

Fortalezas y debilidades en la formación para la atención de personas pertenecientes a colectivos de diversidades en las carreras de la salud de la facultad de Medicina de la Universidad de Chile

Soledad Reyes Soto
Lorena Iglesias Véjar
Nathalie Llanos Rivera
Carolina Carstens Riveros
Diego Cifuentes Lucer

Como citar:

SOTO, Soledad Reyes; VÉJAR, Lorena Iglesias; RIVERA, Nathalie Llanos; RIVEROS, Carolina Carstens; LUCER, Diego Cifuentes. Fortalezas y debilidades en la formación para la atención de personas pertenecientes a colectivos de diversidades en las carreras de la salud de la facultad de Medicina de la Universidad de Chile. *In*: MARTINS, Sandra Eli Sartoreto de Oliveira; CIANTELLI, Ana Paula Camilo (org.). **Inclusão universitária no século XXI: dilemas atuais**. Marília: Oficina Universitária; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2023. p. 233-256. DOI: <https://doi.org/10.36311/2023.978-65-5954-342-7.p233-256>



All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 4.0 (CC BY-NC-ND 4.0).

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença Creative Commons Atribuição-NãoComercial-SemDerivações 4.0 (CC BY-NC-ND 4.0).

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia Creative Commons Reconocimiento-No comercial-Sin derivados 4.0 (CC BY-NC-ND 4.0).

CAPÍTULO 8

Fortalezas y Debilidades en la Formación para la Atención de Personas Pertenecientes a Colectivos de Diversidades en las Carreras de la Salud de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile

M^a Soledad Reyes SOTO¹

Lorena Iglesias VÉJAR²

Nathalie Llanos RIVERA³

Carolina Carstens RIVEROS⁴

Diego Cifuentes LUCERO⁵

¹ Facultad de Medicina, Universidad de Chile. Nutricionista, Magister en Nutrición Clínica de PUC, Diplomada en simulación clínica, Diplomada en Docencia basada en competencias. Santiago/Chile email: maria.reyes.s@uchile.cl ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9622-492X>

² Departamento de Nutrición, Facultad de Medicina, Universidad de Chile. Nutricionista, Bachiller en Ciencias exactas, Diplomada en Salud Familiar, Magister en Salud Pública, Diplomada en metodologías para la construcción, validación y análisis de cuestionarios en salud. Santiago/Chile email: liglesias@uchile.cl ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1200-7675>

³ Departamento de Nutrición, Facultad de Medicina, Universidad de Chile. Nutricionista Magíster en Nutrición y Alimentos mención Promoción de la Salud y Prevención de Enfermedades Asociadas a la Nutrición, Diploma en ciencias de la actividad física. Santiago/Chile. email: natyllanosr@uchile.cl ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6178-1507>

⁴ Dirección de Género, Facultad de Medicina, Universidad de Chile. Socióloga, diplomada en metodologías cualitativas para la investigación psicosocial, diplomada en marketing social y estrategias de implementación de RSE, Máster en Antropología Aplicada, Salud y Desarrollo Comunitario, diplomada en Derechos Humanos, políticas públicas y gestión global inclusiva. Santiago/Chile. email: ccarstens@uchile.cl ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4784-6842>

Introducción

La Facultad de Medicina de la Universidad de Chile (FAMED-UCh), es el primer centro de formación en medicina en Chile. En esta facultad se imparten ocho carreras: medicina, enfermería, obstetricia y puericultura, tecnología médica, kinesiología, fonoaudiología, terapia ocupacional y nutrición y dietética.

Su labor formativa se desarrolla bajo los imperativos de la calidad, la ética, el espíritu de servicio y el compromiso con el bienestar de la comunidad para contribuir a elevar la calidad de vida de la población.

De acuerdo con la diversidad cultural propia del país, las carreras de FAMED-UCh instalan un currículo innovado a través de un modelo de aprendizaje orientado al desarrollo de competencias y habilidades transversales, que permita a estudiantes y egresados(as) desempeñarse con mayor confianza en la atención de personas culturalmente diversas.

La formación de estudiantes se realiza desde un modelo bio-psico-social de salud que reconoce cómo las condiciones y estilos de vida contribuyen significativamente en el proceso de salud y enfermedad influyendo en su aparición, desarrollo y prevalencia, de acuerdo a elementos transversales como la clase social, la nacionalidad, la etnia, el género y diversidad funcional,

⁵ Departamento de Terapia Ocupacional y Ciencia de la Ocupación, Facultad de Medicina, Universidad de Chile. Terapeuta ocupacional, Master of Sciences in Occupational Therapy, Diplomado en Modelo de Ocupación Humana. Santiago/Chile. email:dcifuentes@uchile.cl ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0752-5024>

entre otras categorías, reconociendo la interacción entre la complejidad de la diversidad humana y el medio social donde la persona se desenvuelve.

En línea con lo anterior, el presente estudio comenzó con la revisión de los programas de estudio de cada carrera, identificando siete áreas transversales de formación las que se identifican actualmente como parte de un sello institucional de la facultad. Estas áreas son: (i) compromiso social y ético, (ii) conocimiento disciplinar-profesional, (iii) habilidades básicas para el desempeño profesional, (iv) fomento y desarrollo de la investigación, (v) gestión y salud pública, (vi) educación y docencia en salud y (vii) conocimiento científico. Aunque para efectos del estudio, solo se consideró aquellas que se vinculan con el ejercicio profesional y la diversidad cultural de la población atendida por los servicios de salud (habilidades interpersonales, compromiso social y ético, conocimiento disciplinar-profesional, gestión y salud pública).

Este capítulo muestra los resultados del levantamiento de información en el marco de la investigación financiada por Fondo de Investigación para el Desarrollo de la Docencia de Pregrado (FIDOP) de la Vicerrectoría Académica de la Universidad de Chile, que se plantea por objetivo describir las percepciones que tienen estudiantes que cursan prácticas profesionales y egresadas(os) de las carreras impartidas por la FAMED-UCh respecto de sus fortalezas, debilidades y necesidades de formación para el ejercicio de la profesión, que se vinculan al género, diversidad funcional, diversidad cultural asociada a etnicidad y nacionalidad y diversidad sexo-genéricas.

Al profundizar en 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).

Por lo tanto, desde la mirada de las competencias culturales, se busca la comprensión de la persona usuaria como una fusión de elementos contextuales y culturales, que permite la atención de salud con pertinencia y en reconocimiento de su autonomía. Esta respuesta al cambio demográfico no sólo tiene relación con las habilidades blandas de cada profesional de salud, sino que además permite crear políticas públicas asociadas, como leyes, programas y reglamentos que definan estándares para la atención de personas diversas, que podría ser útiles para entender la prevalencia de enfermedades o resistencia a tratamientos en personas que presentan determinantes sociales de salud específicos.

Marco Conceptual

A partir de la identificación de conceptos relevantes, presentamos una propuesta de glosario que identifica los términos necesarios para comprender el debate actual de la diversidad cultural o multiculturalidad en Chile, con la intención de proveer el marco desde el cual se abordarán las competencias y habilidades, necesidades, fortalezas y debilidades de la formación de

profesionales de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile desde un enfoque de derechos.

Género

El enfoque de género en cuanto herramienta teórica y metodológica, busca evidenciar los roles y tareas, funciones y responsabilidades que experimentan las personas en nuestra sociedad a partir de las asimetrías y desigualdades que se producen y reproducen en la población desde una división biológica de los cuerpos (sexo) y su consiguiente diferenciación social (género).

En ese sentido, la perspectiva política de las relaciones de género, permitirá identificar las causas interseccionales de carácter estructural y contextual que generan desigualdad, así como también la propuesta de medidas legislativas y administrativas necesarias para la protección de los derechos de las mujeres y las diversidades sexo-genéricas con el fin de lograr la equidad en la vida económica y social, cotidiana y privada de las personas.

Personas con discapacidad

El derecho internacional reconoce, a través de la Convención Sobre Los Derechos De Las Personas Con Discapacidad del año 2006, condiciones interseccionales de discriminación y vulnerabilidad que viven las personas con discapacidad. Así, y desde un enfoque social de la discapacidad, entendido como 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, el debate actual, da cuenta de la intención de acotar las limitaciones experimentadas por las personas con discapacidad a partir de un entorno poco accesible (SALEH, 2005). De acuerdo a lo anterior, *Persona con discapacidad* es aquella que teniendo una o más deficiencias físicas, mentales, sea por causa psíquica o intelectual, o sensoriales, de carácter temporal o permanente, al interactuar con diversas barreras presentes en el entorno, ve impedida o restringida su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás (LEY, 20.422).

La *diversidad funcional*, como una denominación no negativa de la discapacidad, es un concepto propuesto por Romañach y Lobato (2009), que buscaba superar el estigma relacionado con el uso de términos peyorativos asociados a la situación de discapacidad, reconociendo la existencia de diferentes maneras de habitar y por lo tanto, funcionar en sociedad, que son determinadas por las diferencias físicas, sensoriales y/o cognitivas de las personas.

Pueblos Indígenas y Tribales

La legislación internacional sobre los derechos colectivos de los pueblos indígenas y tribales, a través de sus herramientas más importantes: Convenio 169 de la OIT y las declaraciones ONU (2007) y OEA (2016) reconocen y definen a quienes aplican estos derechos reconocidos 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 ese sentido, los convenios internacionales ratificados por Chile en materia de pueblos indígenas y tribales reconocen las aspiraciones de los pueblos de recuperar y mantener sus propias instituciones y formas de vida, posibilitando un desarrollo económico, social y político que permitan mantener y fortalecer sus identidades, lengua y cosmovisión.

Migración

En los últimos años la interacción entre las personas migrantes y la sociedad chilena muchas veces se ha manifestado a través de relaciones de desigualdad debido, precisamente, a las jerarquías implícitas de la migración, las que definen a las personas a partir de la intersección corporizada de raza, género, origen y clase, entre otras variables.

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 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, generando situaciones de discriminación e incluso violencia contra aquellas personas que cruzan en sus identidades el color de piel y el provenir de países pobres del continente.

Se planteó un estudio de carácter exploratorio y descriptivo y debido a la complejidad de la temática en cuestión y buscando la manera de lograr una mayor comprensión del fenómeno a estudiar, se consideró que el diseño mixto -que involucra técnicas de recopilación de datos tanto cualitativos como cuantitativos.

Muestreo

En términos generales, el muestreo de la presente investigación es de carácter no probabilístico y para acceder a los de estudio, se aplicó la técnica de muestreo por conveniencia (HERNÁNDEZ; FERNÁNDEZ; BAPTISTA, 2016) que se caracteriza por determinar un perfil de sujeto de estudio, seleccionándoles en base a la facilidad de acceso, la disponibilidad y la voluntariedad de la misma (no aleatorio).

El universo de la muestra corresponde a la totalidad de estudiantes y egresados(as) de las diferentes carreras de la salud que cumplan con los siguientes criterios de inclusión:

- Formados con currículo innovado
- Terminado su primera práctica profesional

Al muestreo general, se agregó la técnica de muestreo a expertos o informante clave, que consiste en la delimitación de un sujeto de estudio que tiene mayores conocimientos sobre el tema de estudio. Así, se aplicó una entrevista semiestructurada a las direcciones de cada una de las ocho escuelas de la salud. En total, se entrevistaron a ocho personas.

Debido al carácter mixto de la investigación, se desarrollaron dos procesos muestrales, cada uno asociado a uno de los enfoques utilizados (cualitativo y cuantitativo). En primera instancia se había planteado la realización de dos grupos focales por carrera (uno con personas egresadas y otro con estudiantes) de entre ocho y 12 personas cada uno, sin embargo, después de dos intentos de convocatoria a grupos focales de egresados por carrera, no se logró asegurar su asistencia, por lo que fue necesario reemplazarlas por entrevistas semi estructuradas.

En total de esta parte de la investigación participaron 111 personas egresadas y estudiantes, pertenecientes a las ocho carreras de la salud impartidas en la facultad. Estas personas están distribuidas de la siguiente manera:

Tabla 1.
Composición entrevistas y grupos focales (N=111)

	Escuelas																										
	Enf			Med			TO.			FO			KIN			NU			OBS			TM					
	D	I	E	D	I	E	D	I	E	D	I	E	D	I	E	D	I	E	D	I	E	D	I	E	D	I	E
Ent.	1		2	1			1		2	1		2	1		3	1		2	1		4	1		2			
GF		1			1	1					1												1				
		3			1	5			7		5				6			5			5		7				

Ent: entrevista, GF: Grupos focales. ENF: enfermería, MED: Medicina, TO: Terapia ocupacional, FO: Fonoaudiología, KIN: Kinesiología, NU: Nutrición y Dietética, OBS: Obstetricia y puericultura, TM: Tecnología médica. DI: Director, In: interno; Eg: egresado

Técnicas de producción de datos

Se utilizaron fuentes primarias y secundarias de información para el levantamiento de datos. En primer lugar, se revisaron los planes de egreso y las matrices de competencias y subcompetencias de las diferentes carreras. Luego, se comenzó con la fase cualitativa a través de la aplicación de la técnica de entrevista semi-estructurada y grupos focales (KVALE, 2011, p. 30). Las entrevistas semi estructuradas fueron aplicadas a cada informante clave, así como a la mayoría del grupo de personas egresadas, ascendiendo al total de 25 personas.

En conjunto con las entrevistas, se desarrollaron grupos focales, con el objetivo de desarrollar sus percepciones sobre fortalezas y debilidades en relación con la formación en herramientas para la atención pertinente a personas pertenecientes a colectivos de la diversidad, en su desarrollo clínico profesional. Se consideró que los grupos focales serían la técnica más eficiente para reunir diferentes voces de un mismo perfil, sin embargo, en la práctica, fue imposible convocar a las personas egresadas, a pesar de que confirmaran su intención de participar.

Previo a la entrevista se entregó un consentimiento informado que debía ser explicado, leído y firmado por la persona entrevistada, para finalmente proceder a la entrevista, la que fue grabada y transcrita para desarrollar el posterior análisis.

Los instrumentos cualitativos, la pauta de entrevista y la pauta de grupo focal, se desarrollaron a través de la operacionalización de los objetivos planteados, en conjunto con la revisión bibliográfica. Se estableció una pauta con siete ejes

temáticos: descripción sociodemográfica, innovación curricular, multiculturalidad e interculturalidad; Género; Discapacidad; Etnicidad y Clase social

Análisis

El material recolectado fue analizado a partir de un análisis de contenido de tipo temático, describiendo los contenidos de los textos a través del procedimiento sistemático de interpretación de los sentidos compartidos por los y las estudiantes, egresadas y egresados y a los y las directoras de las escuelas de FAMED-UCh, dando cuenta no solo de los contextos de enunciación, sino que entregando contenido a categorías analíticas de carácter teórico y a categorías emergentes construidas a partir de la segmentación de los textos, para dar respuesta a si a las preguntas que guían la investigación (SCHREIER, 2012)

Para realizar el análisis se utilizó el software Nvivo, el cual permitió categorizar las diferentes conversaciones en función de temas particulares asociadas a las habilidades y competencias desarrolladas por las y los estudiantes y egresadas y egresados. Los resultados que siguen a continuación responden a la categorización previa al análisis y a las categorías que fueron emergiendo a medida que se revisaban las diferentes entrevistas y grupos focales.

Resultados y discusión

Análisis cualitativo

La evaluación del enfoque multicultural y las experiencias que los y las estudiantes reportan al respecto, varían en función por un lado de la carrera, pero por el otro de las experiencias que cada uno y una de estudiantes, egresados/as y directores/as han tenido con 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 diremos que las definiciones giran en torno a la realidad empírica de la existencia y convivencia de múltiples culturas en una sociedad o territorio. Como veremos en los siguientes apartados, la concepción de “cultura” para algunos y algunas trasciende a las nacionalidades o etnias. Lo primero que surge es pensar la multiculturalidad como manifestaciones de diversidad cultural: “Siento que son las distintas manifestaciones por las que se pueden expresar las vivencias de las personas en la sociedad, según su historia, según su contexto físico, dónde vivan, según su historia ancestral” Mujer, egresada carrera de terapia ocupacional.

La cultura se asocia con diferentes elementos relacionados con nacionalidad, país o etnia. Esto último se asocia con algunas ideas que surgen en las conversaciones y que asocian la cultura, y por ende la multiculturalidad, con algo que trasciende a las nacionalidades o etnia. Si bien es cierto que muchos y muchas estudiantes piden que las competencias multiculturales se traten de

manera transversal en las diferentes etapas de la carrera, también lo es el hecho de que admiten que hay una competencia transversal que les permite de todas maneras sortear estos desafíos que impone la diversidad. Esta competencia dice relación con la empatía, el autoconocimiento y el respeto por la diversidad – ligado, por supuesto, también a las áreas transversales de formación como el compromiso social y ético y habilidades personales básicas para el desempeño profesional.

De igual manera, avanzando en las discusiones respecto a las competencias multiculturales muchos y muchas estudiantes plantean que existe una formación básica al respecto que les permite moverse en ese ámbito y que les permite resolver las dificultades con las que se puedan ir encontrando. En ese sentido, si bien se piden herramientas más específicas, se plantea que existen las bases para afrontar desafíos. Los y las estudiantes, internos/as y egresados/as de forma general reconocen que hay una debilidad si nos remitimos a la especificidad en cuanto a formación en competencias multiculturales. Sin embargo, hay una “filosofía” que se expresa a través de competencias generales relacionadas a habilidades blandas que permiten superar los desafíos que impone la multiculturalidad.

Aún cuando estudiantes y egresados/as valoran las herramientas y competencias blandas como salida a desafíos que supone la diversidad cultural, también esbozan una crítica que aparece en forma de recomendación de más ramos que atiendan esta dimensión, o a la transversalidad de la formación multicultural en los diferentes ramos de las mallas. En directoras y directores la visión es positiva, pero sobre la base de que los temas

multiculturales – en tanto temas emergentes – se están, al menos, “considerando”. La autocrítica acá se dirige hacia la necesidad de formar a los docentes del claustro en estos asuntos para así hacer del enfoque multicultural uno transversal a la malla

Finalmente, hay un último elemento que es importante de tomar en cuenta en cuanto al enfoque multicultural refiere. Varios y varias de los y las internas plantean que otro de los problemas que tienen que enfrentar en los servicios de salud pública se relaciona con la discriminación que deben presenciar por parte de otros funcionarios de los servicios de salud, principalmente hacia personas de otra nacionalidad. A modo de cierre es importante destacar que la percepción general es que no hay herramientas suficientes para afrontar este tema, lo cual se ve reflejado en la tabla 7 a continuación donde por lo general se identifican muy pocas fortalezas en este ámbito. Se entiende, por cierto, que es un tema emergente. De igual modo se entiende que las herramientas transversales de la empatía y habilidades blandas en general – que es un sello de la Universidad – son competencias valiosas que al final del día permiten superar los desafíos que la presencia de múltiples culturas supone. Sin embargo, en algunos casos estas herramientas no son suficientes. La invitación acá entonces es a transversalizar el enfoque multicultural, poniendo énfasis en las dificultades que cada carrera enfrenta al respecto y que quedan muy bien graficadas precisamente en las experiencias que de este estudio se recogen

A partir de las respuestas entregadas, que varían en función de la carrera y de las necesidades particulares de cada una, pero en términos generales, se reconocen debilidades que se

traducen en una serie de recomendaciones que se presentan en la tabla 2.

Tabla 2
Resumen recomendaciones

Enfoque	Recomendaciones
General	Transversalizar en las mallas y ramos los enfoques de derechos desde el multiculturalismo, 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 multiculturalismo, 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 ramos

Multiculturalismo	Incluir oferta de CFG referidos a multiculturalismo una vez terminada la primera práctica. Se pide particularmente un curso de idiomas que permita atender a personas provenientes de Haití.
	Mediadores interculturales indígenas, o provenientes de Haití según la necesidad del territorio
	Transversalizar el enfoque multicultural en mallas.
	Incluir en las clases casos clínicos referidos a personas migrantes, personas indígenas y en general de culturas diferentes a la hegemónica
	Incluir variables como nacionalidad o etnia en el análisis de la prevalencia de determinadas enfermedades.
Diversidad funcional	Incluir oferta de CFG como lengua de señas una vez terminada la primera práctica.
	Incluir casos clínicos referidos a personas con diferentes tipos de discapacidad en las clases.
	Incluir ramos, CFG o casos clínicos de adultos mayores y formación en cuidados de personas dependientes.
	Tomando en cuenta que algunas carreras tienen mejor formación que otras en discapacidad, se recomienda fomentar la transdisciplinariedad ya sea en CFG o en otras instancias.
	En carreras como medicina, se recomienda poner énfasis no sólo en la patología que genera discapacidad, sino que en los determinantes sociales y en las posibilidades de reinserción.
	Poner mayor énfasis en intervención y rehabilitación
	Poner mayor énfasis en el entorno de las personas con discapacidad y las fortalezas y debilidades que de ahí emergen para la rehabilitación y reinserción.
	Integrar enfoque de género y diversidades sexuales con enfoque de personas con discapacidad.
En el caso de kinesiología enfocarse también en	

	discapacidades intelectuales.
Género	Ampliar enfoque de género más allá de la mujer: incluir diversidades sexuales.
	Transversalizar enfoque.
	Incluir conocimientos biomédicos en torno a la situación médica de personas en transición.
	En el caso de tecnología médica, kinesiología y fonoaudiología, la recomendación es incluir el enfoque de género, el cual, de acuerdo con los y las entrevistadas, no está presente.

Conclusiones

Dividimos acá los resultados en seis puntos que, creemos, dan respuesta a la pregunta que guía esta investigación. 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.

En segundo lugar, en cuanto a las competencias y sub competencias dentro de los planes, vemos que estudiantes y egresados(as) identifican una serie de competencias que no siempre coinciden con lo que los planes oficiales buscan otorgar. En línea con el enfoque transversal del compromiso social y ético, algo que aparece de forma generalizada en las conversaciones y que es valorado en tanto competencia es el enfoque permanente hacia lo público y el rol social que cumplen las carreras de la salud en la Universidad de Chile lo cual, facilitaría una visión crítica del estudiantado, respecto de su formación y abordajes profesionales.

Los resultados arrojan que las competencias que más aparecen y que en mayor medida reconocen estudiantes y egresados(as) son: el rol social, la identificación de determinantes sociales de las patologías, integración de diferentes dimensiones del o la paciente, la resolución de problemas en un contexto de escasos recursos, la relación terapéutica o trato hacia los pacientes, el autoaprendizaje, la autonomía profesional y la práctica clínica. Un resultado de interés para esta investigación dice relación con que no se identifican competencias relacionadas con las diversidades, ya sea funcionales, étnicas o de cultura, de género o de clase social y, de hecho, una posibilidad de mejora que se vislumbra desde esta percepción, 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, la percepción es que, si bien se busca la integración, aún faltan instancias transversales y un cambio cultural que observe la diversidad como un fenómeno complejo, no abordable mediante “cursos específicos” o alguna actividad particular, sí que a través de un enfoque transversal y multidisciplinario.

Los resultados de estos dos primeros puntos permiten concluir que si bien es cierto que hay algunas imprecisiones e incongruencias entre lo que la facultad 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 estudiantes reconocen, a través de las fortalezas de la malla innovada y de las competencias y sub-competencias percibidas, elementos clave del enfoque de derechos como lo son la condición social de las enfermedades 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 del estudiantado y que toma su forma sobretodo en los espacios de formación práctica.. Ahora bien, es importante tomar en consideración el punto respecto a que no reconocen la transmisión de herramientas en torno a enfoques específicos, como diversidades funcionales, de género, multiculturalismo y de clase, los que responden a la idea de diversidad cultural que atraviesa este informe y 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 que supone un desafío para las carreras en cuestión, donde se espera que las y los estudiantes desarrollen competencias culturales asociadas al género, la raza, el origen étnico, la diversidad funcional y la clase. El enfoque transeccional es una posibilidad de integrar estas competencias, tanto en el razonamiento profesional como en el espacio clínico de práctica.

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 en términos generales 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. 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 - en lo

declarativo- 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 de género, 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 se fomenta.

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, nuevamente, que las dificultades varían de carrera en carrera, mientras que algunas como fonoaudiología perciben “mayor preparación” para afrontar algunos de los desafíos que supone la atención a personas con discapacidad, otras como kinesiología presenta algunas fortalezas en discapacidades motoras, pero debilidades en discapacidades intelectuales. En términos generales, la mayor dificultad que se presenta en la mayoría de las carreras dice relación con discapacidades 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 problema cognitivo. En cualquiera de los dos casos el desafío es la comunicación.

El concepto de comunicación aparece de manera transversal en las diferentes categorías de estudio. En el enfoque de clases sociales, por ejemplo, si bien es reconocido como el enfoque fuerte de todas las carreras que componen este estudio, los y las estudiantes plantean que el mayor desafío es precisamente comunicar diagnósticos o recomendaciones a personas con dificultades de lecto-escritura y que esta vez no se asocian con la diferencia de idiomas – como con los y las pacientes haitianas – o con problemas cognitivos o sensitivos – como lo es el caso de pacientes con discapacidad – sino que con el origen social y la posibilidad estructural de acceso a la educación. Si bien el origen de los problemas de comunicación para cada enfoque es diferente, el resultado es el mismo: la dificultad de transmitir correctamente. Es importante, en este sentido – y así lo argumentan los y las propias estudiantes – otorgar herramientas para los diferentes problemas de comunicación. En este punto las dificultades son varias, por ende, las herramientas que es necesario otorgar pueden ser diversas.

El informe completo del estudio esta disponible para consulta en el siguiente link:

<https://drive.google.com/file/d/1bEXU701oUmyI11h6TqkAQNjbgNwtbdH/view?usp=sharing>

Referencias

ACNUDH. **Preguntas frecuentes sobre el enfoque de derechos humanos en la cooperación para el desarrollo.** Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, 2006.

ACNUR. **Guía sobre racismo y xenofobia,** 2020.

BCN. **Minuta:** Los términos multicultural e intercultural en educación, 2016.

CEPAL. **Migración,** 2021. Disponible en:
<https://www.cepal.org/es/temas/migracion>.

CPP-UC. **2da Consulta Discriminación.** Santiago: Centro de Políticas Públicas UC, 2020.

CRENSHAW, K. Cartografiando los márgenes: interseccionalidad, políticas identitarias y violencia contra las mujeres de color. *En:* PLATERO, L. (Ed.). **Intersecciones:** Cuerpos y sexualidades en la encrucijada. Barcelona: Bellaterra, 1991. p. 75-86.

DIRECCIÓN Académica. **Elementos transversales en las áreas de formulación de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile,** 2018.

ECOSOC. **Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas.** 1997. Disponible en:
<https://www.ilo.org/public/spanish/bureau/gender/newsite2002/about/defin.htm>.

JORGEN, C.; MCCALMAN, J.; BAINBRIDGE, J.; CLIFFORD, A. **Cultural competence in Health. A review of evidence**. Singapore: Springer, 2018.

ORGANIZACIÓN de los Estados Americanos (OEA). **Declaración americana sobre los derechos de los pueblos indígenas**, 2016.

ORGANIZAÇÃO Internacional do Trabalho (OIT). **Convenio 169 de la OIT sobre pueblos indígenas y tribales**, 1989.

ORGANIZAÇÃO Mundial da Saúde (OMS). 1995. **Determinantes sociales de la salud**. Disponible en:http://www.who.int/social_determinants/es/

ORGANIZACIÓN de las Naciones Unidas (ONU). 1948. Declaración Universal de Derechos Humanos.

ORGANIZACIÓN de las Naciones Unidas (ONU). 2007. Declaración de las Naciones Unidas para los derechos de los Pueblos Indígenas.

OSORIO, M.; MAY, B.; DÍAZ, L. Competencia cultural en salud: necesidad emergente en un mundo globalizado. **Index de Enfermería**, v. 17, n. 4, p. 266-270, 2008.

PLATERO, L. **Intersecciones: cuerpos y sexualidades en la encrucijada**. Barcelona: Bellaterra, 2012.

PROYECTO FIDOP. **Presentación proyecto FIDOP "Análisis de competencias y subcompetencias adquiridas por estudiantes de la Facultad de Medicina, para afrontar la multiculturalidad en la atención al paciente"**. Facultad de Medicina Universidad de Chile, 2018.

ROMAÑACH, J.; LOBATO, M. **Diversidad funcional, nuevo término para la lucha por la dignidad en la diversidad del ser humano**, 2009. Disponible en:
<http://forovidaindependiente.org/diversidad-funcional-nuevo-termino-para-la-lucha-por-la-dignidad-en-la-diversidad-del-ser-humano/>

SCHREIER, M. **Qualitative content analysis in practice**. London: Sage publications, 2012.

SENADIS. **Accesibilidad**. 2021. Disponible en:
<https://www.senadis.gob.cl/pag/167/1236/descripcion>.

UNESCO. **Convención sobre Diversidad de las Expresiones Culturales**. UNESCO, 2005.