

FORMACIÓN DE PROFESIONALES EN SALUD EN COMPETENCIAS INTERCULTURALES*

Katerin Arias-Ortega**
Natalia Díaz***
Viviana Villarroel Cárdenas****

RESUMEN. El artículo teórico discute desafíos epistemológicos para la formación en competencias interculturales en profesionales de la salud en La Araucanía, Chile. El problema se relaciona con una formación profesional desde un saber científico como el único y verdadero para comprender la salud, lo que niega y omite la existencia de otros saberes, limitando una intervención con pertinencia sociocultural. Se sostiene que aun cuando desde el sistema sanitario se promueven políticas de salud intercultural, estas se sustentan desde una interculturalidad funcional a los intereses de un Estado neoliberal. Esto, plantea el desafío de repensar la formación de los profesionales de la salud, para que sean capaces de desenvolverse desde un enfoque de pertinencia social, cultural y territorial en su quéhacer profesional.

PALABRAS CLAVE. Atención primaria de salud; competencia cultural; diversidad cultural; educación superior; estudiantes del área de la salud.

* Financiamiento: El artículo es parte de los resultados de Investigación del Proyecto Fondecyt Regular N°1240540, financiados por la Agencia Nacional de Investigación y Desarrollo de Chile (ANID). Agradecimientos al Proyecto de Postdoctorado, financiado por el Centro de Investigación, Innovación y Creación (CIIC), Universidad Católica de Temuco.

** Profesora Investigadora en la Universidad Católica de Temuco, Chile. Correo electrónico: karias@uct.cl

*** Investigadora en la Fundación Casa de acogida de la Mujer Angol, Chile. Correo electrónico: nnataliadiaz01@gmail.com

**** Profesora Investigadora en la Universidad Católica de Temuco, Chile. Correo electrónico: vvillarroel@uct.cl

TRAINING OF HEALTH PROFESSIONALS IN INTERCULTURAL COMPETENCIES

ABSTRACT. This theoretical article discusses epistemological challenges for training health professionals in intercultural competencies in La Araucanía, Chile. The problem relates to professional training based on scientific knowledge as the sole and true means of understanding health, which denies and omits the existence of other forms of knowledge, limiting interventions with sociocultural relevance. It is argued that even when intercultural health policies are promoted within the health system, they are based on an interculturality that serves the interests of a neoliberal state. This poses the challenge of rethinking the training of health professionals so that they are capable of operating from a perspective of social, cultural, and territorial relevance in their professional work.

KEY WORDS. Primary health care; cultural competence; cultural diversity; higher education; health students.

INTRODUCCIÓN

Las ciencias de la salud en contextos indígenas e interculturales se encuentran en una profunda crisis, producto de las desigualdades e injusticia social que inciden directamente en la prevalencia a los tratamientos y atención a los centros de salud entre personas que históricamente han sido vulneradas como lo son las poblaciones indígenas, campesinos y grupos migrantes (BCN, 1993; Aukanaw, 2001; Adelson, 2005; Allan y Smylie, 2015). Así, por ejemplo, la revisión del estado del arte evidencia desigualdades en la salud entre indígenas y no indígenas. En este sentido, existen cinco aspectos que permiten caracterizar la salud de indígenas: 1) mayores tasas de suicidio (Anderson, 2015); 2) baja prevalencia a los tratamientos (Brossard, 2019); 3) malos entendidos y problemas de comunicación entre sujetos social y culturalmente diferentes (Alarcón, Vidal y Neira, 2003); 4) los actos de

comunicación entre el personal sanitario y las personas de origen indígena e inmigrante dan cuenta de una menor carga emocional y menos tiempo de atención respecto de los grupos hegemónicos (Cardona, Acosta y Bertone, 2013); y 5) los pacientes indígenas y de grupos subalternizados son menos propensos a expresar sus preocupaciones, síntomas, sentimientos o expectativas, lo que limita una comprensión mutua obstaculizando los procesos de atención (Centre de Collaboration Nationale, 2013).

En el caso particular de Chile, resultados del Ministerio de Salud de Chile [MINSAL] (MDSF, 2020; INE, 2017; MINSAL, 2020b), a través de la Entrevista de Caracterización Socioeconómica [CASEN], nos permiten constatar problemáticas similares en el ámbito de la salud tanto en población indígena como migrante. Así, por ejemplo, en población indígena el perfil de salud da cuenta de un patrón epidemiológico de transición prolongada y polarizada, es decir, persisten problemáticas de infecciones comunes, enfermedades degenerativas-crónicas y lesiones (MINSAL, 2020b). Esto se complejiza aún más si se consideran las condiciones de vulnerabilidad y pobreza extrema en la que se encuentran las poblaciones indígenas a nivel país. En este sentido, La Araucanía es una de las regiones más pobres del país y, coincidentemente, es una de las regiones con mayor población indígena, lo que se complementa con las problemáticas de desigualdad social, económica y educativa (INE, 2017; MINSAL, 2020b). Lo anterior se releva en los datos entregados por la CASEN, el 14,2 % de los indígenas se encuentran en una situación de pobreza por ingreso en comparación con el 8,0% de los no indígenas (MDSF, 2020; INE, 2017; MINSAL, 2020b). Además, el 30,3% de la población indígena se encuentra en situación de pobreza multidimensional, presentando una brecha de 10,5% respecto de la población no indígena.

En relación a la población migrante, podemos constatar que enfrentan problemáticas como: 1) bajo acceso a los servicios de salud, lo que podría ser una consecuencia de las prácticas descontextualizadas de los profesionales de salud hacia la población que atiende, lo que dificulta el establecimiento de relaciones de confianza y prevalencia en el tratamiento; 2) el racismo institucionalizado presente en el sistema de salud chileno; 3) un racismo institucionalizado del Estado chileno que de manera implícita ha aumentado el trabajo desregulado, dificultando el acceso a documentos oficiales producto de la burocracia del sistema, lo que ha traído como consecuencia

la falta de documentos de identidad, seguros públicos o privados, que en conjunto no permiten asegurar condiciones básicas de salud; 4) trabajos esporádicos, con horarios laborales irregulares y sin cotizaciones, lo que limita el acceso a la salud; 5) desconocimiento y/o desinformación sobre el acceso al sistema de salud y el funcionamiento de la red asistencial; 6) barreras lingüísticas y culturales como lo son la incomprensión de siglas, lenguaje y dificultades de incomunicación con los funcionarios de salud; y 7) barreras psicosociales como el miedo, la percepción de la salud y los sistemas de salud sustentadas en la desconfianza, relaciones de discriminación y bajo apoyo social percibido (MINSAL, 2020b).

Este conjunto de problemáticas en salud dan cuenta, por una parte, de problemáticas estructurales como el racismo institucionalizado que se expresa en dificultades para el acceso a los servicios de salud y, por otra parte, de la falta de competencias interculturales en los profesionales de salud, lo que limita la prevalencia al tratamiento en los sujetos socioculturalmente diferentes. Lo anterior, se pudiese explicar producto de una formación profesional monocultural y hegemónica que desconoce otras formas de comprender la salud, la que se pudiese articular a este saber eurocéntrico occidental. Sin embargo, para enfrentar estas problemáticas a nivel nacional se han implementado leyes y normativas que buscan disminuir estas brechas y aumentar el acceso a la salud, en población indígena y migrante.

No obstante, estas se han implementado desde una mirada funcionalista a los intereses del Estado neoliberal, por lo que no se ha revertido la problemática, sino más bien, desde este enfoque se han asegurado de mantenerlas y arraigarlas en el sistema de salud y en la formación de los profesionales. Esto se ha expresado, por ejemplo, en la perpetuación de las brechas en salud de población diversa, situación en que los determinantes sociales juegan un papel importante al considerar las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud, lo que en su conjunto impacta en la salud de la población (MINSAL, 2020a). Así, resulta necesario considerar aquellos factores que giran en torno a las personas pertenecientes a grupos que históricamente han sido vulnerados y cómo estos inciden en el mantenimiento de las brechas en la atención en salud.

En esa perspectiva, sostenemos que, en contextos de diversidad social y cultural propia de un mundo global, se instala como un desafío al personal

de los sistemas de salud entregar una atención desde un enfoque intercultural. Este enfoque es entendido como un marco teórico y metodológico que busca ofrecer una intervención socioculturalmente pertinente, en la que los profesionales de la salud sean capaces de: desenterrarse de sus propios marcos epistémicos de carácter hegemónicos, lo que les permita tomar distancia con respecto a uno mismo, generando la apertura para identificar los esquemas referenciales propios en cuanto a su quehacer profesional frente a un individuo con una cultura y subculturas diversas que entran en interacción y están expresadas en una trayectoria personal (Alarcón, Vidal y Neira, 2003). Así, desde este enfoque, el profesional de la salud debe ser capaz de entender e implicarse en el sistema del otro, que permita una mediación eficiente y eficaz que responda a las necesidades de los usuarios.

Esto se debe materializar en una actitud de apertura, lo que considera un esfuerzo personal de curiosidad, para descubrir los sentidos y significados explícitos y latentes que en una cultura se ordenan en torno a referencias básicas y a significantes para cada individuo. Lo anterior, como una condición básica para lograr una verdadera empatía, que permita entender un universo extraño, aprender los lenguajes y los códigos de conducta que rigen en los sujetos diversos social y culturalmente, a partir del cual intenta percibir lo invariable y lo cambiante de su propia cultura. Y, finalmente, en su intervención ser capaces de la negociación y mediación en la que los profesionales de salud deben tomar conciencia que el actuar profesional se inscribe en la fase de resolución de los conflictos que comporta la coexistencia de personas de culturas diferentes, para revertir de esta manera las supremacías epistémicas entre los sujetos que entran en interacción y diálogo en los sistemas de salud.

De esta manera, los profesionales que ejercen en los sistemas de salud y aquellos que están en formación están cada vez más desafiadados a trabajar en contextos interculturales (Arias-Ortega, 2020). Esto como una forma de revertir las desigualdades en el ámbito de la salud, que ha tenido como base los malos entendidos, menor cumplimiento y menor sentimiento de satisfacción con la atención recibida entre sujetos social y culturalmente distintos que entran en interacción en los espacios de salud (CEPAL, 2014). Lo anterior, implica avanzar en una formación profesional sustentada en el desarrollo de competencias interculturales.

La pregunta que guía esta discusión teórica tiene relación con identificar ¿Cuáles son los alcances y limitaciones de una formación intercultural para los profesionales de ciencias de la salud?

TENSIONES EN UNA CONCEPCIÓN DE SALUD INTERCULTURAL FUNCIONAL AL MULTICULTURALISMO NEOLIBERAL

La discusión sobre una salud intercultural en contextos de diversidad social y cultural se ha abordado históricamente como un proyecto político interrelacionado con un discurso funcional al multiculturalismo neoliberal (Aguilar-Peña, Blandón y García-Perdomo, 2023). De esta manera, se ha pensado en una salud intercultural desde un enfoque funcional a los intereses del Estado, lo que implica que se ha avanzado sólo en el reconocimiento de las diferencias sociales y culturales con un propósito declarativo de éstas, sin interferir en los aspectos epistemológicos respecto de la concepción de salud desde otros marcos epistémicos, como lo son los conocimientos indígenas.

En ese sentido, pensar la salud intercultural desde una perspectiva funcionalista no permite cuestionar las causas de la asimetría y desigualdades sociales que viven los grupos minorizados como lo son indígenas, campesinos y migrantes (Piñones-Rivera, Concha y Gómez, 2021). Lo anterior, no permite cuestionar las bases hegemónicas de corte eurocentrismo occidental y biomédicas que sostienen al sistema sanitario, sino más bien se mantiene el *status quo* en el ámbito de la salud. Así, desde un discurso de salud intercultural funcionalista se reconoce la diferencia, se neutraliza y vacía su significado volviéndola funcional a las necesidades del Estado, por ende el discurso de reconocimiento del respeto a la diversidad social y cultural se transforma en una nueva estrategia de dominación para el control del conflicto étnico. Lo anterior, permite perpetuar una estabilidad social en el orden del conocimiento con base en la cultura hegemónica con la finalidad de impulsar los imperativos económicos del modelo de multiculturalismo neoliberal, bajo el supuesto de incluir los saberes y conocimientos indígenas en un remirar de la salud en perspectiva intercultural (Liberona, Piñones-Rivera y Álvarez, 2023). Esto se expresa en la continuidad de validar social y culturalmente aquellos saberes y conocimientos médicos que son construidos como saberes hegemónicos que engloba los significados y cómo

actúan los sujetos en torno a su salud, la enfermedad, la vida o la muerte, sin considerar otras formas de comprender la salud.

En esa perspectiva, constatamos que, en Chile la salud intercultural que se ha implementado se caracteriza por ser un espacio en que la articulación de saberes médicos y saberes indígenas, parten de la base de una subordinación ideológica del grupo minorizado, en la medida en que los elementos ideológicos hegemónicos son reconocidos como universalmente válidos, lo que niega e invisibiliza los saberes y conocimientos indígenas, para comprender y explicar la salud. Así, la supremacía de la racionalidad biomédica reproduce y refuerza la subyugación del conocimiento indígena generando obstáculos y limitaciones para el desarrollo de una salud intercultural en que se co-construya una concepción de salud intercultural desde los distintos actores que participan de ella, lo que implica validar la episteme del saber indígena (Gil y Incaurgarat, 2022)

En contraparte, se propone integrar una mirada crítica al sistema de salud, en miras de una salud intercultural que como principio elemental reconozca las asimetrías y desigualdades sociales y culturales que inciden en el aumento de las brechas en salud entre las poblaciones indígenas, campesinos e inmigrantes minorizados (Harvey, Piñones-Rivera y Holmes, 2022). De este modo pensar la salud intercultural desde este enfoque implica asumir que la diferencia históricamente ha sido construida desde la estructura hegemónica que ha impuesto la matriz colonial de poder, racionalizando y jerarquizando los sistemas de salud. Lo anterior, es posible desde un enfoque de interculturalidad crítica, que cuestione desde abajo y busque contrarrestar las asimetrías de poder, el racismo y la hegemonía presente en los sistemas de salud, en el que el sujeto indígena es mirado con ‘desprecio’ no valorizando la concepción de salud que ha construido producto de sus marcos socioculturales (Walsh, 2022, 2021).

Desde este enfoque, sería posible entre el indígena y no indígena problematizar el reconocimiento y análisis de las relaciones de poder que históricamente han situado a los conocimientos y prácticas de la medicina occidental como superiores a los sistemas de salud de otros grupos culturales minorizados. Asimismo, desde un enfoque de interculturalidad crítica es posible el cuestionamiento al etnocentrismo biomédico, que ha invisibilizado y minorizado las concepciones de salud, enfermedad, bienestar y prácti-

cas de cuidado correspondientes a los marcos epistémicos de otras culturas distintas a la hegemónica (Castro, 2021). Desde esa perspectiva, se busca modificar no sólo las relaciones desiguales sino también las estructuras que sostienen el actual sistema de salud.

Esto, implica asumir que el sistema de salud desde una perspectiva crítica se debiera construir desde las miradas de la gente en función de sus necesidades, es decir desde abajo hacia arriba. Lo anterior considera una construcción desde las experiencias de los futuros usuarios del servicio, en la que ellos puedan plantear sus requerimientos e ideas con el propósito de construir de manera colectiva el vivir en la sociedad (Galdámez y Millaleo, 2022). Así, de esta manera se genera una oportunidad que permite cuestionar y tensionar las relaciones de poder específicamente en el ámbito de la salud, lo que posibilitaría transformar las instituciones y relaciones sociales desde otras formas de ser, estar, pensar, conocer, sentir y vivir (Piñones-Rivera, Concha y Gómez, 2021).

En ese contexto, se plantea la existencia de la epidemiología crítica, como una propuesta de construcción innovadora que considera como principios base a la interculturalidad crítica, la geografía y el territorio como elementos clave para repensar los espacios de salud con el propósito de generar respuestas atingentes a las problemáticas sociales que considera el contexto socio cultural en el que están situados (Hurtado, Rincón, Muñoz y Osorio, 2021). De esta manera, se reconoce que es posible reestructurar el sistema de salud planteando una salud intercultural, pero esto sólo es posible en la medida que se conozca el grupo de usuarios, es decir, se debe conocer y reconocer sus propios marcos epistémicos, para desde ahí, desde el reconocimiento y aceptación avanzar en un sistema de salud respetuoso y pertinente a la diversidad social y cultural presente. No obstante, es un desafío, puesto que persiste el rol de las estructuras que producen y reproducen las desigualdades en el sistema de salud hacia los grupos minorizados, lo que ha impactado de manera directa en los determinantes de salud para el acceso y la calidad. Por tanto, se plantea la necesidad de enriquecer y comprender desde una perspectiva interseccional la interacción y efectos de los determinantes sociales de salud que integren los elementos sociales y culturales de los grupos históricamente vulnerados, con el propósito de disminuir las brechas en salud.

En suma, existe una urgencia en atender las políticas públicas del ámbito de la salud, pues se constituye en un desafío del siglo XXI, que busca una reconstrucción de un sistema de salud en miras que sea social y culturalmente respetuoso, que contrarreste el encuentro intercultural que hasta hoy se genera en donde las voces y saberes indígenas han sido silenciadas históricamente en los sistemas de salud, limitando con ello el aseguramiento del bienestar, desde un enfoque de pertinencia socio cultural. Es así como la intersectorialidad entre salud, interculturalidad, territorio y competencias interculturales se conjugan como una posibilidad de repensar otras formas de atender y comprender la salud en contextos indígenas. De esta manera, se busca dar respuesta, por una parte, a las necesidades de las personas socioculturalmente diversas en torno a problemáticas en salud, desde una articulación de sus marcos epistémicos. Por otra parte, plantea el desafío de formar profesionales de la salud con competencias interculturales que permitan comprender la salud desde otros marcos epistémicos, los que inciden en la población que se atiende.

NECESIDADES DE FORMACIÓN PROFESIONAL EN COMPETENCIAS INTERCULTURALES

La diversidad social y cultural características de un mundo globalizado, plantea el desafío de avanzar en una formación profesional desde una perspectiva intercultural. Al situarnos en nuestro contexto particular, en el caso de La Araucanía, constatamos que existe una presencia predominante de población mapuche que ha vivido, históricamente, prácticas de injusticia epistémica, discriminación en las distintas instituciones de carácter monocultural y hegemónico del país, como lo ha sido la escuela, la justicia y la salud. Esta injusticia epistémica se materializa a través de situaciones de vulnerabilidad y exclusión de tipo epistémico sufridas por los miembros de diversos grupos sociales.

En ese sentido, se sostiene que la injusticia epistémica despoja a los seres humanos de su dignidad al no ser reconocidos por otros colectivos o agentes sociales como sujetos plenos capaces de construir y transmitir conocimiento (Fricker, 2007). Desde esta perspectiva, la injusticia epistémica en el marco de los estudios indígenas se refiere a que en los procesos de construcción del

conocimiento se ha negado el reconocimiento de los saberes y conocimientos indígenas producto de la desvalorización de su episteme, de sus testimonios y el contexto en el que se concibe su forma de comprender la realidad (Chorony, 2021). Es así como estas injusticias epistémicas y desigualdades sociales hacia las poblaciones indígenas han generado la vulneración y minorización de las mismas, lo que se ha expresado en mayores niveles de pobreza, menores niveles educativos y mayores dificultades al acceso a la salud.

Asimismo, los niños y jóvenes mapuches de las nuevas generaciones continúan viviendo procesos de escolarización desde la primera infancia hasta posgrado caracterizados por prácticas hegemónicas, monoculturales y discriminatorias, que han buscado de manera consciente o inconsciente eliminar al indígena y sus propios marcos de referencia, a través de una formación homogénea en el supuesto saber científico. Este tipo de educación es entregada a la población en general, por lo que sean indígenas o no, se continuará con la formación en esta lógica de concebir la sociedad, en los territorios indígenas colonizados, perpetuando este círculo de racismo hacia lo diverso social y culturalmente. Por ejemplo, al realizar una revisión a los programas de formación profesional en Ciencias de la Salud en La Araucanía, Chile, nos permite sostener que los futuros profesionales no son formados, en general, en competencias interculturales, lo que se constituye en una problemática urgente de abordar considerando la diversidad social y cultural característica del país y la región.

Así, los itinerarios formativos continúan pensándose desde una mirada hegemónica para abordar la salud, el que no responde a las realidades propias de los territorios y los contextos sociopolíticos e históricos que están presentes y en constante tensión entre lo indígena y occidental. Esta realidad es compleja dada la alta cantidad de población indígena y migrante del territorio nacional, y en particular en La Araucanía y los altos índices de ruralidad propia de la región. De esta manera, sostenemos que considerar la diversidad cultural puede resultar una estrategia valiosa en la atención psico-médico-social de un paciente, por lo que este aspecto debiera incorporarse explícitamente en los programas de formación en ciencias de la salud desde un enfoque intercultural, así como en las políticas públicas en Salud desde una perspectiva intercultural.

DESAFÍOS DE LA SALUD PÚBLICA EN PERSPECTIVA INTERCULTURAL

La salud pública a nivel mundial ha estado sustentada y orientada desde un enfoque de salud occidental biomédico que no considera aspectos relativos a los marcos culturales de la población que atiende, posicionándose, además, como un modelo de salud que no legitima otras formas de concebir la salud y enfermedad (Cloutier, Lévesque y Wawanoloath, 2021). Esto se ha expresado en una atención descontextualizada que ha generado la necesidad del desarrollo de políticas de salud que respondan a las necesidades de sus usuarios. Es así, por ejemplo, que distintos países como Colombia, Chile y Panamá, que se han caracterizados por su composición de diversidad sociocultural, principalmente de poblaciones indígenas dan cuenta de la formulación e implementación de políticas públicas en las que se utilizan metodologías participativas que brinden herramientas para la integración intercultural en salud (Heine, Licata y Azzi, 2013; Commission de Vérite, 2015; Díaz, Pérez, González y Simón, 2004). Lo anterior, surge como respuesta a las demandas expresadas por los pueblos indígenas, desde la perspectiva de construcción del buen vivir desafiando la institucionalidad y la medicina hegemónica (Aguilar-Peña, Tobar y García-Perdomo, 2020; Durie, 2004). Por su parte, en países como Bolivia, Colombia, Ecuador y México se han resguardado los derechos de los pueblos indígenas a través de la incorporación de un enfoque multicultural en sus respectivas constituciones políticas, hecho que respalda la entrega de una atención de salud con pertinencia territorial y cultural (Gracey y King, 2009).

Estas realidades y complejidades se han abordado desde distintos organismos institucionales a nivel internacional y nacional, los que buscan promover la reducción de las desigualdades sociales, territoriales, económicas y de salud. Por ejemplo, el Convenio Nº169 sobre Pueblos Indígenas y Tribales en países independientes de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), la Comisión Económica para América Latina, que plantea que para garantizar el derecho a la salud indígena se deben crear y fortalecer mecanismos de exigibilidad y evaluación del cumplimiento de políticas, normas y programas por parte de los Estados, considerando la libertad de determinación de los pueblos indígenas y su participación en las decisiones que les afecte. Además, existen instrumentos internacionales y regionales de derechos humanos, que

buscan proteger y aumentar el bienestar en salud de las poblaciones indígenas, entre estos encontramos tanto la Organización de las Naciones Unidas (ONU) y el Sistema Interamericano de Derechos Humanos.

En Chile, la ratificación del Convenio 169 de la OIT puesto en vigencia el año 2009, establece que los pueblos indígenas deben ser consultados sobre las medidas legislativas y normativas que les afecten. Lo anterior, guarda coherencia con los lineamientos en la declaración de la Ley Indígena N.º 19.253, que establece que es deber del Estado mediante sus instituciones respetar, proteger y promover el desarrollo de los indígenas, sus culturas, familias y comunidades.

En esa perspectiva, es posible constatar que, a nivel nacional, emergen estrategias de salud pública relacionadas al concepto de salud intercultural para la consideración como eje en la atención de los pueblos indígenas del país, asumiendo que los sistemas médicos por sí solos no son suficientes para atender las demandas de salud de la población indígena, tanto en sus concepciones sobre salud y enfermedad, como en la manera de llevar a cabo la sanación (Hasen, 2012).

En este sentido, estas estrategias de salud implican a la vez la preparación de profesionales de la salud, capaces de implementar una intervención desde un enfoque intercultural en las prestaciones de salud para la población indígena (Urrego-Rodríguez, 2020; OPS, 2008). Es así como la creación e instalación de políticas públicas centradas en entregar una atención desde un enfoque intercultural, se traduce también en la necesidad de que los profesionales del área de la salud incorporen y dominen los conocimientos y prácticas indígenas, con el objetivo de que exista una real comunicación y comprensión intercultural (Manríquez-Hizaut, Lagos-Fernández, Rebolledo-Sanhueza y Figueroa Huencho, 2018). De este modo, lo anterior supone una actitud de apertura y aceptación subjetiva hacia una cultura distinta, respecto a prácticas sanitarias como en relación con las concepciones de mundo que expresen los usuarios (Manríquez-Hizaut *et al.*, 2018; Lévesque, Cloutier y Radu, 2019). Esto, permitiría establecer relaciones comunicacionales horizontales entre los involucrados de los procesos de atención, además de múltiples beneficios, tales como, un mejor acceso, a través de un mayor número de pacientes que buscan tratamiento; tasas más bajas de morbilidad y mortalidad; mayor adherencia al tratamiento; mayor nivel de confianza

con el sistema sanitario; interacción efectiva entre personas y comunidades con los equipos sanitarios, y mayor satisfacción con el cuidado (Paho, 1992; Macaulay, 2009; Manríquez, Lagos, Rebollo, y Figueroa, 2018).

En relación con lo anterior, resulta necesario descolonizar el modelo biomédico hegemónico a través de prácticas pertinentes culturalmente incorporadas desde el relativismo cultural, que permita comprender al otro desde el contexto de su propia cultura, a través de la concepción de las diferencias culturales desde una mirada holística, en contraposición con la mirada etnocéntrica que ha estado presente en el enfoque biomédico de salud (Veliz-Rojas y Bianchetti-Saavedra, 2021; Ramis, 2021; Alizadeh y Chavan, 2016). Es por ello que la formación de pregrado de los futuros profesionales de salud debiese incorporar modelos teóricos integradores, que incorporen esta perspectiva holística de la atención sanitaria, que permita desarrollar competencias interculturales como un mecanismo que propicie aumentar la calidad de la atención médica, sobre todo a la población de menos ingresos o más desprotegida, como lo es la población indígena (Marileo, 2020). Esto implica tener competencias interculturales que favorezcan la atención en los sistemas de salud.

COMPETENCIAS INTERCULTURALES EN CIENCIAS DE LA SALUD

La diversidad social y cultural característica de las sociedades contemporáneas nos plantea el desafío de formar a los nuevos profesionales en los distintos ámbitos en competencias interculturales (Salaverry, 2013). En el ámbito de interés de esta discusión teórica nos situamos en las ciencias de la salud, lo que exige que el personal de salud sea competente interculturalmente, para una adecuada interacción con sus usuarios. Las competencias interculturales entendidas desde tres dimensiones; cognitiva, procedimental y actitudinal. Las competencias interculturales desde una dimensión cognitiva se refieren al conocimiento de las normas, leyes, marcos epistémicos que entran en interacción y que orientan las relaciones interculturales entre sujetos diversos social y culturalmente (Navarro, Sánchez y Maya, 2017). Desde una dimensión procedural implicaría el saber actuar y ser en un contexto intercultural en el que los sujetos sean capaces de negociar, mediar y abandonar sus propios marcos de referencia en la interacción con el otro

culturalmente diferente, para avanzar en una comprensión mutua, disminuyendo los choques culturales en la intervención en salud. Finalmente, desde una dimensión actitudinal implica cuestionar nuestros propios marcos de referencia en la interacción con el otro, asumiendo una simetría epistémica entre los marcos de referencia que cada uno porta (Muñoz-Cano, Maldonado-Salazar y Bello, 2014).

En ese sentido, reconocemos que formar en competencias interculturales es un desafío tanto para el formador como para los futuros profesionales. Esto, teniendo en consideración que quienes forman a las nuevas generaciones de profesionales, no necesariamente han recibido una formación en perspectiva intercultural, producto de la lógica hegemónica de construir el saber científico que, no considera otros marcos epistémicos presentes en la sociedad actual (Ayala-Asencio, 2020). De esta manera, formar en competencias interculturales implica en primera instancia, una formación continua para los formadores lo que permita su transposición didáctica y pedagógica para la formación de los futuros profesionales quienes sean capaces de interactuar con un sujeto diferente social y culturalmente con base en el respeto, generando una comunicación e interacción adecuada y flexible a los marcos disímiles que entran en interacción y tensión, lo que implica mediar y negociar acciones, actitudes y expectativas que presentan ambos sujetos en interacción (Espinoza-Freire y León-González, 2020; Cohen-Emericque, 2013).

En ese mismo sentido, formar a los profesionales de ciencias de la salud en competencias interculturales implica aspectos comunicativos y capacidades de resolución de conflictos, para asegurar una adecuada intervención intercultural (Demers *et al.*, 2022). Esto en la práctica les plantea el desafío a los profesionales de salud en ejercicio y a aquellos que están en formación, la toma de conciencia de los alcances que una adecuada comunicación intercultural fortalecería la disminución de brechas en acceso y permanencia en los sistemas de salud. Asimismo, permitiría abordar la dimensión actitudinal y afectiva a través de procesos de sensibilización y visibilización de cómo inciden las relaciones de discriminación y racismo en la atención en salud.

Desde esa perspectiva, avanzar en competencias interculturales implica necesariamente considerar en la formación profesional distintos indicadores como: 1) prácticas y actividades de sensibilización intercultural, las que se focalicen en aspectos como las emociones personales y los sentimientos

que inciden en una adecuada comunicación intercultural entre los usuarios y los profesionales de la salud, desde la socialización de la emoción en los marcos epistémicos occidentales e indígenas (Arias-Ortega, 2018); 2) el fortalecimiento del autoconcepto de las personas que entran en interacción, los que permiten dar cuenta de la manera en que la persona se concibe a sí misma y la lógica de concepción de la salud; 3) la apertura de mente, lo que implica que los profesionales de la salud sean capaces de reconocer, apreciar y aceptar las iniciativas de otras culturas en las temáticas de salud, desde sus propios marcos de referencia; 4) el desarrollo de actitudes interculturales, sustentadas en prácticas de no prejuzgar a los sujetos que entran en interacción con base en su origen sociocultural, esto plantea el desafío de avanzar en una escucha activa de los problemas y necesidades que el otro plantea; 5) el desarrollo de la empatía, lo que implica la disposición recíproca de los usuarios y los profesionales de los sistemas de salud, para ubicarse en el lugar del otro culturalmente distinto, lo que permita construir ideas y emociones interculturales; 6) la autorregulación lo que implica que ambos actores sociales sean capaces de identificar acciones específicas para regularse y modificar comportamientos desde una perspectiva intercultural; y 7) la implicación en la interacción, característica que se vincula a la sensibilidad, atención y perspicacia de los profesionales de la salud con la población que atiende (Sanhueza, Cardona y Friz, 2012; Vásquez, 2008; Gastulo, Maquen y Severino, 2018). En suma, este conjunto de acciones permitiría la humanización de la salud en perspectiva intercultural.

En esa perspectiva, materializar el desarrollo de competencias interculturales en profesionales de la salud plantea oportunidades y limitaciones. Las oportunidades referidas a la existencia de saberes y conocimientos indígenas presentes en la memoria social lo que se constituye en una posibilidad de sistematización de contenidos educativos indígena para incorporarse de manera simétrica y articulada con el conocimiento educativo biomédico. También, existen marcos regulatorios a nivel nacional e internacional que demandan la incorporación de una perspectiva intercultural en la salud. Mientras que las limitaciones se asocian con: 1) formadores de los profesionales de la salud que niegan la validez epistémica de los conocimientos indígenas, por tanto, no son considerados en la enseñanza en sus respectivos itinerarios formativos; 2) negación del conocimiento indígena en torno a

ciertos oficios en el ámbito de la salud, como por ejemplo, el saber asociado a la compostura de huesos, la partera, la preparación de hierbas medicinales, la persona que realiza acompañamiento en la formación de la persona, y la autoridad espiritual que se encarga de la búsqueda y sanación del equilibrio de la persona en el ámbito físico, psicológico y espiritual; 3) la enseñanza de profesionales de la salud se realiza de manera ‘encarcelada’ en los muros de las salas de clases, generando con ello un desconocimiento de las necesidades y problemáticas asociadas al ámbito de la salud en los contextos territoriales donde se desempeñaran profesionalmente; y 4) la falta de reconocimiento a nivel de estructura social e institucional de la existencia de la episteme indígena la que entra en interacción y choque con la lógica biomédica.

Para abordar estas oportunidades y limitaciones es necesario que en los itinerarios formativos se incorporen conocimientos indígenas en tanto contenidos de aprendizaje que problematizan la comprensión en salud. Asimismo, implica avanzar en una dinámica de reconocimiento epistémico, la que se establece en el marco de un contexto conflictual tanto por la historia de colonialismo hacia los indígenas y la demanda de los pueblos indígenas para lograr la simetría de sus propios marcos epistémicos con el marco epistémico hegemónico (Fornet-Betancourt, 2011).

PUNTOS PARA CONCLUIR

La discusión teórica hasta aquí desarrollada nos permite identificar algunas tensiones epistemológicas en la formación de los profesionales de las ciencias de la salud, así como en las políticas de salud. Por ejemplo, es posible constatar que se desconocen, omiten y niegan otras formas de concebir la salud, que se aleja a los marcos socioculturalmente establecidos desde la sociedad dominante, como lo son los saberes indígenas (Sen, 2002; Sarmiento *et al.*, 2020). Además, se constata una invisibilización de dichas formas de conocer en la formación de los futuros profesionales de la salud, lo que permitiría explicar el porqué de su posterior actuar desde enfoques biomédicos y con bajas competencias interculturales, puesto que nunca se valorizaron en su formación profesional (Vallejo, 2006; Toulouse, 2018; El Kotni, 2022).

En ese sentido, es importante cuestionar el discurso político que se ha instalado en los sistemas sanitarios, pues no son inocentes y bajo la ‘supuesta’

apertura a la interculturalidad funcional (Boccaro, 2007) y su práctica en el quehacer profesional situado principalmente en lo actitudinal, se invisibilizan las luchas históricas de los pueblos indígenas (Breilh, 2021), asociadas a la construcción del orden del conocimiento desde el saber propio en simetría con el conocimiento científico, como válidos y verdaderos, para abordar la salud en perspectiva intercultural (Harvey y Piñones-Rivera, 2022). De este modo, es urgente avanzar más allá del reconocimiento del otro como un legítimo otro, sino también romper con la estructura social hegemónica que no permite disminuir la asimetría y desigualdades sociales que viven los grupos minorizados como los indígenas. Es así como repensar la salud desde una interculturalidad crítica es posible revertir las prácticas dominantes que si bien han reconocido la diferencia, también las han neutralizado y vaciado su significado, volviéndola funcional a las necesidades del Estado (Liberona, Piñones-Rivera y Holmes, 2022) en tanto se constituye en una nueva estrategia de colonización de los indígenas, su saber, ser y hacer, para el control del conflicto indígena, con la finalidad de impulsar los imperativos económicos del modelo multiculturalismo neoliberal (Metzl y Hansen, 2014; Piñones-Rivera et al, 2022; Piñones-Rivera, Mansilla y Arancibia, 2017).

Esta realidad implica transitar y posicionar el tema de la salud intercultural en los escenarios de salud a nivel nacional, regional y local, lo que permita establecer una relación de confianza en la atención entre sujetos indígenas y migrantes teniendo en cuenta ciertos hábitos culturales de los pacientes, y en definitiva mejorar su salud. Esto, se transforma en un desafío tanto para los profesionales de salud como aquellos que están en formación respecto al poder avanzar en procesos de co-construcción e intercambio mutuo de sus saberes y conocimientos con la población indígena y migrante (Piñones-Rivera, Liberona y Montecino, 2019), que le permita al personal de salud pública adaptarse a las demandas de los pacientes según sus orígenes socioculturales, ofreciendo prácticas de atención sanitaria atingentes socioculturalmente (Víaña, Tapia y Walsh, 2010). De esta manera, sostendemos que este tipo de acciones permitiría valorizar la diversidad sociocultural desde un pluralismo epistemológico, que contribuirá en la mejora de la percepción y confianza entre sistemas de conocimientos y sujetos diversos en los sistemas de salud.

En ese contexto, Sousa Santos (2019) propone cuatro características esenciales para el pluralismo epistemológico, posibles de considerar en

el ámbito de la salud, lo que implica asumir que: 1) el conocimiento científico debe considerar el contexto social e histórico de los fenómenos estudiados; 2) el conocimiento es tanto local como global, relacionando los conocimientos occidentales universalizados con saberes contextuales; 3) el conocimiento es autoconocimiento, ya que se origina en la exploración de inquietudes propias; y 4) el conocimiento científico se construye en diálogo con otras formas de conocimiento, incluyendo perspectivas naturales, sociales, culturales y espirituales. En contextos de colonización, esto requiere integrar la episteme indígena para construir un pluralismo epistemológico acorde con los territorios y sus culturas.

De esta manera, en salud intercultural este pluralismo epistemológico en tanto enfoque teórico promueve el reconocimiento y la valoración de conocimientos diversos, indígenas, campesinos, población migrante entre otros. Así repensar la salud intercultural desde un pluralismo epistemológico implica cuestionar la idea de un único saber universal y propicia la coexistencia de distintas formas de producción de conocimiento, cada una vinculada a un contexto social, cultural y territorial específico (Haneda y Madany-Saá, 2024). Así, la salud intercultural desde el pluralismo epistemológico invita a una colaboración entre sujetos de la racionalidad dominante y sujetos de racionalidades subalternas para construir saberes nuevos, posibilitando una comprensión de salud más pertinente en contextos de diversidad social y cultural. Lo anterior, además de contribuir directamente en una mayor adherencia y permanencia en los sistemas de salud pública.

FUENTES CONSULTADAS

- ADELSON, N. (2005). The Embodiment of Inequity Health Disparities in Aboriginal Canada. En *Canadian Journal of public health*. Vol. 96. Núm. 2. pp. 45-61. Canadá.
- AGUILAR-PEÑA, M., TOBAR, M. y GARCÍA-PERDOMO, H. (2020) Salud intercultural y el modelo de salud propio indígena. En *Revista Salud Pública*. Vol. 22. Núm. 4. pp. 463-467.
- ALARCÓN, A., VIDAL, A. y NEIRA, J. (2003). Salud intercultural: elementos para la construcción de sus bases conceptuales. En *Revista médica de Chile*. Vol. 131. Núm. 9. pp. 1061-1065.

- ALLAN, B. y SMYLIE, J. (2015). *First Peoples, Second Class Treatment: the Role of Racism in the Health and Well-being of Indigenous Peoples in Canada*. Discussion Paper. Wellesley Institute.
- ALIZADEH, S. y CHAVAN, M. (2016). Cultural Competence Dimensions and Outcomes: a Systematic Review of the Literature. En *Health and Social Care in the Community*. Vol. 24. Núm. 6. pp. 117-130.
- ANDERSON, T. (2015). *Les Déterminants Sociaux d'un Niveau Élevé de Souffrance Mentale Chez les Inuits. Enquête Auprès des Peuples Autochtones*. Ottawa: Statistique Canada.
- ARIAS-ORTEGA, K., QUINTRIQUEO, S. y VALDEBENITO, V. (2018). Monoculturalidad en las prácticas pedagógicas en la formación inicial docente en La Araucanía, Chile 1. En *Revista Educacão e pesquisa*. Vol. 44. pp. 1-19.
- ARIAS-ORTEGA, K. (2020). Relación pedagógica en la educación intercultural: una aproximación desde los profesores mentores en La Araucanía. En *Revista Educação e pesquisa*. Vol. 46.
- AUKANAW. (2001). *Medicina y psicología mapuche*. Argentina: Biblioteca Nueva Era Rosario.
- AYALA-ASENCIO, C. (2020). Competencias interculturales: Impacto del taller Comunicándonos en la sensibilidad intercultural de personal docente universitario. En *Revista Electrónica Educare*. Vol. 24. Núm. 3. pp. 370-386.
- BOCCARA, G. (2007). Etnogubernamentalidad: La formación del campo de la salud intercultural en Chile. En *Chungará*. Vol. 39. Núm. 2. pp. 185-207.
- BREILH, J. (2021). *Critical Epidemiology and the People's Health*. Estados Unidos: Oxford University Press.
- BROSSARD, L. (2019). Les Peuples Autochtones: des Réalités Méconnues à Tout Point de Vue. En *Ligne de l'ICÉA*. Núm. 76. pp. 1-16.
- CARDONA, D., ACOSTA, L. y BERTONE, C. (2013). Inequidades en salud entre países de Latinoamérica y el Caribe (2005-2010). En *Gaceta Sanitaria*. Vol. 27. Núm. 4. pp. 292-297. Barcelona.
- CENTRE DE COLLABORATION NATIONALE DE LA SANTÉ AUTCHTONE (2013). *Aperçu de la Santé des Autochtones au Canada*. Canadá: Université du Nord de la Colombie Britanique.

- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA (2017). *Censo de Población y Vivienda*. Instituto Nacional de Estadística (INE), Gobierno de Chile.
- ENCUESTA DE CARACTERIZACIÓN SOCIOECONÓMICA CASEN (2020). *Ministerio de Desarrollo Social y Familia. Encuesta de Caracterización Socioeconómica Casen*. Gobierno de Chile.
- CASTRO, A. (2021). Hacia una tipología de la Interculturalidad en salud: alcances, disputas y retos. En *Andamios*. Vol. 18. Núm. 45. pp. 535-552. DOI: <https://doi.org/10.29092/uacm.v18i45.829>
- CLOUTIER, E., LAROCHE, S., LÉVESQUE, C. y WAWANOLOATH, M. (2018). *Le Mino Pimatisi8in: un Rapport Autochtone au Mieux-être. Centre Intégré de Santé et de Services Sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue*. Canadá.
- COHEN-EMERIQUE, M. (2013). Por un enfoque intercultural en la intervención social. En *Educación Social. Revista de Intervención Socioeducativa*. Núm. 54, pp. 11-38.
- COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (2014). Panorámica Social de América Latina. Naciones Unidas CEPAL.
- COMMISSION DE VÉRITÉ ET RÉCONCILIATION DU CANADA (2015). Honorer la Vérité, Réconcilier pour l'Avenir: Sommaire du Rapport Final de la Commission de Vérité et Réconciliation du Canada. Canadá: McGill-Queen's Press-MQUP.
- CHORNY, V. (2021). Más allá del liberalismo. Repensar la justicia en clave epistémica: conocimiento relacional, saberes indígenas y diálogo intercultural. En *Revista Latinoamericana de Filosofía Política*. pp. 157-224.
- DEMERS, V., LEANZA, Y., YAMPOLSKY, M., BRISSET, C., ARSENAULT, S., MARQUIS, J., RHÉAUME, A., JONES-LAVALLÉE, A., GIROUX, D., GAGNON, R., TÉTREAULT, S. y KÜHNE, N. (2022). Context and Consequences of Helping-Profession Students' Intercultural Experiences before they enter Profession. En *International Journal of Intercultural Relations*. Núm. 91. pp. 200-215.
- DÍAZ, A., PÉREZ, M., GONZÁLEZ, C. y SIMON, J. (2004). Conceptos de enfermedad y sanación en la cosmovisión mapuche e impacto de la cultura occidental. En *Ciencia y enfermería*. Vol. 10. Núm. 1. pp. 9-16.

- DURIE, M. (2004). Understanding Health and Illness: Research at the Interface Between Science and Indigenous Knowledge. En *International Journal of Epidemiology*. Vol. 33. Núm. 5. pp. 1138-1143.
- EL KOTNI, M. (2022). La Santé Interculturelle, Outil de Domination? L'Expérience des Sages-Femmes Traditionnelles Mexicaines. En *Anthropologie & Santé*. Núm. 24. pp. 1-18.
- ESPINOSA-FREIRE, E. y LEÓN-GONZÁLEZ, J. (2020). Competencias interculturales del profesorado de la enseñanza básica en Machala, Ecuador. En *Información Tecnológica*. Vol. 32. Núm. 1. pp. 187-198.
- FRICKER, M. (2007). Injusticia epistémica. Herder.
- GALDÁMEZ, L. y MILLALEO, S. (2022) La interculturalidad vacía: derecho a la salud intercultural de los pueblos indígenas y personas migrantes en Chile. En *Acta bioethica*. Vol. 28. Núm. 1. pp. 25-34.
- GASTULO, Y., MAQUEN, E. y SEVERINO, M. (2018). Modelo holístico configuracional para el desarrollo de la competencia intercultural en los docentes de educación secundaria en Motupe, Perú. En *Revista Científica Institucional TZHOECOEN*. Vol. 10. Núm. 2. pp. 199-212.
- GIL, G. y INCAURGARAT, M. (2022). Salud e interculturalidad: saberes, asimetrías y lugares comunes. En *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*. Núm. 30. pp. 1-18.
- GRACEY, M. y KING, M. (2009). Indigenous Health Part 1: Determinants and Disease Patterns. En *The Lancet*. Vol. 374. Núm. 9683. pp. 65-75.
- HARVEY, M., PIÑONES-RIVERA, C. y HOLMES, S. (2022). Thinking with and Against the Social Determinants of Health: the Latin American Social Medicine (Collective Health) Critique from Jaime Breilh. En *International Journal of Health Services*. Vol. 52. Núm. 4. pp. 433-441.
- HASEN, F. (2012). Interculturalidad en salud: competencias en prácticas de salud con población indígena. En *Ciencia y enfermería*. Vol. 18. Núm. 3. pp. 17-24.
- HANEDA, M. y MADANY-SAÁ, M. (2024). Hacia el pluralismo epistemológico y la apertura metodológica en la investigación de las emociones.

- nes en profesores de lenguas. En *Sistema*. Vol. 126. Núm. 103510. DOI: <https://doi.org/10.1016/J.SYSTEM.2024.103510>
- HEINE, A., LICATA, L. y AZZI, A. (2013). Considérer la Dimension Inter-culturelle dans les Formations Professionnalisantes en Santé. En F. Parent y J. Jouquan (Orgs.). *Penser la Formation des Professionnels de la Santé*. pp.131-152. Quebec: De Boeck Supérieur,
- HURTADO, L., RINCÓN, S., MUÑOZ, J. y OSORIO, C. (2021). *La interculturalidad y los modelos biomédicos en la población infantil indígena colombiana*. (Tesis de Bachillerato). Colombia: Universidad EAN. Especialización en Auditoría y Garantía de Calidad en Salud.
- LANGDON, E. y GARNELO, L. (2017). Articulación entre servicios de salud y medicina indígena: reflexiones antropológicas sobre política y realidad en Brasil. En *Salud colectiva*. Vol. 13. Núm. 3. pp. 457-470.
- LÉVESQUE, C., CLOUTIER, É., RADU, I., PARENT-MANSEAU, D., LAROCHE, S. y BLANCHET-COHEN, N. (2019). Innovation Sociale et Transformation Institutionnelle en Contexte Autochtone. La Clinique Minowé au Centre d'Amitié Autochtone de Val-d'Or (No. 2019-01). En Alliance de Recherche ODENA, *Réseau de Recherche et de Connaissances Relatives aux Peuples Autochtones (DIALOG) et Regroupement des Centres d'Amitié Autochtones du Québec*. Canadá.
- LIBERONA, N., PIÑONES-RIVERA, C. y ÁLVAREZ, C. (2022). Consecuencias del orden estructurante de las relaciones interétnicas: barreras en el acceso a la atención de salud de mujeres migrantes y sus familias en Tarapacá. En *Chungará*. Vol. 55. Núm. 2. pp. 321-334.
- LIBERONA, N. y PIÑONES-RIVERA, C. (2020). *Violencia en la toma. Segregación residencial, injusticia ambiental y abandono de pobladores inmigrantes en La Pampa*. Alto Hospicio. RIL.
- MACAULAY, A. (2009). *Améliorer la Santé des Autochtones: Quelle Contribution les Professionnels de la Santé Peuvent-ils Apporter*. Canadá.
- MANRÍQUEZ, M., LAGOS-FERNÁNDEZ, C., REBOLLEDO, J. y FIGUEROA, V. (2018). Salud intercultural en Chile: Desarrollo histórico y desafíos actuales. En *Revista de Salud Pública*. Vol. 20. Núm. 6. pp. 759-763.
- MARILEO, A. (2020). *Mundo mapuche*. Chile: Meridión Comunicaciones.

- METZL, J. y HANSEN, H. (2014). Structural Competency: Theorizing a New Medical Engagement with Stigma and Inequality. En *Soc Sci Med.* Núm. 103. pp. 126-133. Estados Unidos.
- MINSAL. (2020a). *Ministerio de Salud. Diagnóstico de salud de los Pueblos Indígenas de Chile.* Gobierno de Chile.
- MINSAL. (2020b). *Ministerio de Salud de Chile. Diagnóstico población Migrante.* Gobierno de Chile.
- MUÑOZ-CANO, J., MALDONADO-SALAZAR, T. y BELLO, J. (2014). Desarrollo de proyectos para la formación de la competencia intercultural por estudiantes de medicina. En *FEM: Revista de la Fundación Educación Médica.* Vol. 17. Núm. 3. pp. 161-169.
- NAVARRO, R., SÁNCHEZ, E. y MAYA, A. (2017). Aproximación crítica a las políticas públicas en salud indígena, medicina tradicional e interculturalidad en México (1990-2016). En *Salud colectiva.* Vol. 13. Núm. 3. pp. 443-455.
- ORGANIZACIÓN DE LOS ESTADOS AMERICANOS (2008). *Declaración Americana de los Derechos de los pueblos indígenas.* Washington D.C: Departamento de Inclusión social de la secretaría de acceso a derechos y equidad de la secretaría general de la Organización de los Estados Americanos.
- PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION (1992). International Health: a North-South Debate. En *Human Resources Development.* Núm. 95. Washington, DC: PAHO.
- PIÑONES-RIVERA, C., LIBERONA, N., MUÑOZ, W. y HOLMES, S. (2022). Ideological Assumptions of Chile's International Migrant Health-care Policy: a Critical Discourse Analysis. En *Global Public Health.* Vol. 17. Núm. 12. pp. 3353-3367.
- PIÑONES-RIVERA, C., LIBERONA, N. y LEIVA, S. (2021). Perspectivas teóricas sobre salud y migración: determinantes sociales, transnacionalismo y vulnerabilidad estructural. En *Saúde e Sociedade.* Vol. 30. Núm. 1. pp. 1-18.
- PIÑONES-RIVERA, C., LIBERONA, N. y MONTECINO, B. (2019). La subordinación ideológica del saber médico andino en la salud intercultural chilena. En *Polis.* Vol. 18. Núm. 54. pp. 224-244.

- PIÑONES-RIVERA, C., MANSILLA, M. y ARANCIBIA, R. (2017). El imaginario de la horizontalidad como instrumento de subordinación: la Política de Salud pueblos indígenas en el multiculturalismo neoliberal chileno. En *Salud e Sociedade*. Vol. 26. Núm. 3. pp. 751-763.
- RAMIS, Á. (2016). Bioética narrativa y salud intercultural mapuche. Aportes a su fundamentación y complementación. En *Veritas*. Núm. 34. pp. 93-116.
- SALAVERRY, O. (2013). Interculturalidad en salud. En *Revista Perú. Med. Exp. Salud Pública*. Vol. 27. Núm. 1. pp. 80-93.
- SANHUEZA, S., CARDONA, M. y FRIZ, M. (2012). La sensibilidad intercultural en el alumnado de educación primaria y secundaria de la provincia de Alicante. En *Perfiles educativos*. Vol. 34. Núm. 136. pp. 8-22.
- SANTOS, B. (2019). *Educación para otro mundo posible*. Clacso.
- SARMIENTO, I., ZULUAGA, G., PAREDES-SOLÍS, S., CHOMAT, A., LOUTIFI, D., COCKCROFT, A. y ANDERSSON, N. (2020). Bridging Western and Indigenous knowledge through Intercultural Dialogue: Lessons from Participatory Research in Mexico. En *BMJ Global Health*. Vol. 5. Núm. 9. pp. 1-18.
- SEN, A. (2002). ¿Por qué la equidad en salud? En *Revista Panameña de Salud Pública*. Vol. 5. Núm. 6. pp. 302-309.
- TOULOUSE, P. (2018). *Chaque Enfant a un don à Partager: Nourrir l'Identité Autochtone et le Sentiment d'Appartenance*. Gobierno de Canadá.
- URREGO-RODRÍGUEZ, J. (2020). Las luchas indígenas por el derecho fundamental a la salud propio e intercultural en Colombia. En *Salud en Debate*. Vol. 44. Núm. 1. pp. 79-90.
- VÁSQUEZ, J. (2008) *Derechos Humanos y Salud. Pueblos indígenas*. Organización Panamericana de la Salud. Iris.paho.org.
- VELIZ-ROJAS, L. y BIANCHETTI-SAAVEDRA, A. (2021). Situación del desarrollo de competencias interculturales en estudiantes de la facultad de medicina de la Universidad Católica del Norte. En *Calidad en la educación*. Núm. 54. pp. 303-338.

- VALLEJO, Á. (2006). Medicina indígena y salud mental. En *Acta Colombiana de Psicología*. Vol. 9. Núm. 2. pp. 39-46.
- VIAÑA, J., TAPIA, L. y WALSH, C. (2010). *Construyendo interculturalidad crítica. Instituto Internacional de Integración*. Bolivia: Instituto Internacional de Integración del Convenio Andrés Bello.
- WALSH, C. (2022). Interculturalidad y (de) colonialidad. Critiche e politiche prospettive. En M. Muraca. *La otra intercultura. Visioni e Pratiche Politico-Pedagogiche da Abya Yala al mondo*. pp. 43-67.
- WALSH, C. (2021). Praxis decolonial: Sembrando existencia-vida en tiempos de deshumanización. En *Academia Internacional de Teología Práctica. Ciclo de conferencias*. Núm. 2. pp. 4-12.

Fecha de recepción: 5 de abril de 2024
Fecha de aceptación: 25 de marzo de 2025

DOI: <https://doi.org/10.29092/uacm.v22i59.1232>