas que permitan la atención pertinente a usuarios/as pertenecientes a los diferentes colectivos de la diversidad.

### **3.5. Necesidades de formación**

A partir de la información recabada en este proceso de levantamiento de datos es posible dar cuenta de una serie de recomendaciones que emergen de forma explícita desde los y las entrevistadas, pero también otras que se infieren a partir precisamente de las necesidades que acá se expresaron. En lo que resta de esta sección se da cuenta y se analizan algunas de las principales recomendaciones que aparecen de forma más menos transversal en las conversaciones. El resumen general de recomendaciones se muestra en la tabla 1.

Uno de los elementos centrales que aparecen en todas las conversaciones dice relación con la necesidad de transversalizar todas las temáticas acá desarrolladas, pero con especial énfasis en aquellas ligadas características alejadas del estándar hegemónico impuesto por el sistema:

Igual yo creo que ahora, sobre lo que mencionaba el [nombre omitido] me choca darme cuenta que nunca veíamos en los casos clínicos nada cultural, ni el aspecto socioeconómico de la persona, ni la orientación sexual ni la religión ni las creencias como en la medicina occidental y en verdad yo al menos hay cosas que no me di cuenta antes, pero lo que si fijé que no hay mucho contacto con estas dimensiones de las personas, como religión y otros. (Hombre, egresado carrera de medicina)

De esta cita se desprende que una de las principales recomendaciones refiere a transversalizar los enfoques de derechos en sentido amplio, a través de la inclusión de cursos tanto prácticos como teóricos, casos clínicos que den cuenta de la diversidad cultural de las personas usuarias y que pongan a disposición de cada estudiante, el aprendizaje de competencias culturales en salud (CCS).

No se trata entonces de, exclusivamente, incluir un ramo sobre multiculturalismo, género o diversidades funcionales, sino que convertir estas temáticas en parte de las enseñanzas basales y transversales de la salud comprendida desde un enfoque de derechos, que se hará presente en cada uno de los ramos (con particular énfasis en ramos clínicos) y para cada uno de los estudiantes. Esto último, sin embargo, no implica que en varios casos se recomiende implementar asignaturas para desarrollar estos temas: Pero si tuviera que proponer herramientas a mí me gustaría que me enseñaran qué herramientas hay. Sé que puedo aprender creole y eso me va a ayudar y sé que puedo aprender lengua de seña y eso me podría ayudar. (Mujer, interna carrera de medicina)  
(...)

Soy de la mención de imagenología y a diferencia de las chiquillas de oftalmología [oftalmología], nosotros no tenemos ningún

ramo que nos acerque a lo que es la diversidad cultural. Creo que uno se ve más enfrentado a eso cuando ingresas a prácticas, que tenemos en tercero o más bien en internado. (Mujer, interna carrera de tecnología médica)

La tabla N° 1 muestra que emergen una serie de recomendaciones que tienen que ver con la inclusión de electivos relacionados a temas como idiomas, lengua de señas u otros que les permitan adquirir herramientas específicas, que desde las CSS se comprenderían como categóricos o específico cultural (Gerrish, et al., 1999), para enfrentar de mejor manera desafíos específicos y asociados a sus intereses. Ahora bien, es cierto que en muchas de las mallas ya existen estos electivos, la recomendación de estudiantes y

**Tabla 1.** Cuadro resumen recomendaciones

Recomendaciones generales	Transversalizar en las mallas y ramos los enfoques de derechos desde la interculturalidad, género y diversidades funcionales.
	Capacitaciones a académicos/as y docentes clínicos en enfoque de derechos.
	Contar con mediadores interculturales o intérpretes de lengua de señas en las prácticas clínicas.
	Cursos de Formación General focalizados: oferta vinculada a intereses de estudiantes y sus áreas de investigación.
	Levantar cursos optativos enfocados en la comunicación y habilidades blandas que permitan acortar la brecha de comunicación con personas extranjeras, sordas o con algún tipo de discapacidad intelectual.
	Curso obligatorio de derechos de diversidades.
	Incluir variables de interculturalidad, género y diversidades funcionales en el análisis de determinantes sociales de las patologías.
	Tratar estos enfoques desde la interseccionalidad, es decir, entendiendo que se entrecruzan y que no pueden ser analizados por sí solos.
	Desarrollo de trabajos de investigación aplicados que permitan construir conocimientos en torno al enfoque de derechos de manera colaborativa.
	Incluir ejemplos clínicos de intersecciones de enfoques en los diferentes cursos.

**Fuente:** Elaboración propia en base a entrevistas y grupos focales

egresados/as apuntan a que estos puedan ser impartidos posterior al período de prácticas, con el objetivo de desarrollar herramientas específicas de interés y utilidad, una vez conocidas las particularidades del campo clínico en el cual quieren desenvolverse en el futuro.

Respecto de lo anterior, se enfatiza la necesidad de capacitar sobre los enfoques que aquí identificamos: género, interculturalidad y diversidad funcional a los y las profesoras de las prácticas clínicas, debido a varias situaciones de malos tratos identificadas por los y las estudiantes y egresadas en estas instancias, donde no se cumplía con la obligación de respetar los derechos de las personas usuarias realizando comentarios racistas, xenófobos o machistas.

Ahora bien, estas herramientas no sólo se adquieren en ramos específicos o en la práctica clínica. Los y las participantes, en su mayoría, reconocen que hay otros caminos para adquirir conocimientos de este tipo, uno de ellos es la interdisciplinariedad. En varios casos se repite la recomendación de que existan instancias de diálogo entre las diferentes disciplinas de la FAMED-UCh, así como con otros profesionales que se encuentran en los dispositivos sanitarios, las que pueden surgir como encuentros de intercambio estudiantil, cursos, seminarios, congresos, talleres, etc. que aborden temáticas relevantes para los y las estudiantes. Como hemos visto a lo largo de este informe, las fortalezas o debilidades en herramientas referidas a los enfoques acá tratados varía no sólo de carrera en carrera, sino que en muchos casos en las propias menciones internas de cada una de las carreras.

En ese sentido, el llamado es a crear instancias donde los y las estudiantes puedan dialogar entre ellos y ellas y con las y los docentes desde la colaboración interdisciplinaria, construyendo una red de comunicación de buenas prácticas y experiencias de salud interseccional desde la diversidad cultural:

(...) pero me gustaría que alguien me dijera “mira puedes pedirle ayuda al terapeuta ocupacional para tal y tal tema, me gustaría que pudieras pedirle ayuda al fonoaudiólogo que este si sabe lenguaje de seña” o “hay una aplicación que hace tal cosa”. Me gustaría más que nos enseñen las herramientas que nos digan qué herramientas hay, cosa que hay oportunidad y es en los cursos MIIM que nos juntan a todas las carreras de la FAMED-UCh pero siento que nos hacen trabajar en conjunto pero

en verdad nunca nos explicitan que rol puede o está FAMED-UCh para cumplir cada uno. (Mujer, interna carrera de medicina)

La cita anterior se relaciona directamente con algunos de los elementos revisados. La petición que hace la entrevistada hace referencia precisamente a la capacidad de autogestión del aprendizaje que los y las entrevistadas reconocen como una característica central de su formación profesional. En este sentido, lo que se pide no es que les entreguen las herramientas, sino que más bien se les oriente con respecto a cómo y/o dónde poder adquirirlas.

En términos generales, no se desprenden mayores críticas en lo que respecta a enfoque de clase social, que se puede entender dado el trabajo desarrollado en el sector público para la población que no puede acceder a la salud privada. Esto, pues de acuerdo con la gran mayoría de entrevistados y entrevistadas, siendo el enfoque fuerte no sólo de la FAMED-UCh, sino que de la Universidad en general. Pese a esto, la capacitación sobre ciertas tecnologías, tipos de servicios, experiencias organizacionales y otros, quedan excluidas de la formación de las y los estudiantes y egresados.

Yo creo que en la variedad de campos clínicos igual es bueno que se promoció a atender la salud pública, pero igual podría acomodarse alguna variedad porque hay gente que no necesariamente va a trabajar en ese ámbito, entonces podrían buscarse otras opciones. Yo sé que igual eso va de la mano con otros recursos. (Mujer, egresada carrera de terapia ocupacional)

La recomendación apunta a que, si bien es cierto que debido a los recursos y limitaciones propias de la universidad hay una orientación hacia lo público, no todas las personas terminan trabajando ahí. En ese sentido, se piden herramientas ligadas a otros ámbitos (como el privado). Aunque, tal como lo muestra el final de la cita, se reconoce que esto está condicionado a los recursos de la FAMED-UCh.

#### **4. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES**

En este informe se presentaron los principales resultados de la fase cualitativa, dentro de un proceso de levantamiento de información mixto con estudiantes, egresados/as y directores/as de las ocho carreras de la FAMED-UCh. Creemos que los resultados dan respuesta a la pregunta que guía esta inves-

tigación. En términos generales diremos que las percepciones varían según el perfil y formación particular en cada carrera; por lo general cada carrera presenta debilidades y fortalezas a la hora de pensar en las competencias que las nuevas mallas innovadas están intentando otorgar y que se mostraron en su diversidad mediante el relato de cada participante.

Las personas que participaron del estudio reconocen que hubo un tránsito desde lo biomédico a lo biopsicosocial en el plano declarativo del currículum, lo cual implica un enfoque diferente sobre cómo entender a la persona desde diferentes dimensiones de lo humano, de una forma integral y con un fuerte énfasis en las determinantes sociales de salud. Con todo, en términos generales hay una valoración positiva de la innovación curricular toda vez que (i) fomenta el trabajo y el aprendizaje práctico y (ii) integra las diversas dimensiones de lo humano en un enfoque biopsicosocial. En términos generales, los resultados muestran una congruencia respecto a algunos de los enfoques transversales que la FAMED-UCh intenta entregar, particularmente los enfoques de habilidades personales básicas para el desempeño profesional, compromiso social y ético y el conocimiento disciplinar-profesional, planteando sugerencias para optimizar estos abordajes.

Adicionalmente, no se identifican competencias específicas relacionadas con las diversidades, ya sea funcionales, étnicas o de cultura, de género o de clase social; de hecho, una posibilidad de mejora que se vislumbra es un abordaje transeccional de la situación, ya sea mediante la formulación y propuesta de nuevas competencias o competencias alternativas que adquieran este enfoque, ya que hasta el momento, si bien se busca la integración, aún faltan instancias transversales y un cambio cultural que observe las diversidades como un fenómeno complejo, no abordable mediante cursos específicos o alguna actividad particular, sino que a través de un enfoque transversal y transdisciplinario (Arias-Schreiber, 2019).

Estos dos primeros puntos permiten acercarnos al enfoque de derechos desde los cuales se enmarcan los esfuerzos de la FAMED-UCh y desde donde se busca que estudiantes y futuros/as profesionales de la salud tengan una comprensión situada de usuarios/as de la salud. Este enfoque alienta el reconocimiento de la autonomía para la toma de decisiones de cada persona considerando su propia experiencia y su situación en particular. Los resultados de estos dos primeros puntos permiten concluir que si bien es cierto



que hay algunas imprecisiones e incongruencias entre lo que la FAMED-UCh intenta transmitir y lo que los y las estudiantes perciben, podríamos decir que esta divergencia es de naturaleza más bien conceptual. Esto, toda vez que los y las estudiantes reconocen, a través de las fortalezas de la malla innovada, de las competencias y sub-competencias percibidas, de elementos clave del enfoque de derechos como lo son la condición social de los procesos de salud y enfermedad y el derecho de cada paciente a ser atendido de forma correcta y respetuosa independiente de sus características sociales. En ese sentido, el enfoque de derechos es algo que, concluimos, está presente en la formación de los estudiantes y que toma su forma sobre todo en los espacios de formación práctica.

Ahora bien, es importante tomar en consideración el punto respecto a que los estudiantes no reconocen la transmisión de herramientas en torno a enfoques específicos que responden a la idea de diversidad cultural que también se manifiestan en la práctica. Algunas de las dificultades que se presentan en torno a estos enfoques podemos situarlas en un marco un poco más amplio y suponen un desafío para las carreras en cuestión, donde se espera que las y los estudiantes desarrollen competencias culturales asociadas al género, nacionalidad, el origen étnico, la diversidad funcional y la clase. El enfoque transeccional de competencias culturales en salud (CCS) es una posibilidad de integrar estas competencias, tanto en el razonamiento profesional como en el espacio clínico de práctica (Arias-Schreiber, 2019).

Respecto al enfoque multicultural, los resultados sugieren que no existe claridad respecto a lo que significa este término. Intuitivamente los y las entrevistadas lo definen como la presencia de múltiples realidades culturales en un mismo espacio territorial, lo que se acerca de manera clara a los conceptos debatidos en el informe, particularmente a los derechos humanos reconocidos. Ahora bien, el análisis arroja como resultado que los y las estudiantes no sienten que tienen las capacidades para afrontar los desafíos que supone la atención médica a personas de diferente nacionalidad, tradición cultural, idioma etc.

La principal dificultad que emerge dice relación con el idioma, en casi todas las carreras el problema que más reportan quienes han pasado por centros de salud es el no poder comunicar correctamente diagnósticos, recetas o instrucciones médicas por las barreras idiomáticas que supone la presen-

cia de pacientes provenientes principalmente de Haití. Esto también denota otro elemento importante que es precisamente que se tiende a asociar el multiculturalismo con la inmigración y no tanto con otras diversidades, como por ejemplo, pueblos originarios y tribales. Lo anterior puede estar vinculado de manera directa al tipo de personas usuarias de los centros de salud donde las y los estudiantes desarrollan sus internados, por ejemplo, al ser los centros urbanos o rurales, o encontrarse en Región Metropolitana o en otras regiones, va a significar que las comunidades varían en sus características demográficas, por lo que la experiencia de la interculturalidad, no les ha sido cercana a la mayor parte de ellos y ellas.

El enfoque multicultural no es el único que se percibe como débil, lo mismo pasa, por ejemplo, con la mirada de género. Acá los resultados se centraron particularmente en la carrera de obstetricia que, si bien es una de las carreras que cuenta con mayor preparación tiene respecto a estos temas –en conjunto con enfermería– también es la que levanta voces más críticas respecto a la falencia de herramientas para tratar temas de género que exceden a la desigualdad entre hombres y mujeres. Emerge acá el tema de las diversidades sexogenéricas, de las dificultades para tratar a pacientes en proceso de transición de sexo, del desconocimiento respecto al proceso biomédico y, por ende, de la imposibilidad de cumplir a cabalidad con el trato que desde el enfoque biopsicosocial que se fomenta.

Desde la interseccionalidad es posible entender las diferentes dimensiones de desigualdad estructural y cómo éstas se relacionan entre sí. A modo de ejemplo, no podemos entender ni tratar la discriminación a una mujer haitiana si no lo entendemos desde su ser mujer, su ser extranjera, su color de piel y de la intersección de estas características. Lo que sugieren los relatos de las internas es que, si el enfoque de género no va acompañado de un enfoque intercultural, no es suficiente. Las CCS de las que hablábamos hacia el principio de este informe deberían ir acompañadas con un enfoque interseccional donde se incluyan las diferentes dimensiones de las desigualdades estructurales y de las discriminaciones particulares a algunas personas.

Y acá, desde la interseccionalidad, entran los otros dos enfoques que fueron tratados en este estudio, el de diversidad funcional y clase social. Respecto al primero, los resultados arrojan en términos generales, que la mayor dificultad que se presenta en la mayoría de las carreras dice relación con dis-

capacidades sensoriales, por un lado, e intelectuales por el otro. Respecto a las primeras las dificultades se asocian con poder transmitir correctamente los diagnósticos o tratamientos médicos a personas con sordera o ceguera. En los segundos el problema es el mismo, el poder transmitir correctamente estos diagnósticos a personas con algún grado de discapacidad cognitiva. En cualquiera de los dos casos el desafío es la comunicación.

Al respecto, se ofrece en este apartado, a manera de resumen un Cuadro (Tabla 2) con las principales recomendaciones que surgen a partir de este análisis que en este trabajo se ha realizado.

**Tabla 2.** Recomendaciones de formación por dimensiones

Transversalización de los enfoques	Casos Clínicos con poblaciones diversas.
	Aumentar e incluir diversidad de pacientes simulados.
	Capacitación al cuerpo docente.
Instancias estudiantiles de intercambio	Realización de cursos transversales a todas las carreras en materia de diversidades y enfoque de derecho.
	Jornadas para compartir experiencias
Interdisciplinariedad	Formar a estudiantes para ser tutores pares en materias de diversidad e inclusión.
	Potenciar y generar otras instancias más allá del MIIM.
Pasantías	Con otras disciplinas, como por ejemplo con trabajadores sociales.
	Aumentar las rotaciones de las pasantías, dadas las diferentes realidades entre los campos clínicos.
	Aumentar diversidad de pasantías, fomentando pasantías en regiones, en ONG's que trabajen con colectivos de la diversidad.
	Erradicar la discriminación de los campos clínicos.

**Fuente:** Elaboración propia

## REFERENCIAS

- Arias-Schreiber, A. (2019). Competencia cultural en salud desde la mirada de usuarios/as migrados/as y trabajadores/as de atención primaria. [Tesis para obtener el grado de Magíster en Salud Pública, inédita]. Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile.
- Amanet, L., De Barbieri, Z. (2009) Proceso de innovación curricular en la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. *Revista Hospital Clínico Universidad de Chile*, 20, 345-348
- Centro de Políticas Públicas UC. (2020). *2da Consulta Discriminación*. CPP-UC.
- Crenshaw, K. (1991). Cartografiando los márgenes: interseccionalidad, políticas identitarias y violencia contra las mujeres de color. En L. Platero (Ed.), *Intersecciones: Cuerpos y sexualidades en la encrucijada* (págs. 75-86). Bellatera.
- De La Guardia Gutierrez, M & Ruvalcaba Ledezma, J. ( 2020). La salud y sus determinantes, promoción de la salud y educación sanitaria. *Journal of Negative and No Positive Results*, 5(1), 81-90. Epub 29 de junio de 2020. <https://dx.doi.org/10.19230/jonnp.3215>
- Gerrish K, Papadopoulos I. (1999) Transcultural competence: the challenge for nurse education. *Br J Nurs.*;8(21):1453–7. DOI: <https://dx.doi.org/10.12968/bjon.1999.8.21.1453>
- Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, P. (2016). Metodología de la Investigación. Edit. McGrawHill, Canadá. <https://bit.ly/3V8xbkp>
- Jorgen, C., McCalman, J., Bainbridge, J., & Clifford, A. (2018). *Cultural competence in Health. A review of evidence*. Springer.
- Matus-Betancourt, O., Ortega-Bastifas, J, Perez-Villalobos, C., McColl-Calvo, P., Navarro-Hernández, N., Silva-Orrego, V., Arellano-Vega, J., Campos-Cerda, I., Solís-Grant, M., Schilling-Normal, MJ, Espinoza-Parcet, C., Gonzalez-Brevis, S. (2020). Formación clínica en carreras de la salud: ¿dónde se incluye la diversidad?. *Revista Médica de Chile*, 148: 444-451
- Martínez-Palacios J. (2017). Exclusión, profundización democrática e interseccionalidad. *Investigaciones Feministas*, 8(1), 53-71. <https://doi.org/10.5209/INFE.54827>
- Ministerio de Salud. (2006). Norma General Administrativa N°16: Interculturalidad en los Servicios de Salud. MINSAL. <https://bit.ly/3YE1FAd>

- Ministerio de Salud. (2018). *Política de Salud de Migrantes Internacionales*. MINSAL. <https://bit.ly/3ji1PLd>
- Organización de los Estados Americanos. (2016). *Declaración Americana sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas*. OEA. <https://bit.ly/3BPKKP1>
- Organización Internacional del Trabajo. (1989). *Convenio 169 de la OIT sobre Pueblos Indígenas y Tribales*. <https://bit.ly/3PGX3Tn>
- Organización de las Naciones Unidas. (2007). *Declaración de las Naciones Unidas para los derechos de los Pueblos Indígenas*. ONU. <https://bit.ly/3YFEP80>
- Organización Mundial de la Salud. (2011). *Gender Mainstreaming for health managers: a practical approach*. <https://bit.ly/3YANZDN>
- Osorio, M, May, B., & Díaz, L. (2008). Competencia cultural en salud: necesidad emergente en un mundo globalizado. *Index de Enfermería*, 17(4), 266-270.
- Platero, L. (2012). *Intersecciones: cuerpos y sexualidades en la encrucijada*. Bellatera.
- Saleh, L. (2005). La inclusión desde la mirada internacional. En UNICEF (Ed.), *Seminario internacional: inclusión social, discapacidad y políticas públicas* (pp. 11-20). Chile: Ministerio de Educación. <https://bit.ly/3PHmKmlU>
- United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities, 13 de diciembre, (2006) <https://bit.ly/2zNQlPl>

## NOTAS

<sup>(1)</sup> No se contemplaron criterios de exclusión.

<sup>(2)</sup> Se realizaron al menos dos intentos de Grupos focales con personas egresadas, por cada carrera. A pesar de la invitación personalizada por mail y teléfono y la eventual confirmación, este grupo de personas no llegaba al grupo focal, llegando solo unas pocas personas, las que se decidió entrevistar.

<sup>(3)</sup> "Integración de la perspectiva de género para los gestores sanitarios: un enfoque práctico".