

Formación de profesionales de la salud que incorpora la competencia intercultural: una necesidad actual

The Training of Health Professionals Including Intercultural Competence: A Current Necessity

Claudia Verónica Pérez Acuña^{1,2*} <https://orcid.org/0000-0003-2870-5662>

José Luis Medina³ <https://orcid.org/0000-0002-9487-9065>

¹Universidad del Desarrollo, Facultad de Medicina Clínica Alemana, Carrera Enfermería. Santiago, Chile.

²Universidad del Desarrollo, Facultad de Medicina Clínica Alemana, Instituto de Ciencia e Innovación en medicina, Programa de Estudios Sociales en Salud. Santiago, Chile.

³Universidad de Barcelona, Facultad de Educación. Barcelona, España.

*Autor para la correspondencia: claudiaperez@udd.cl

RESUMEN

Introducción: Hoy en día, dadas las transformaciones de la sociedad, existe una necesidad de generar una formación de profesionales de la salud con nuevas competencias, por lo que se les entrega otras herramientas para la atención en salud, que incluye, especialmente, la perspectiva basada en la interculturalidad. Esta representación se hace imprescindible debido a la configuración de sociedades más heterogéneas, marcadas por los procesos migratorios y la visibilización de grupos que, hasta hace pocos años, estaban al margen del sistema de salud.

Objetivo: Analizar los referentes teóricos de interculturalidad, interculturalidad en salud, competencia intercultural y la competencia interculturalidad en la formación de los profesionales de salud.

Métodos: Se realizó una revisión narrativa.

Desarrollo: Se abordaron los conceptos de interculturalidad, interculturalidad en salud, competencia cultural/competencia intercultural, y cómo estos conceptos y atributos se pueden enseñar en la formación de las nuevas generaciones de profesionales de la salud. **Conclusiones:** Es necesario que el futuro profesional observe, escuche, pregunte aquello que desconoce de la cultura. Hay que evitar los estereotipos, garantizar el respeto y comprender sin juzgar; además, desarrollar el autoconocimiento, antes de llegar a la aplicación integral de la competencia intercultural. Se ha de conseguir realizar un encuentro intercultural adecuado para garantizar una asistencia de calidad a los usuarios.

Palabras clave: interculturalidad; interculturalidad en salud; competencia cultural; competencia intercultural; formación de profesionales de salud en competencia intercultural.

ABSTRACT

Introduction: Nowadays, given the transformations in society, there is a need to train health professionals with new competences; therefore, they are provided with other tools for health care, which includes, especially, the perspective based on interculturality. This representation is essential due to the configuration of more heterogeneous societies, marked by migratory processes and the visibility of groups that, until a few years ago, were on the margins of health systems.

Objective: To analyze the theoretical references of interculturality, interculturality in health, intercultural competence and the competence of interculturality itself in the training of health professionals.

Methods: A narrative review was conducted.

Development: The concepts of interculturality, interculturality in health and cultural competence/intercultural competence were addressed, together with how such concepts and attributes can be taught in the training of new generations of health professionals.

Conclusions: It is necessary for future professionals to observe, listen to and ask what they do not know about culture. It is necessary to avoid stereotypes, to guarantee respect and to understand without judging; in addition, to develop self-knowledge, before reaching the comprehensive application of intercultural competence. Adequate intercultural encounters must be achieved in order to guarantee quality healthcare provision for the users.

Keywords: interculturality; interculturality in health; cultural competence; intercultural competence; training of health professionals in intercultural competence.

Recibido: 03/07/2022

Aceptado: 19/06/2023

Introducción

Se ha reconocido ampliamente la importancia de los aspectos socioculturales de los individuos en la atención en salud para ofrecer cuidados realmente centrados en las personas. Con un mundo cada vez más globalizado e individuos de diferentes orígenes culturales con necesidades de salud diferentes, se necesita una atención que pueda dar respuesta a la diversidad cultural dentro del sistema de salud.⁽¹⁾

Para lograr esto, los profesionales requieren el desarrollo de competencia. En el hemisferio norte se ha trabajado en la Competencia Cultural (CC), que es “la habilidad que deben poseer los trabajadores de salud para reflexionar sobre su propia cultura e incorporar una visión del contexto social y cultural en cada interacción con un usuario”.⁽²⁾

Debe avanzarse no solo en las habilidades que deben poseer los profesionales sanitarios, sino en desarrollar una atención y unos cuidados desde una perspectiva holística, con un enfoque global, integrador, que permita intervenir desde las actitudes, los sentimientos, las conductas sociales y las pautas culturales a nivel individual, institucional y social; que les posibilite comprender la cultura, las costumbres, las prácticas y las creencias de la persona culturalmente diversas que se están atendiendo, con una interacción efectiva entre las personas y los equipos de salud. Por lo tanto, es la Competencia Intercultural (CI) la que da respuesta a estas necesidades, al considerar las diferentes cosmovisiones en el cuidado de la salud.

En América Latina surge la interculturalidad en salud a partir de una demanda de los pueblos originarios para visibilizar y validar sus sistemas terapéuticos.⁽³⁾ Posteriormente, con el aumento de los flujos migratorios aparece una nueva problemática que involucra nuevos desafíos con respecto a la diversidad en salud:

el desarrollo de una atención en salud culturalmente pertinente ya no solo para pueblos originarios, sino también para población extranjera, que trae consigo maneras de concebir los procesos de salud-enfermedad-atención, que les son propios a su cultura.^(4,5,6) Se suman a lo anterior los procesos de globalización que han generado desde los años 90 una explosión de identidades y de categorías sociales múltiples, entre ellos, la visualización, la valoración y el reconocimiento de la diversidad de etnias, géneros, orientaciones e identidades sexuales, religiones y capacidades diferentes, entre muchas otras.^(7,8,9,10) Y son las mismas sociedades, a través de ciudadanos cada vez más organizados en torno a sus identidades, quienes demandan al sector salud el reconocimiento formal de sus diferencias y una atención interculturalmente pertinente.

La atención sanitaria basada en CC ha sido propuesta como una de las estrategias clave para reducir las inequidades de acceso y el uso de servicios de salud, ya que contribuiría a cambiar los comportamientos, tanto de los clínicos como de los usuarios del sistema de salud,^(11,12) pero falta avanzar en el aporte de la CI en esta temática, al reconocer que diversos organismos internacionales han reiterado la importancia y necesidad de que la atención de salud tenga enfoque de derechos humanos, inclusión, equidad y justicia social;^(13,14,15) se agrega a lo anterior que la OPS planteó en 2015 que los trabajadores sanitarios debían tener competencias en interculturalidad.⁽¹³⁾

Hoy, dadas las transformaciones de la sociedad y la globalización, existe una necesidad de generar una formación de profesionales de la salud con nuevas competencias a la hora de atender a poblaciones diversas, donde debe contemplar el respeto y la reflexión crítica sobre las ideas y los valores implicados en el diálogo que se genera en la relación terapéutica con un mutuo respeto a los derechos humanos.^(16,17,18,19,20)

Por lo tanto, hay que reflexionar en torno al desempeño de la educación superior en la formación de estudiantes en el área de la salud en este tema, y reconocer la cultura de los más diversos grupos: indígenas, mujeres, diversidad sexual, adolescentes, entre otros, los cuales no solo reclaman los derechos a la igualdad, sino sus derechos a la diferencia.⁽¹⁷⁾

El objetivo de este artículo fue analizar los referentes teóricos de interculturalidad, interculturalidad en salud, competencia intercultural y competencia interculturalidad en la formación de los profesionales de salud, orientados hacia una mejor relación e interpretación cultural entre las personas.

Métodos

Se realizó una revisión narrativa entre junio de 2019 y enero de 2022 con un enfoque en interculturalidad en salud. Todas las producciones seleccionadas pertenecieron a los últimos diez años. Para elaborarla se consultaron las bases de datos latinoamericanas: Literatura Latinoamericana y Caribeña en Ciencias de la Salud (LILACS), Base de Datos de Enfermería y Literatura en Ciencias de la Salud y bases de datos internacionales: Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), a través de PubMed, Web of Science, y Scopus y EBSCO, con una estrategia de búsqueda diseñada para obtener resultados relacionados con la metodología de elaboración de una revisión de la literatura. Se utilizaron los descriptores MESH y DECS, en español e inglés: “Interculturalidad/Interculturality”, Interculturalidad en salud/Interculturality in health”, “Competencia Cultural/Cultural Competence”, Competencia intercultural/Intercultural Competence”, “Atención en salud/Health care”. Se seleccionaron 40 *paper*, que abordaban en sus contenidos los métodos de síntesis del conocimiento científico, y se completó la búsqueda con la lectura y el rastreo de bibliografía referenciada en los documentos seleccionados.

Desarrollo

Los conceptos de “interculturalidad” (IC), “interculturalidad en salud”, “enfoque o perspectiva intercultural” y otros semejantes se han introducido en el discurso y la práctica de la salud en los últimos años, sin que se haya logrado previamente un adecuado consenso sobre su significado, sus diferencias, o similitudes e implicaciones. Una abundante y creciente literatura médico-científica utiliza estos términos.^(17,18,19,21) Esta realidad tiende a confundir al profesional de la salud que, por limitaciones derivadas de su formación académica tradicional, principalmente con un enfoque biomédico, está muy alejado de las ciencias sociales y carece, por tanto, de una trama conceptual con la cual adentrarse en los aspectos de IC en la práctica clínica.⁽²²⁾

La IC es una manera de vivir la diversidad cultural mucho más exigente que la mera coexistencia multicultural. El prefijo “inter-” da la clave. “Multi” solo significa “muchos” o “varios”, pero “inter-” implica interrelación, reciprocidad.⁽²³⁾

Por ello, es necesario delimitar estos conceptos y darles el sentido que realmente deben tener.

Conceptos de interculturalidad

Existe una gran dificultad para comprender el concepto de IC, debido a la relación de esta con las diversas y complejas relaciones humanas que involucran, asimismo, la comprensión del contexto histórico, social y político en que esas relaciones ocurren.⁽⁴⁾ El concepto de IC es polisémico y ha resultado objeto de debates y distintas acepciones, de acuerdo con distintas disciplinas y contextos en su uso. Se ha utilizado en ocasiones como práctica o, incluso, como una aproximación política, por lo que su comprensión y uso no son unívocos.⁽²⁴⁾ No se trata, por lo tanto, de una simple confluencia de culturas en un espacio determinado, como es la multiculturalidad, pues en la IC las culturas se interrelacionan: influenciadas unas por las otras llegan a un sincretismo o mestizaje cultural.⁽²⁵⁾ De esta manera, la interculturalidad se presenta como el espacio de intercambio y posibilidad de innovación de las tradiciones,⁽²⁶⁾ pues, aceptar la diferencia, implica estar abierto al contraste, al cuestionamiento de las incertidumbres, a la tolerancia y a los límites.

Menéndez⁽²⁵⁾ define IC como un “proceso social permanente y con profundidad histórica, que siempre ocurrirá cuando haya sociedades y grupos en contacto”. En esta relación se reconoce al otro como un ser digno de ejercer todos sus derechos, al valorar la diversidad como riqueza potencial.^(26,27)

Debe comprenderse la IC desde la necesidad de reconocimiento de la persona como un ser digno de ejercer todos sus derechos, y valorarse la diversidad como riqueza, en el ámbito específico de la salud, y en dimensiones adicionales a la pertenencia étnica, como son el estatus migratorio, y la diversidad de género y sexual, socioeconómica, intergeneracional, entre muchas otras.^(28,29)

La interculturalidad en salud

Cada colectividad desarrolla a través de su cultura su propio estilo de cuidado, lo cual marca la diferencia entre un sistema y otro. Las técnicas terapéuticas prácticas de salud y modelos de curación son explicadas de la manera en que cada grupo, etnia o cultura percibe la salud y la enfermedad. De esta forma, cada uno busca las formas de tratamiento y curación que considera más adecuadas con su realidad y su contexto socio-histórico-cultural.⁽²⁹⁾

Asimismo, la vivencia del proceso de la enfermedad se experimenta desde la propia cultura del usuario, sin la imposición de categorías socioculturales ajenas o de poca relevancia, de parte de los profesionales de la salud en ejercicio laboral.⁽³⁰⁾

La IC en salud es un concepto en construcción, que en ocasiones causa confusión en los profesionales de la salud por las limitaciones en la formación básica en antropología médica o IC en salud en los programas de formación. IC en salud implica un cambio de paradigma del ejercicio tradicional, que es posible insertarlo en la recuperación de la tradición clásica de la medicina, que fue dejada de lado por el enfoque exclusivamente biomédico en el siglo XIX.⁽²⁹⁾

De este modo, IC en salud supone una apertura y aceptación subjetiva hacia una cultura potencialmente distinta, tanto en prácticas sanitarias como en relación con las concepciones del mundo que exprese un usuario.⁽³⁰⁾

En consecuencia, las profesiones de la salud se ven estimuladas a reflexionar sobre sus modos de interacción con el otro y de las prácticas de salud. Su objetivo es ofrecer un cuidado coherente con las necesidades reales de salud de los usuarios dentro de su contexto, al respetar y valorar la diversidad intercultural existente entre los profesionales y los individuos.^(3,22)

Competencia cultural o intercultural en salud

El término Competencia Cultural (CC) aparece en la literatura hacia los años 70; proveniente de la antropología, fue utilizado por primera vez por Cross (1989).⁽³¹⁾ El concepto se genera en Estados Unidos e Inglaterra en razón del gran número de personas provenientes de diversas partes del mundo, cuando fue evidente el desencuentro generado entre los migrantes y los equipos de salud.⁽³²⁾

Según *Sharifi* y otros,⁽³¹⁾ “es el proceso dinámico y evolutivo de adquirir la capacidad de brindar atención efectiva, segura y de calidad a personas de diferentes culturas, considerando los diferentes aspectos de sus culturas”. La definición más citada de CC es la de Campinha-Bacote (citado por *Cabieses* y otros),⁽²¹⁾ quien la define como sigue:

[...] el proceso en el cual los profesionales 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. Este proceso de la CC involucra la integración de los siguientes atributos: conciencia cultural, conocimientos culturales, sensibilidad cultural, habilidades culturales, dominio cultural, dinamismo, deseo y encuentros culturales.

La conciencia cultural es comprender los efectos de la propia cultura. Ser respetuoso, apreciar y ser sensible a los valores y las creencias, con los estilos de vida, las prácticas y las estrategias de resolución de problemas de la cultura de la persona o grupo. Ayuda a las personas al autoconocimiento, al evaluar sus preferencias, prejuicios y sesgo, y constituye una base para valorar las creencias y los valores de los demás. Se puede utilizar para identificar las similitudes y las diferencias de otras culturas con la propia cultura. Ayuda a la exploración profunda de la propia procedencia cultural. Sin conciencia cultural, los individuos pueden imponer las creencias, los valores y los patrones de comportamiento de su propia cultura a personas de otras culturas.^(31,32,33)

El conocimiento cultural es la búsqueda y adquisición continua de información sobre diferentes culturas. Incluye el aprendizaje de marcos conceptuales y teóricos, que ayudan al procesamiento de datos. Para adquirir conocimientos culturales, los profesionales de la salud deben integrar sus conocimientos sobre creencias relacionadas con la salud, valores culturales, incidencia, y prevalencia de enfermedades y efectividad del tratamiento. El conocimiento de tales cuestiones ayuda a comprender cómo piensan y se comportan los pacientes durante sus enfermedades, y qué asuntos deben tenerse en cuenta al tomar decisiones sobre el cuidado de personas de diferentes grupos.^(31,32,33)

La sensibilidad cultural hace referencia a las relaciones interpersonales con los usuarios; involucra la confianza, la aceptación y el respeto, así como la facilitación y negociación, y valorar y respetar la diversidad cultural. Las características de la sensibilidad cultural son el conocimiento, la atención, la comprensión, el respeto y la optimización de las intervenciones en función de las necesidades culturales de las personas. Es un intento de comprender el mundo de los demás sin lentes de racismo. La sensibilidad cultural ayuda a comprender cómo las actitudes y puntos de vista de los pacientes afectan sus comportamientos y patrones de búsqueda de atención. Se propone el desarrollo de la competencia comunicativa, donde se crea un ambiente en el cual los significados, las ideas, la información y los temas que son esenciales para el cuidado profesional, se intercambian eficientemente.^(31,32,33)

La habilidad cultural es la capacidad de establecer una comunicación efectiva con personas de otras culturas. Esta habilidad resulta la consideración de diferentes creencias, valores y métodos en la planificación y prestación de cuidados;⁽³²⁾ la habilidad para desarrollar intervenciones culturalmente apropiadas a esas perspectivas.^(31,32,33)

El dominio cultural se refiere a la adquisición y la transferencia de nuevos conocimientos mediante la realización de investigaciones que utilizan enfoques terapéuticos culturalmente sensibles. Refleja el compromiso por el cambio.

Adquirir nuevos conocimientos y habilidades culturales y compartirlos a través de artículos, programas educativos y otros métodos son indicativos de competencia cultural.^(31,32,33)

El dinamismo implica que, en lugar de ser un profesional culturalmente competente, se está volviendo culturalmente competente a través de encuentros frecuentes con diferentes pacientes.⁽³¹⁾

Por su parte, el deseo cultural resulta la diferencia, encontrar las similitudes y ser capaz de aprender de otros.⁽³³⁾

El encuentro cultural invita a la interacción con personas de diversas procedencias culturales. Estos encuentros pueden ser con personas o grupos de la misma cultura, al tener como perspectiva la posibilidad de comprender diferencias regionales, de estatus socioeconómico, educativo, o de procedencia rural o urbana. Estas posibilidades de interacción permiten refinar y modificar las propias creencias existentes sobre un grupo cultural, o encontrar las semejanzas y diferencias en el mismo contexto cultural. Tiene importancia ser más sensible a expresiones faciales, contacto visual, uso del tacto, el lenguaje corporal y las prácticas de distancias y proximidad cuando se está en un encuentro cultural.⁽³³⁾

Al revisar la literatura y algunas definiciones de CC, se halla el potencial riesgo de un planteamiento cerrado, y existen críticas a este concepto. Entre los aspectos más debatidos están la posibilidad de crear estereotipos de las minorías; favorecer la idea de que los culturales son los “otros”, cuando todos somos seres culturales; de discriminar o ignorar otros factores diferenciales como el género, el estatus social o la orientación sexual.⁽³⁴⁾ Además, como lo han planteado las ciencias sociales, no es posible atribuir a la cultura todas las conductas de salud de las personas que no aceptan las prescripciones de la biomedicina.^(22,21) Debido a estos antecedentes, el concepto de Competencia Intercultural (CI) es preferible. Así se relevaron dos ideas: no existen personas aculturales –esto significa que los profesionales de la salud, también poseen un bagaje cultural propio–, y que la competencia requiere de una relación entre personas.⁽³⁴⁾

De ahí la necesidad que plantean *Cabieses* y otros⁽²¹⁾ de avanzar desde las CC, ampliamente enfocadas en los profesionales de salud y estandarizadas en el hemisferio norte hacia el concepto de CI, que reconocen el valor del trabajo desarrollado en CC, pero están más interesadas en el encuentro e intercambio humano que tiene lugar en la atención de salud. La CC presenta una imagen más relacionada con una unilateralidad del encuentro entre los trabajadores de la salud y los usuarios. Las CI, por su parte, tienen en este contexto su acento no en el trabajador de salud únicamente, sino que en el encuentro humano entre todas las partes involucradas en la atención de salud.

Dietz⁽²⁸⁾ define CI del siguiente modo:

[...] como herramientas y recursos funcionales para elevar la tolerancia, el entendimiento mutuo y la empatía con la otredad, en el segundo caso estas capacidades interculturales se interpretan y/o adquieren en términos de antidiscriminación, concientización y negociación de conflictos.

Cabieses y otros⁽²¹⁾ la definen así:

Capacidad de establecer encuentros humanos significativos en diversos escenarios de salud, donde se comparten experiencias, emociones con respecto al malestar, visiones de mundo, identidad, creencias, relación con el sistema de salud, corporalidad y enfermedad y objetos de acuerdo con cada persona y su rol en la interacción. Dependen del trabajador de salud, del ambiente y contexto. El encuentro humano es lo que está en relieve y en el contexto en el cual este encuentro sucede.

De este modo, en el espíritu de la CI está la disminución de las jerarquías; propone un diálogo más horizontal y respetuoso entre las partes. Además, la CI va más allá, al plantear que los trabajadores de la salud reconozcan que también son personas y profesionales culturalmente situados, y que la biomedicina resulta también un producto cultural con una historia. De modo que las CI llaman al reconocimiento de los trabajadores de la salud como sujetos con cultura e historia, así como los usuarios.⁽²¹⁾

La CI no puede ser una situación estática, sino un proceso dinámico, debido a que las personas expresan sus emociones, manifiestan sus sufrimientos, e interpretan sus síntomas y preocupaciones de manera diferente debido a las diferencias culturales. No se puede suponer que los profesionales de la salud tengan suficientes conocimientos, habilidades y actitudes, para brindar un servicio que sea culturalmente coherente con cada usuario, pero se espera que los profesionales sanitarios realicen esfuerzos continuos para brindar atención de acuerdo con el contexto cultural de los pacientes y/o usuarios.⁽¹⁾

La competencia intercultural y la formación de los profesionales de salud

La capacitación y entrenamiento en CI permitiría que los profesionales reconozcan la propia procedencia cultural y la de los usuarios. Apreciar y ser sensible a la forma como las personas comprenden y enfrentan los procesos de salud/enfermedad y el impacto de estos en los indicadores de salud facilitaría la construcción de propuestas de tratamiento donde se consideren los valores y las creencias de las personas, las potencialidades que emergen de ellas, y se recreen formas de tratamiento con significado y aceptación por parte de las personas.⁽³³⁾

No se trata de proporcionar una atención centrada en lo biológico y en la enfermedad, con una mirada reduccionista, sino centrada en la persona con una historia, experiencia, lenguaje, cultura que deben ser parte de un proceso de salud-enfermedad, como su protagonista, y por lo tanto con derechos a informarse, opinar y decidir.⁽³⁵⁾

De esta forma, los profesionales de la salud precisan generar espacios facilitadores de diálogo interactivo y horizontal, y producir conocimiento sobre nuevas formas de atender, para sensibilizar al otro, a través del lenguaje escrito, oral o corporal, donde estos espacios incentiven a las personas o grupos a utilizar y articular sus propios potenciales de curación, tratamiento y cuidado, de acuerdo con sus propios contextos socioculturales.⁽⁵⁾

En la literatura se evidencia la importancia de desarrollar la CI en los futuros profesionales de la salud, para responder correctamente a las necesidades y preferencias únicas de personas de culturas diferentes.⁽¹⁹⁾

Desde el entorno de la educación universitaria, el desarrollo de una competencia implica un proceso continuo que involucra la aceptación y el respeto de las diferencias, y no permite que las creencias personales propias tengan una excesiva influencia en aquellos quienes tienen una visión del mundo diferente de la propia.⁽³³⁾ Para *Tejada* (citado por *Farías* y otros)⁽³⁷⁾ “una competencia representa un conjunto de conocimientos, procedimientos y actitudes combinados, coordinados e integrados, en el sentido que el individuo ha de saber hacer y saber estar para el ejercicio profesional”. Haciendo referencia a los cuatro saberes de la definición de competencias: conocimiento teórico de un ámbito académico del ámbito profesional (“saber”), aplicar los conocimientos a situaciones profesionales concretas (“saber hacer”), características y actitudes personales hacia sí mismo, hacia los demás y hacia la profesión (“saber ser”) y el conjunto de actitudes y habilidades interpersonales que permiten interactuar en el entorno profesional (“saber estar”). Ser profesionalmente competente equivale a resultar capaz de desempeñar, de forma suficiente y adecuada, diferentes tareas profesionales relacionadas con dichas competencias.^(36,37) Estas

deben considerarse en el proceso de enseñanza-aprendizaje, para incentivar el desarrollo de las cuatro dimensiones del ser.

Los requerimientos mínimos para alcanzar las CI incluyen respeto (valorar a los otros); autoconciencia/identidad (comprender los lentes a través de los cuales cada uno ve el mundo); ver desde otras perspectivas/visiones de mundo (cómo estas perspectivas son similares y diferentes); escuchar (participar en un auténtico diálogo intercultural); adaptación (ser capaz de cambiar temporalmente de perspectiva); construcción de vínculo (forjar vínculos interculturales perdurables) y humildad cultural (combinar respeto con autoconciencia).⁽³⁰⁾

De ahí la importancia de que la CI a nivel universitario se desarrolle considerando los atributos de la CC y los saberes de la CI en la planificación curricular. Los contenidos deberán estar enfocados en aprender del “otro” no como si fuera algo extraño, ajeno o peculiar, sino en desarrollar, primeramente, la autoconciencia cultural como base imprescindible para la valoración mutua.

Para que el encuentro IC sea efectivo y significativo, *Cabieses* y otros⁽²¹⁾ plantean que deben estar presente los siguientes cuatro pasos:

- Aceptación mutua en nuestra dignidad de persona (calibrar y balancear la relación de poder implícita en el encuentro de salud desde su inicio).
- Reconocimiento mutuo de nuestras historias, creencias, identidades, miedos y anhelos (concernos como individuos únicos por medio de la escucha activa y la comunicación efectiva).
- Valoración de lo que nos diferencia y de lo que tenemos en común desde un lugar neutro emocional (crear puentes iniciales de reconocimiento para un diálogo posterior más profundo y sincero que permita llegar a la negociación o mediación efectiva).
- Ponernos de acuerdo sobre lo que queremos como individuos y como grupos, y sobre cómo construirlo a lo largo del tiempo.

Esto incluye códigos, lenguaje, narrativas y símbolos comunes (diálogo intersubjetivo de igual nivel entre las partes), así como estrategias formales de mediación en salud y creación de acuerdos compartidos para cada atención de salud particular.

La CI no se debería enseñar en un solo curso, sino en forma transversal; es decir, en forma progresiva desde los primeros cursos del pregrado hasta su integración en los últimos cursos clínicos.⁽³⁰⁾ La literatura evidencia que se puede enseñar, a través de

diferentes estrategias de aprendizaje como simulación, portafolio, discusiones grupales, estudios de caso, reflexión y otros, para que los futuros profesionales brinden cuidados culturalmente sensibles.^(38,39,40)

Álvarez y otros⁽⁴⁰⁾ en su revisión sistemática de intervenciones de CI en profesionales de la salud, donde no diferencia ente CC y CI, encuentra que el mayor número estaba en E.E.U.U y en menor cantidad en Latinoamérica. Las intervenciones eran principalmente extracurriculares. Dentro de las estrategias educativas utilizadas estaban aprendizaje de servicio, grupos de discusión, análisis de caso clínico, reflexiones y conferencias. En otra publicación se realizó una intervención utilizando la simulación como estrategia de enseñanza-aprendizaje en estudiantes del área de la salud.⁽³⁰⁾ Por otra parte, Farías y otros⁽³⁷⁾ sugieren que la enseñanza de la CI en estudiantes del área de la salud debe ser en forma sistemático en la formación de pregrado, con diferentes estrategias de intervención durante toda la formación.

Conclusiones

La propuesta de este análisis es llamar la atención para reflexionar en las bondades que puede ofrecer la comprensión y enseñanza de la CI en los futuros profesionales de la salud, al aceptar que la población que se atiende es multicultural, que va más allá de las minorías, de los grupos étnicos, religiosos o migratorios. El ambiente de cambio que se vive a nivel mundial puede ser una oportunidad para volver a pensar y reformular los planes de estudios de los futuros profesionales de la salud. Se trataría de reflexionar acerca de la necesidad de poner el foco en la formación de seres humanos, profesionales con un sello en la interculturalidad, que aporten desde sus disciplinas ideas y prácticas para construir países con mayor justicia y equidad social.

En los documentos analizados se evidencia que es importante aprender y entender otras culturas, pues mejora el bienestar integral del usuario, al generar un cuidado humano porque lo considera un sujeto igual a él, como ser humano particular, pero con diferente cosmovisión.

Es necesario que el futuro profesional observe, escuche, pregunte aquello que desconoce de la cultura. Hay que evitar los estereotipos, garantizar el respeto y comprender sin juzgar. Hay que desarrollar el autoconocimiento, antes de poder llegar a la aplicación integral de la CI. Se ha de conseguir realizar un encuentro intercultural adecuado para así garantizar una asistencia de calidad a los usuarios.

Finalmente, las instituciones de educación superior deben reformular sus programas para poder dar respuesta a estas solicitudes. En este sentido, resulta necesario el despliegue y la enseñanza de CI con diferentes estrategias de enseñanza-aprendizaje, que permitan sustentar la atención y los cuidados desde una perspectiva holística, desde un enfoque global, integrador y transdisciplinario, que permita intervenir desde las actitudes, los sentimientos, las conductas sociales y las pautas culturales a nivel individual, institucional y social. Es necesario que la interculturalidad se asuma como principio y eje transversal de la educación superior, centrada en el encuentro intercultural entre dos personas con sus propias culturas.

Referencias bibliográficas

1. Cai D-Y. A concept analysis of cultural competence Int. J. Nurs. Sci. 2016;3(3):268-73. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2016.08.002>
2. Bernales M, Pedrero V, Obach A, Pérez C. Competencia Cultural en Salud: una necesidad urgente en trabajadores de la salud. Rev Méd Chile. 2015;143(3):401-2. DOI: <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872015000300018>
3. Loza C. Salud e Interculturalidad en América Latina. Antropología de la Salud y Crítica Intercultural. Chungará (Arica). 2010;42(2):543-7. DOI: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-73562010000200016>.
4. Valdez-Fernández AL. Formación bioética e intercultural en enfermería: revisión temática. Pers. bioét. 2017;21(2):312-29. DOI: <https://doi.org/10.5294/pebi.2017.21.2.10>
5. Santos EM, Ángel L, Chad LH. La Interculturalidad en el mundo globalizado y sus impactos en el proceso salud-enfermedad: contribuciones de la Enfermería. Index Enferm 2013;22(4):214-8. DOI: <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962013000300005>.
6. Cabieses B, Oyarte M. Health access to immigrants: identifying gaps for social protection in health. Rev Saúde Pública. 2020;54:20. DOI: <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2020054001501>.
7. Ministerio de Salud de Chile. Circular No. 21. Reitera instrucción sobre la atención de Personas trans en la Red Asistencial; 2012 [acceso 15/03/2021]. Disponible en: https://diprece.minsal.cl/wrdprss_minsal/wp-

<content/uploads/2015/01/CIRCULAR-21-Reitera-Atenci%C3%B3n-de-personas-trans.pdf>

8. White Hughto JM, Rose AJ, Pachankis JE, Reisner SL. Barriers to Gender Transition-Related Healthcare: Identifying Underserved Transgender Adults in Massachusetts. *Transgender health*. 2017;2(1):107-18. DOI: <https://doi.org/10.1089/trgh.2017.0014>

9. Hasen F. Interculturalidad en salud: competencias en prácticas de salud con población indígena. *Cienc. enferm*. 2012;18(3):17-24. DOI: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532012000300003>.

10. Alizadeh S, Chavan M. Cultural competence dimensions and outcomes: a systematic review of the literature. *Health Soc Care Community*. 2016;24(6):117-30. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/hsc.12293>

11. Betancourt JR, Corbett J, Bondaryk MR. Addressing Disparities and Achieving Equity: Cultural Competence, Ethics, and Health-care Transformation. *Chest*. 2014;145(1):143-8. DOI: <https://doi.org/10.1378/chest.13-0634>

12. White J, Plompen T, Tao L. What is needed in culturally competent healthcare systems? A qualitative exploration of culturally diverse patients and professional interpreters in an Australian healthcare setting. *BMC Public Health*. 2019 [acceso 15/03/2020]. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7378-9>

13. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Manual de medición y monitoreo de indicadores de las metas regionales de recursos humanos para la salud: un compromiso compartido. Organización Panamericana de la Salud. 2011 [acceso 15/03/2020]. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2011/HSS-Manual-medicion-MetasReg-2011.pdf>

14. Naciones Unidas. La Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible: una oportunidad para América Latina y el Caribe (LC/G.2681-P/Rev.3). Santiago; 2018 [acceso 15/03/2020]. Disponible en: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/40155/24/S1801141_es.pdf

15. Organización Mundial de la Salud (OMS). Mayor colaboración, mejor salud: plan de acción mundial a favor de una vida sana y bienestar para todos. Organización Mundial de la Salud; 2019 [acceso 15/03/2020]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/327844/9789243516431-spa.pdf>

16. Bautista E, Vangehuchten L, Duque V. La atención sanitaria intercultural en Ecuador: un proyecto de investigación para las carreras de medicina y enfermería.

MEDISAN. 2017 [acceso 01/09/2019];21(10):3111-22. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192017001000017&lng=es

17. Díaz M. Interculturalidad y salud: La competencia cultural y la interculturalidad en salud como herramientas para abordar el encuentro clínico multicultural [Grado en Medicina]. España: Universidad de Cantabria; 2018 [acceso 15/03/2020]. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10902/14319>

18. Pérez C, Pedrero V, Bernales M, Chepo M. Competencia cultural: La necesidad de ir más allá de las diferencias raciales y étnicas. Atención Primaria. 2018;50(9):565-7. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2017.12.007>

19. Veliz-Roja L, Bianchetti-Saavedra AF, Silva-Fernández M. Competencias interculturales en la atención primaria de salud: un desafío para la educación superior frente a contextos de diversidad cultural. Cad. Saúde Pública. 2019;35(1):e00120818. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00120818>.

20. Rodríguez J. La integración intercultural en España: El mestizaje constitucional democrático. Migr. Inter 2011 [acceso 11/04/2020];6(2):193-222. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-89062011000200007&lng=es&nrm=iso

21. Cabieses B, Obach A, Urrutia C. Interculturalidad en salud: teorías y experiencias para poblaciones migrantes internacionales. s. c: s. e.; 2021. p. 21-49 [acceso 15/03/2020]. Disponible en: <http://hdl.handle.net/11447/4357>

22. Escobar B, Paravic-Klijn T. La transculturalidad, elemento esencial para mejorar la atención en salud y enfermería. Enfermería Actual de Costa Rica 2017;(33):73-87. DOI: <http://dx.doi.org/10.15517/revenf.v0i33.29627>.

23. Hasen F. Interculturalidad en salud: competencias en prácticas de salud con población indígena. Cienc. Enfermo. 2012;18(3):17-24. DOI: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532012000300003>

24. Meza E, Díaz R, Alarcón AM. ¿Qué es kúme mogen mapuche? Concepto e implicancias en salud pública y comunitaria. Salud pública Méx. 2018;60(4):380-1. DOI: <https://doi.org/10.21149/8988>

25. Menéndez E. Salud intercultural: propuestas, acciones y fracasos. Ciênc. saúde coletiva. 2016;21(1):109-18. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015211.20252015>

26. Carreño A, Cabieses B, Obach A, Pérez C. Migraciones y mestizajes: conceptos y debates para la aproximación teórica a la salud en contextos interculturales. *Cuad Méd Soc.* 2018;58(4):7-17.
27. Rodriguez JA. La integración intercultural en España: El mestizaje constitucional democrático. *Migr. Inter.* 2011 [acceso 09/03/2020];6(2):193-222. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-89062011000200007&lng=es&tlng=es.
28. Dietz G. Interculturalidad: una aproximación antropológica. Perfiles educativos. 2017 [acceso 05/06/2021];39(156):192-207. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-26982017000200192&lng=es&nrm=iso
29. González JE. Multiculturalismo e Interculturalidad en las Américas. Canadá, México, Guatemala, Colombia, Bolivia, Brasil, Uruguay. 1 ed. Bogotá: Cátedra Unesco-Diálogo intercultural, Universidad Nacional de Colombia; 2019.
30. Veliz-Rojas L, Zuleta González L, Bianchetti-Saavedra A. Simulación como estrategia de desarrollo de competencias culturales en estudiantes del área de la salud. *Educ. Méd. Super.* 2021 [acceso 20/03/2022];35(4):e2428. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412021000400011&lng=es
31. Sharifi N, Adib-Hajbaghery M, Najafi M. Cultural competence in nursing: A concept analysis. *Int J Nurs Stud.* 2019;99:103386. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.103386>
32. Cai D, Kunaviktikul W, Klunklin A, Sripusanapan A, Avant PK. Identifying the essential components of cultural competence in a Chinese nursing context: A qualitative study. *Nurs Health Sci.* 2017;19(2):157-62. DOI: <https://doi.org/10.1111/nhs.12308>
33. Osorio-Merchán May B, López Díaz AL. Competencia cultural en salud: necesidad emergente en un mundo globalizado. *Index Enferm.* 2008 [acceso 30/03/2021];17(4):266-70. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962008000400010&lng=es
34. Fernandez Liria A, Perez-Sales P. Instrumento para la valoración de la competencia intercultural en la atención en Salud Mental (IVCI). Madrid: Dirección General de Salud Pública y Sanidad Exterior del Ministerio de Sanidad; 2011.

35. Campos R. Salud intercultural en América Latina. En: Campos R. Antropología médica e interculturalidad. 1 ed. Ciudad de México: Mc Graw Hill; 2016. p. 36-44.
36. Palacios A, López V, Fraile A. Perception Questionnaire of Teaching Competences in Physical Education. Rev Int Med Cienc Act Fis Deporte. 2019 [acceso 20/11/2021];19(75):445-61. Disponible en: <http://cdeporte.rediris.es/revista/revista75/artdeterminante1038.htm>
37. Farías-Cancino A, González-Agöero M, Urrutia-Egaña M, Cruces-Ramírez M, Navea-Barrera J, Reyes-Vásquez J. Desarrollo de una estrategia para fortalecer la competencia intercultural en el currículum de pregrado de Enfermería. Rev. méd. Chile. 2021;149(10):1495-1501. DOI: <http://dx.doi.org/10.4067/s0034-98872021001001495>.
38. Oikarainen A, Mikkonen K, Kenny A. Educational interventions designed to develop nurses' cultural competence: A systematic review. Int J Nurs Stud. 2019;98:75-86. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.06.005>
39. Jongen C, McCalman J, Bainbridge R. Health workforce cultural competency interventions: a systematic scoping review. BMC Health Serv Res. 2018;18:232. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3001-5>
40. Álvarez D, Nocetti-de-la-Barra A, Mansilla J, Otondo M, Ortega M. Intercultural competence with interprofessional education in health sciences students, a systematic review. J. Health Med. Sci. 2021 [acceso 30/12/21];7(3):157-68. Disponible en: <https://johamsc.com/2021/10/18/733/>

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.