

Bastidas Gaete, M., Marcotti Fernández, A. y Villarroel González, A. (Julio-Agosto 2018). Competencia cultural y conocimiento actitudinal en los agentes educativos del área de la salud: rol en la inmigración como un determinante social de la salud. *Revista Akadèmeia*, 17 (1), 56-85.

Competencia cultural y conocimiento actitudinal en los agentes educativos del área de la salud: rol en la inmigración como un determinante social de la salud.

María Angélica Bastidas Gaete¹

Anthony Marcotti Fernández²

Alejandra Villarroel González³

Fecha de recepción: 24 de Agosto de 2018.

Fecha de aceptación: 3 de Septiembre de 2018.

Resumen

El presente artículo pretende analizar la importancia de los agentes educativos del área de la salud en relación con el fenómeno migratorio, entendiendo a este último como un determinante social de la salud. Al ser un pilar fundamental del proceso educativo de futuros profesionales de la salud, el rol de estos agentes cobra especial relevancia al definir los determinantes sociales de la salud como aquellos factores y mecanismos por los cuales las condiciones en las que viven las personas afectan el nivel de salud, pero que son

¹ Magíster en Educación©, mención Docencia para la Educación Superior, Universidad Ucinf. Postítulo en Discapacidad Intelectual con Enfoque Inclusivo. Fonoaudióloga Instituto Profesional de Chile. Fonoaudióloga en Centro de Estimulación Temprana, Facultad de Educación, Universidad Gabriela Mistral. Dirección electrónica: abastidas@gmail.com

² Magíster en Audiología, U. Andrés Bello. Magíster en Educación©, mención Docencia para la Educación Superior, Universidad Ucinf. Fonoaudiólogo U. de Valparaíso. Instructor Adjunto Carrera de Fonoaudiología, Departamento de Ciencias de la Salud, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile. Dirección electrónica: anthony.marcotti@uc.cl

³ Magíster en Educación Diferencial, mención Trastornos de la Comunicación, Audición y Lenguaje, U. Mayor. Magíster en Educación©, mención Docencia para la Educación Superior, Universidad Ucinf. Fonoaudióloga Instituto Profesional de Chile. Directora de Carrera de Fonoaudiología, Escuela de Salud, Instituto Profesional de Chile. Dirección electrónica: alejandra.villarroel@ipchile.cl

Bastidas Gaete, M., Marcotti Fernández, A. y Villarroel González, A. (Julio-Agosto 2018). Competencia cultural y conocimiento actitudinal en los agentes educativos del área de la salud: rol en la inmigración como un determinante social de la salud. *Revista Akadèmeia*, 17 (1), 56-85.

potencialmente remediabiles a través de políticas sociales y sanitarias. Es por esto que recae en ellos la responsabilidad de un cambio de paradigma en estas materias a través de una reformulación de las competencias culturales y conocimientos actitudinales, entendiéndolos como un saber-hacer complejo, basado tanto en la reflexión crítica como en la acción y en su aplicación para proporcionar cuidados culturalmente seguros, congruentes y eficaces, en asociación con individuos, familias y comunidades. En este contexto Chile se encuentra en una posición de oportunidad para proteger el bienestar y salud de la población migrante produciendo cambios en el contexto social, resaltando su importancia para la salud pública y fortaleciendo así aspectos de seguridad y desarrollo.

Palabras clave: competencia cultural, conocimiento actitudinal, determinantes sociales de la salud, migración.

Cultural competence and attitudinal knowledge in educational agents in the health area: role in immigration as a social determinant of health

Abstract

This article aims to analyze the importance of education agents of the health area in relation with the migratory phenomenon, understanding the last one as a social determinant of health. Being a fundamental pillar of the educational process of future health professionals, the role of these agents takes on special relevance in defining the social determinants of health as those such factors and mechanisms for which the conditions in what people lives affect the level of health, but that are potentially remediable through social and health policies. It is for that reason that relays on them the responsibility for a paradigm change in these matters through a reformulation of cultural competencies and attitudinal knowledge, understanding them as a complex know-how, based on both critical reflection and action

Bastidas Gaete, M., Marcotti Fernández, A. y Villarroel González, A. (Julio-Agosto 2018). Competencia cultural y conocimiento actitudinal en los agentes educativos del área de la salud: rol en la inmigración como un determinante social de la salud. *Revista Akadèmeia*, 17 (1), 56-85.

and in its application to provide culturally safe, congruent and effective care in association with individuals, families and communities. In this context, Chile is in a position of opportunity to protect the welfare and health of the migrant population by producing changes in the social context, highlighting its importance for public health and thus strengthening aspects of security and development.

Keywords: cultural competence, attitudinal knowledge, social determinants of health, migration.

I. INTRODUCCIÓN

En la actualidad, la migración es entendida como un proceso dinámico y cambiante, que incluye aspectos como variables biológicas, cambios en el estilo de vida, modificaciones en las condiciones del medio social, comunitario, socioeconómico, político, estructural y ambiental, por lo que es reconocida internacionalmente como un determinante social de la salud (Davies, Basten, & Frattini, 2006). Estos cambios vienen acompañados de manera inherente con una serie de dificultades, principalmente para integrarse a nuevos estilos de vida y ambientes, los cuales generan mayores vulnerabilidades y riesgos para la salud de las personas migrantes, sus familias y las comunidades que las reciben. Aquellos factores y mecanismos por los cuales las condiciones en las que viven las personas afectan el nivel de salud y que es posible intervenir a través de políticas sociales y de salud, son denominados determinantes sociales de la salud (Unicef Migration, 2013).

En el año 2008, la Asamblea Mundial de la Salud organizada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) adoptó la resolución WHA 61.17 de la Salud de los Migrantes (OMS, 2008). Esta ofrece un importante marco normativo para la acción, llamando a los Estados miembros a promover políticas de salud sensibles con el contexto migratorio y el acceso equitativo a la salud. Guiados por la citada resolución, la Organización Internacional para las Migraciones (OIM), la OMS y el Ministerio de Sanidad y Política Social de

Bastidas Gaete, M., Marcotti Fernández, A. y Villarroel González, A. (Julio-Agosto 2018). Competencia cultural y conocimiento actitudinal en los agentes educativos del área de la salud: rol en la inmigración como un determinante social de la salud. *Revista Akadèmeia*, 17 (1), 56-85.

España, organizaron en Madrid en 2010 una Consulta Mundial sobre la Salud de los Migrantes que contó con la participación de delegados de diversos sectores gubernamentales de todo el mundo y representantes de organismos internacionales, instituciones académicas y sociedad civil, sentando las bases para un marco de aplicación (OMS, 2017). Los participantes destacaron la importancia de la alianza multisectorial y la colaboración entre países. De esta forma, la salud de las personas migrantes, debe ser un puente hacia el respeto de los derechos humanos, resaltando su importancia para la salud pública y fortaleciendo así aspectos de seguridad humana y desarrollo. Además, establecieron la necesidad de buscar evidencia, construir capacidades y crear espacios para reducir el estigma y lograr la integración de estas poblaciones maximizando su contribución al desarrollo social y económico.

Actualmente, en Chile existe una política de salud específica para migrantes internacionales. Sin embargo, se han presentado algunas propuestas innovadoras en atención de salud en relación con este tema. Una de ellas es una propuesta que surgió directamente desde el Ministerio de Salud (MINSAL) denominado inicialmente “Plan Nacional Piloto de Salud de Inmigrantes”, dio origen a la “Política de Salud de Migrantes Internacionales” (MINSAL, 2018). Desde un punto de vista institucional, el MINSAL priorizó el tema de migración y salud desde el año 2008, constituyendo un grupo asesor en salud de inmigrantes y Refugiados del Ministerio de Salud (SIR), trabajo que se discontinuó por algunos años y se reinició el 2013. Dentro de sus funciones estaba coordinar al sector, investigar, asesorar, proponer normativas y cursos de acción, difundir normativas y estudios, por nombrar las más relevantes (MINSAL, 2015). El objetivo general fue identificar las principales barreras de acceso a la salud y a los servicios de salud de la población inmigrante, e intervenir en ellas, entregando elementos y recomendaciones a ser consideradas en una propuesta de política pública en materia de salud de personas inmigrantes.

Bastidas Gaete, M., Marcotti Fernández, A. y Villarroel González, A. (Julio-Agosto 2018). Competencia cultural y conocimiento actitudinal en los agentes educativos del área de la salud: rol en la inmigración como un determinante social de la salud. *Revista Akadèmeia*, 17 (1), 56-85.

Una segunda propuesta innovadora planteada a nivel local es el Plan de Atención Inicial a Migrantes por la Municipalidad de Santiago y Universidad del Desarrollo (Cabieses, Bernales, Chepo, Escobar, & Bersano, 2017). El Plan de Atención Inicial a Migrantes se diseñó como un complemento a las prestaciones de salud que ya están disponibles de manera igualitaria para población chilena y extranjera, sin intentar hacer diferencias entre ambas poblaciones. Este Plan simplemente se reconocía a sí mismo como un vehículo de conexión concreta y efectiva entre la persona migrante y el sistema de salud público chileno. Esta atención inicial de salud integral para población migrante internacional incorporó en sus pilares los mismos fundamentos conceptuales, éticos, legales y socio- culturales pertinentes del Plan Nacional Piloto de Salud de Inmigrantes del Ministerio de Salud. Tales son: enfoque de derechos humanos, enfoque de participación, enfoque de determinación social de la salud; y enfoque de interculturalidad en salud. No obstante, adicionó otros seis pilares conceptuales pertinentes para un programa piloto de atención directa en salud de esta naturaleza, uno de los cuales tiene que ver con la competencia cultural de los profesionales de la salud.

La competencia cultural en salud, se entiende como la habilidad que deben poseer los trabajadores de la salud para incorporar una visión del contexto social y cultural de cada usuario, incrementando así la posibilidad de lograr una real comunicación con este último (Unicef Migration, 2013) . Habitualmente, la necesidad de desarrollar la competencia cultural es entendida en la interacción que establecen los trabajadores de la salud con la población de origen étnico o incluso en la interacción con inmigrantes internacionales, grupos en los cuales resulta más evidente la posible diferencia en el background cultural entre los trabajadores de la salud y los usuarios del sistema. Sin embargo, algunos autores plantean que cada interacción en el ámbito de la salud debiera considerar una adaptación cultural de las estrategias, de tal forma que las intervenciones contemplen la individualidad y el contexto social de los usuarios, apostando de esta forma al éxito en la implementación

Bastidas Gaete, M., Marcotti Fernández, A. y Villarroel González, A. (Julio-Agosto 2018). Competencia cultural y conocimiento actitudinal en los agentes educativos del área de la salud: rol en la inmigración como un determinante social de la salud. *Revista Akadèmeia*, 17 (1), 56-85.

de dichas intervenciones (Van der Laet, 2017; Cabieses, Bernales, Chepo, Escobar, & Bersano, 2017).

La finalidad de esta revisión bibliográfica es analizar la evidencia científica disponible sobre el fenómeno de inmigración como determinante social en salud y las competencias involucradas que deben tener los profesionales de la salud en esta relación profesional-paciente. La búsqueda bibliográfica se basó específicamente en la revisión de fuentes primarias y secundarias de bases de datos bibliográficas, y datos oficiales de cuerpos gubernamentales y organismos internacionales, estos aportarán información sobre inmigración en Chile, acceso a salud y educación de inmigrantes, competencias culturales y actitudinales en profesionales de la salud.

II. DESARROLLO ANALÍTICO

1. Panorama migratorio nacional.

En gran medida, Chile viene acompañando de forma particular el panorama internacional de migración. A partir de la década de 1990, nuestro país ha comenzado a recibir una gran oleada migratoria, período que coincide con el fin de la dictadura militar, la vuelta a la democracia y con una fase de importante crecimiento económico (Araujo, Legua, & Ossandón, 2002; Erazo, 2009; Jensen, 2008; Martínez, 2005; Poblete, 2006). Esto a llevado a que se instaure en la opinión pública y en varios medios de comunicación, la idea de que el país se convirtió en uno de los destinos prioritarios de la migración en América del Sur (Browne & Castillo, 2013; Póo, 2009). Ha surgido junto con esto la noción de una especie de "invasión migrante", la cual ha dado pie para la diseminación de prejuicios poco fundados como, por ejemplo, que los migrantes acaparan puestos de trabajo y/o servicios educacionales y sanitarios (Contreras, Ruiz-Tagle, & Sepúlveda, 2013).

Al revisar cifras concretas, podemos observar que el flujo migratorio hacia al país ha aumentado en un 75% entre los censos de 1992 y 2002 (INE, 2002). Según las cifras de Departamento de Extranjería y Migración (2010), al año 2009 los inmigrantes llegaron a

Bastidas Gaete, M., Marcotti Fernández, A. y Villarroel González, A. (Julio-Agosto 2018). Competencia cultural y conocimiento actitudinal en los agentes educativos del área de la salud: rol en la inmigración como un determinante social de la salud. *Revista Akadèmeia*, 17 (1), 56-85.

representar el 2,3% de la población total. Según los datos publicados en 2013 por las Naciones Unidas, el país tenía hasta ese año un total de 398.300 migrantes internacionales en su territorio. Considerando el aumento poblacional, el Ministerio del Interior y Seguridad Pública (2016) estimó que los migrantes internacionales hasta dicho año correspondían al 2,14% del total de la población. Los resultados entregados por el censo 2017, indicarían que la cantidad de inmigrantes que reside en el país creció hasta un 4,35% en 2017, es decir, un total de 746.465 personas (INE, 2017).

Al caracterizar el proceso inmigratorio nacional, se observan algunas similitudes con el panorama internacional. Por ejemplo, el 24,3% de los migrantes internacionales en el país tiene entre 0 y 19 años; un 70,1% tiene entre 20 y 64 años, y un 5,6% tiene 65 años o más (United Nations, 2013). Además, también sabemos que los migrantes tienen un promedio de escolaridad superior al chileno (Guizardi & Garcés, 2012). Así, los migrantes que recibe el país son mayoritariamente personas en edad laboral activa. Podemos concluir en parte que las razones por las que la migración viene siendo retratada como un "problema" o como una "invasión" en Chile, no tienen que ver propiamente con los migrantes ni con sus características. El rechazo a la migración se refiere más bien a los imaginarios nacionales y sociales sobre quiénes son chilenos y quiénes tienen derecho de pertenecer al país. En este último sentido, el aumento de las migraciones peruanas, bolivianas, colombianas y haitianas, entre otras, viene reavivando imaginarios y definiciones que traen a la luz las debilidades, incongruencias y asimetrías de la configuración territorial del proyecto chileno de identidad nacional. Estas migraciones cuestionan fuertemente la incapacidad de este proyecto de asumir la heterogeneidad cultural y social interna, así como de asumir aquello que se comparte histórica, social y culturalmente con los países vecinos. Al ahondar en este tema podemos observar los cambios tanto económicos, políticos y sociales que han transformado a Chile en un polo de atracción de inmigrantes, sin embargo, esto no ha sido suficiente para lograr su plena incorporación a la sociedad chilena, ya que, la inclusión de estos actores se encuentra

Bastidas Gaete, M., Marcotti Fernández, A. y Villarroel González, A. (Julio-Agosto 2018). Competencia cultural y conocimiento actitudinal en los agentes educativos del área de la salud: rol en la inmigración como un determinante social de la salud. *Revista Akadèmeia*, 17 (1), 56-85.

influenciada por múltiples factores, dentro de los cuales adquieren un rol fundamental la actitud que los gobiernos, los actores locales y la comunidad de migrantes ya establecida asumen respecto de la acogida de los nuevos inmigrantes, la suma de estos tres elementos es denominada por Portes y Böröcz (1998) como contexto de recepción.

Habiendo expuesto antecedentes sobre la migración actual hacia Chile, resulta claro que ésta representa para Chile una importante oportunidad de desarrollo cultural y económico. En este contexto, la educación médica ha vivido los desafíos de los cambios, requiriendo nuevos saberes en el escenario educativo, social y político de la sociedad, lo que demanda un nuevo perfil de competencias para la docencia en la enseñanza superior (Lampert, 2009). La noción de competencia ha permeado el proceso educativo como un todo, influenciando el papel profesional del docente. El concepto de competencia es polisémico y, de manera general, se presenta asociado a la acción. La competencia, además de la movilización de recursos, conocimientos, habilidades y actitudes, posee características personales y profesionales en la resolución de problemas, lo que evidencia la búsqueda por la excelencia, traducida en la práctica como objetivo principal del ejercicio adecuado de las competencias profesionales. Los diversos escenarios de la actuación médica estimulan una constante reflexión sobre su actuación, lo que permite mejorar la *performance* docente asistencial (Franco, Franco, Portilho, & Cubas, 2014).

2. Migración como determinante social de la salud.

Basado en el perfil del migrante se registra que, en su mayoría, quienes migran son personas jóvenes y saludables (OIM, 2015). Sin embargo, lejos de su contexto cultural, familiar y comunitario, y en ocasiones dado a condiciones impuestas desde las comunidades de destino, las personas migrantes suelen cambiar su comportamiento y adoptar nuevas prácticas, asumen nuevos riesgos para su salud sexual y reproductiva, pueden ser más vulnerables al alcoholismo y uso de drogas, sufren cambios alimentarios y se ven obligadas a permanecer en espacios sin condiciones adecuadas de saneamiento, agua potable, entre otros. Aunado a esto, encontramos el limitado acceso a servicios de salud

Bastidas Gaete, M., Marcotti Fernández, A. y Villarroel González, A. (Julio-Agosto 2018). Competencia cultural y conocimiento actitudinal en los agentes educativos del área de la salud: rol en la inmigración como un determinante social de la salud. *Revista Akadèmeia*, 17 (1), 56-85.

básicos, agravado por barreras culturales y lingüísticas que aumentan la vulnerabilidad para la población. También, en algunos casos, hay desconocimiento del propio migrante sobre sus derechos, maximizando el miedo a las autoridades y sociedad en general, y permitiendo así explotación y discriminación. Por otro lado, personas migrantes también son víctimas de robos, asaltos, violaciones sexuales, mutilaciones, estafas por parte de traficantes y explotadores, que determinan la alta peligrosidad de la ruta migratoria (OIM, 2015).

Considerando que uno de los factores que determina todo proceso de inclusión social es el ejercicio de derechos sociales, se ha observado que el derecho a la salud es una de las principales preocupaciones de las personas migrantes, quienes demandan orientación e información respecto al funcionamiento y acceso al sistema de salud chileno. Lo anterior se respalda en base a la encuesta CASEN 2013 (Ministerio de Desarrollo Social, 2015), donde se evidencia que el 8.9% de las personas migrantes no está afiliada al sistema previsional de salud, porcentaje mayor al 2.5% de los nacidos en Chile. Además, respecto a las personas migrantes afiliadas, se observa que el 7.5% no sabe a qué grupo de FONASA pertenece, lo cual devela la falta de información sobre el sistema. Dado lo anterior, es posible afirmar que en Chile no existe acceso universal a la salud para las personas migrantes, lo cual es necesario tener en cuenta a la hora de abordar los avances que se van desarrollando en esta materia.

Basándose en las cifras expuestas en el apartado anterior y debido a la construcción mediática que se ha generado en torno a la problemática de la migración desregulada, el Ministerio del Interior y Seguridad Pública (2018) ha hecho pública una minuta donde se explicita la urgencia de la creación de una nueva Ley de Migraciones que se adecúe a los actuales requerimientos del país. Dentro de los contenidos e indicaciones del proyecto, se abordan las áreas de institucionalidad respecto al tema, categorías migratorias y garantía de derechos fundamentales, entre los cuales se encuentra el acceso a la salud. Se señala de manera explícita que los inmigrantes tendrán acceso garantizado por ley a la salud en las mismas condiciones que cualquier chileno, sin importar su condición migratoria. Esto

Bastidas Gaete, M., Marcotti Fernández, A. y Villarroel González, A. (Julio-Agosto 2018). Competencia cultural y conocimiento actitudinal en los agentes educativos del área de la salud: rol en la inmigración como un determinante social de la salud. *Revista Akadèmeia*, 17 (1), 56-85.

otorgaría el derecho a acceder a los beneficios de FONASA Tramo A, que incluye AUGE y GES. Sin embargo, hasta antes de este pronunciamiento oficial, se evidenciaba un estado de desprotección del migrante, condicionando el acceso a la salud, desde su llegada al país, hasta contar con documentación en trámite. Existen normativas paliativas locales al respecto, pero la mayor dificultad radica en la aplicación práctica de estas iniciativas en los diferentes centros de salud para conceder atención médica a personas migrantes, mayormente cuando carecen de documentación.

Cuando se habla de medidas paliativas nos referimos a los acuerdos intersectoriales que el Departamento de Extranjería y Migración (DEM) del Ministerio del Interior y Seguridad Pública de Chile ha firmado con otros ministerios, en nuestro caso, con el Ministerio de Salud. Estas medidas intersectoriales que permiten un saneamiento de las necesidades básicas, lógicamente no incluidas en el Decreto Ley 1094 de 1975, no incluyen en su totalidad la garantía del acceso a la salud como derecho que protege a todos los migrantes. El Art. 28° de la Convención sobre la Protección de los Trabajadores Migratorios y sus Familias, menciona la garantía y acceso al derecho a la salud en el país donde se encuentren, en igualdad de condiciones que los nacionales e independientemente de su situación migratoria. Esto mismo es afirmado recientemente en la Circular 15/06 del 09/06/2015 de la División Jurídica del Ministerio de Salud y esta Circular evidencia el compromiso del país en el acceso a la salud para las personas migrantes, lo único que aún la implementación y socialización de una Circular como esta no siempre se conoce por los responsables de atención de los servicios de salud. Esta Circular se ha visto recientemente contenida y ampliada en la Circular A1504 del 13/06/2016, que extiende los beneficios de acceso en salud para tratamientos de larga duración, entre otras cosas. Por otro lado, existen Convenios Inter-sectoriales entre el Departamento de Extranjería y el Ministerio de Salud como el Oficio Circular N°1179, de enero 2003, Departamento de Extranjería y Migración y el Oficio ORD-A-14 N° 3229 de junio 2008, Ministerio de Salud, el cual garantiza la especial protección de la maternidad, otorgando visación a la mujer que se encuentre en

Bastidas Gaete, M., Marcotti Fernández, A. y Villarroel González, A. (Julio-Agosto 2018). Competencia cultural y conocimiento actitudinal en los agentes educativos del área de la salud: rol en la inmigración como un determinante social de la salud. *Revista Akadèmeia*, 17 (1), 56-85.

estado de embarazo; la Resolución Exenta. N° 1914 de marzo de 2008, conocido como Convenio que facilita el acceso al sistema público de salud de niñas, niños y adolescentes. Aunque existan estos acuerdos, ellos están supeditados a la consecución de un contrato de trabajo.

En la actualidad, se permite que una persona migrante pueda acceder a los servicios prestados por FONASA en calidad de indigente (Tramo A) cuando ha recibido la primera respuesta del DEM. En términos concretos, esto sucede en promedio al mes y medio de haber enviado la solicitud de visación y cuando el DEM inscribe la solicitud de la persona. Solo a partir de este momento la persona podrá acceder a inscripción como beneficiario de FONASA A. La preocupación reside en que acceder a esto supone, para un amplio número de migrantes, poder acceder a las condiciones para postular a una visa de residencia en el país. Para un buen número de migrantes, esto se consigue mediante un contrato de trabajo, ya que buscan acceder a la Visa Temporal por Motivos Laborales, la forma más factible de regularizarse actualmente en el país. Las condiciones que debe reunir el contrato de trabajo para postular a la Visa Temporal por Motivos Laborales, entre otras cosas, requiere que este contrato sea de carácter indefinido, factor que no es de fácil alcance en primera instancia. Esto porque para poder acceder a él sólo se conseguirá, para muchos, después de cierto tiempo de trabajo con carácter temporal. Por otro lado, otra característica del contrato exige que solo se podrá dar inicio a las labores tan pronto se tenga la visa (Cláusula de Vigencia), por lo que estamos ante una situación que sigue limitando el acceso a la salud.

La migración es un reconocido determinante social en el mundo (Davies, Mosca, & Frattini, 2010) y en Chile (Cabieses, Pickett, & Tunstall, 2012). Tal y como lo señalan Cabieses y colaboradores (2012), la experiencia migratoria en sí misma afecta de manera directa e indirecta la salud de las personas y comunidades (Goldade, 2009). La migración no solo se determina por el traspaso de un área geográfica en un momento puntual, sino que es un proceso dinámico (Freeman, Baumann, Blythe, Fisher, & Akhtar-Danesh, 2012). La

Bastidas Gaete, M., Marcotti Fernández, A. y Villarroel González, A. (Julio-Agosto 2018). Competencia cultural y conocimiento actitudinal en los agentes educativos del área de la salud: rol en la inmigración como un determinante social de la salud. *Revista Akadèmeia*, 17 (1), 56-85.

migración se relaciona con desplazamientos a cierta distancia geográfica significativa y en muchos casos con cierta voluntad de permanencia. Existen etapas en el proceso migratorio que incluyen el pre-viaje, el viaje, la instalación, el retorno y el movimiento a un nuevo lugar. La decisión de migrar involucra un proceso social, pues incluye el idioma, la cultura, la historia personal y familiar, y el país de destino no representa necesariamente hoy la residencia definitiva, a diferencia de lo que ocurría hace un par de décadas. Por otra parte, la llamada “migración circular” (Morawa & Erim, 2014) es un fenómeno reportado a nivel mundial, con grupos de migrantes que se movilizan entre países, usualmente fronterizos, de acuerdo a las oportunidades de trabajo temporal que aparecen en las distintas estaciones.

Falta comprender mejor la experiencia migratoria en Chile, en especial de las migraciones de niños, personas en situación irregular, ancianos, mujeres embarazadas y trabajadores formales e informales. Es urgente de velar por la seguridad de quienes están experimentando riesgos en sus países de origen, riesgos al cruzar la frontera, y riesgos al instalarse en el nuevo país. Una vez en suelo chileno, existen además desafíos culturales que también son frontera. Distancias en visiones culturales, tradiciones, estilos de vida, formas de enfrentar la enfermedad, entre otros, ocasionan una nueva experiencia migratoria, más allá de la frontera geográfica. Existe amplia evidencia internacional sobre experiencias de estigma y discriminación (Morawa & Erim, 2014), estrés (McClure y colaboradores, 2010) y problemas de salud mental en población migrante en todo el mundo. La experiencia migratoria es entonces exigente y compleja en sí misma, y puede vulnerar los derechos humanos, el bienestar y la salud de quienes hoy migran, en particular en aquellos que lo hacen en condiciones mínimas de protección y seguridad.

3. Competencia cultural.

A comienzos de la década de 1960, empezaron a tener vigencia los aspectos culturales en contextos relacionados con la salud. Sin embargo, no fue hasta principios de 1970 que aparece por primera vez el concepto de “competencia cultural”, proveniente de la disciplina de la antropología (Tseng, 2008). Este concepto se originó en Estados Unidos e

Bastidas Gaete, M., Marcotti Fernández, A. y Villarroel González, A. (Julio-Agosto 2018). Competencia cultural y conocimiento actitudinal en los agentes educativos del área de la salud: rol en la inmigración como un determinante social de la salud. *Revista Akadèmeia*, 17 (1), 56-85.

Inglaterra debido al gran número de personas provenientes de diversas partes del mundo, que fueron haciendo cada vez más evidente el “choque” generado entre los inmigrantes y los prestadores de servicios. No fue hasta 1980 que la OMS apoyó el reconocimiento de la cultura y la diversidad cultural en el cuidado de la salud (Helman, 2007). A partir de esa década comenzaron a publicarse una gran cantidad de estudios que intentaban comprender la cultura, el multiculturalismo y su influencia en la salud. Desde entonces, se han desarrollado estudios referidos a la competencia cultural principalmente por profesionales de la salud con intereses en ciencias sociales, de donde han surgido explicaciones para comprender la relación entre los elementos de la cultura y su influencia en la salud. Esta nueva literatura tiene como objetivo los grupos minoritarios, étnicos o de inmigrantes, igualmente a los profesionales de salud relacionados. Desde ese marco se han desarrollado numerosos conceptos y modelos para acercarse a la cultura de los cuidados de las personas (Osorio-Merchán & López, 2008).

Desde la Conferencia Mundial sobre Determinantes Sociales de la Salud que se realizó en Río de Janeiro Brasil (OMS, 2011), se han sugerido cinco áreas estratégicas para la acción en relación a la competencia cultural, que son esenciales para la aplicación eficaz de las políticas que abordan los determinantes sociales. En base a este marco, la Organización Internacional para las Migraciones, ha sugerido algunas recomendaciones basadas en los cinco bloques fundamentales para el abordaje de las inequidades de la salud. El rol del sector de la salud es justamente una de las áreas estratégicas para reducir las desigualdades en la salud, donde se propone capacitar y sensibilizar al personal de salud sobre el contexto, dificultades y barreras que enfrentan las personas y familias migrantes, para mejorar así la adecuación cultural y lingüística.

Un ejemplo de una estrategia similar es la formación de profesionales sanitarios en España, que se orienta a la mejora de sus competencias culturales mediante programas de formación continua y campañas de sensibilización cultural (Terraza, Vargas, Rodríguez, Lizana, & Vázquez, 2010). Los contenidos se refieren principalmente a problemas

Bastidas Gaete, M., Marcotti Fernández, A. y Villarroel González, A. (Julio-Agosto 2018). Competencia cultural y conocimiento actitudinal en los agentes educativos del área de la salud: rol en la inmigración como un determinante social de la salud. *Revista Akadèmeia*, 17 (1), 56-85.

específicos de salud y aspectos culturales que influyen en la relación profesional-paciente. El grupo objetivo de estos programas es todo el personal sanitario, aunque algunos temas se tratan con grupos específicos, como el personal con responsabilidad en gestión, enfermeras, trabajadores sociales o personal administrativo, entre otros. Destaca Madrid por contemplar la sensibilización cultural del personal sanitario y de los usuarios autóctonos. La adaptación del contenido curricular de las especialidades médicas y de la formación de posgrado ha sido instaurada como una acción nacional dentro de España (Terraza, Vargas, Rodríguez, Lizana, & Vázquez, 2010). A pesar de todo lo anterior, la ausencia de evaluaciones, junto a la persistencia de problemas en la atención e inequidades en el acceso, podría indicar una insuficiente implantación y requiere un seguimiento cuidadoso.

En un documento desarrollado por la Facultad de Medicina Clínica Alemana de la Universidad del Desarrollo (Van der Laet, 2017), se identificaron cuatro ejes estratégicos de necesidades nacionales, las necesidades de los inmigrantes en cada uno de estos ejes, y las propuestas para cada una de ellas. Con relación al sistema de salud, las recomendaciones realizadas hacen referencia a dos grandes dimensiones. Por un lado, se propone eliminar barreras estructurales del mismo sistema de salud, y por otro, con aún más énfasis, se recomienda formar y capacitar a los profesionales de la salud en competencia cultural. Un par de años atrás, Bernales y colaboradores (2015) afirmaron que es necesario abordar esta temática desde la formación temprana de los profesionales involucrados para que, de esta forma, los trabajadores de la salud adquieran herramientas para el logro efectivo de la competencia cultural. El Instituto de Medicina perteneciente a la Academia Nacional de Ciencias de los Estados Unidos (2002), ya había informado previamente sobre las disparidades generalizadas en la atención sanitaria entre diversos grupos culturales minoritarios y había propuesto la adquisición de habilidades interculturales como un remedio para este problema. Considerando el perfil epidemiológico actual de nuestro país en que predominan condiciones crónicas de salud, y tomando como referencia el modelo de determinantes sociales de la salud (OMS, 2009), dos de los grandes desafíos que enfrentan

Bastidas Gaete, M., Marcotti Fernández, A. y Villarroel González, A. (Julio-Agosto 2018). Competencia cultural y conocimiento actitudinal en los agentes educativos del área de la salud: rol en la inmigración como un determinante social de la salud. *Revista Akadèmeia*, 17 (1), 56-85.

los profesionales de la salud son la comunicación efectiva con los usuarios y la adherencia a las intervenciones sugeridas (Bernales, Pedrero, Obach, & Pérez, 2015).

La capacidad de trabajar eficazmente dentro del contexto cultural de un paciente ya sea de manera individual, familiar o comunitario se conoce como competencia cultural (Campinha-Bacote, 1999). Otros autores han operacionalizado este concepto en el ámbito de la salud como la habilidad que deben poseer los trabajadores de la salud para incorporar una visión del contexto social y cultural de cada usuario, incrementando así la posibilidad de lograr una real comunicación con este último (Bernales, Pedrero, Obach, & Pérez, 2015). Con frecuencia, la necesidad de desarrollar la competencia cultural es entendida en la interacción que establecen los trabajadores de la salud con la población de origen étnico o incluso en la interacción con inmigrantes internacionales, grupos en los cuales resulta más evidente la posible diferencia en el *background* cultural entre ambos actores (Bernales, Pedrero, Obach, & Pérez, 2015). En algunas ocasiones, se ha hecho referencia a que cada interacción en el ámbito de la salud debiera considerar una adaptación cultural de las estrategias, de tal forma que las intervenciones contemplen la individualidad y el contexto social de los usuarios, apostando de esta forma al éxito en la implementación de dichas intervenciones (Helman, 2007).

En un artículo realizado por Raymond y colaboradores (2014), se lograron observar barreras de origen religioso y cultural, asociadas a creencias y actitudes hacia exámenes preventivos de cáncer mamario y cervicouterino en mujeres de origen somalí. En relación a las mismas patologías, se han estudiado grupos heterogéneos de mujeres con algún tipo de discapacidad física, las cuales han demostrado que la falta de conocimiento, actitudes y la (in)comprensión de la discapacidad de los proveedores de salud en atención primaria ha resultado ser una barrera incluso más grande que las barreras físicas y estructurales (Harrington, Hirsch, Hammond, Norton, & Bockenek, 2009). Angus y colaboradores (2012) propusieron que la capacitación de los proveedores de servicios de salud también podría tener como objetivo crear espacios seguros para las mujeres con discapacidades de

Bastidas Gaete, M., Marcotti Fernández, A. y Villarroel González, A. (Julio-Agosto 2018). Competencia cultural y conocimiento actitudinal en los agentes educativos del área de la salud: rol en la inmigración como un determinante social de la salud. *Revista Akadèmeia*, 17 (1), 56-85.

movilidad, reconociendo que estas mujeres también pueden reclamar diversas identidades étnico-raciales, socioeconómicas y sexuales. En este último caso, existían conceptos sociales erróneos en los prestadores de salud que incluían creencias tales como: las mujeres con discapacidad no necesitaban mamografías ni pruebas de Papanicolaou, ya que eran menos propensas a desarrollar cáncer, no eran sexualmente activas o no podían usar el equipo de cribado adecuadamente en ellos como resultado de su discapacidad (Lin, Chen, Lin, & Sung, 2011). Los estereotipos y concepciones sociales erróneas también constituyen barreras identificadas que influyen en la prestación de atención en salud de los proveedores y de las interacciones con el paciente (Iezzoni, Frakt, & Pizer, 2011).

En otro estudio, se ha logrado visualizar como las disfunciones físicas son percibidas y manejadas de manera diferente por varios grupos étnicos (Zuckerman, Guerra, Drossman, Foland, & Gregory, 1996). Los autores realizaron una encuesta de una población de sujetos sanos residentes en estado de Texas en Estados Unidos para examinar las diferencias étnicas de los comportamientos de búsqueda de atención médica relacionados con la disfunción intestinal. Los resultados indicaron que los residentes hispanoamericanos, que tienden a ver la disfunción intestinal como un problema cotidiano, eran menos propensos a buscar atención médica para tales efectos. Además, resultaron ser más propensos a automedicarse con remedios caseros. En cambio, la población americana caucásica tiende a considerar la disfunción intestinal como un problema médico que requiere una visita a un médico para ser medicados. Esta tendencia puede ser atribuida al comportamiento frente a la enfermedad y al comportamiento de salud (Tseng & Streltzer, 2008). El primero se refiere a cómo los pacientes piensan, reaccionan y actúan cuando sufren de una enfermedad e incluye cómo perciben y comprenden su enfermedad, buscan ayuda para sus problemas de salud, utilizan los sistemas de atención médica y cómo se benefician de la asistencia sanitaria. El segundo se refiere a cómo las personas se comportan para mantener su salud y puede incluir cómo la gente sigue las pautas sobre la ingesta de alimentos, el ejercicio, la higiene, los exámenes preventivos, entre otros. Ambos

Bastidas Gaete, M., Marcotti Fernández, A. y Villarroel González, A. (Julio-Agosto 2018). Competencia cultural y conocimiento actitudinal en los agentes educativos del área de la salud: rol en la inmigración como un determinante social de la salud. *Revista Akadèmeia*, 17 (1), 56-85.

comportamientos están sujetos a factores individuales tales como educación y experiencias pasadas, así como factores culturales, y estos elementos pueden necesitar ser reconocidos para entender correctamente al paciente.

En una investigación realizada por Díaz y colaboradores (2017) se encontraron diferencias en la prevalencia de consumo de medicamentos entre población inmigrante y población nativa en España. En este sentido, los hallazgos indicaron que el consumo total de medicamentos en la población nativa fue de un 61,75% mientras que en la población inmigrante fue de un 56,22% para inmigrantes de países de altos ingresos y un 48,55% para inmigrantes de países de bajos ingresos. Este estudio no solo señala que la población inmigrante que vive en España consume menos medicinas que la población nativa, sino que este consumo de drogas varía según el nivel económico del país de origen, lo que corrobora la heterogeneidad de la población inmigrante (Villarroel & Artazcoz, 2016). Podríamos encontrarnos frente a la presencia de desigualdad en la atención sanitaria de la población inmigrante que vive en España, así como en la búsqueda de recursos para satisfacer sus necesidades.

Lamentablemente, en muchas ocasiones las intervenciones propuestas por los trabajadores de la salud parecieran obedecer a una “estandarización” de los cuidados, que se refleja, por ejemplo, en las indicaciones de tratamiento que recibe un paciente diabético o hipertenso que recibe un listado de indicaciones de salud que no necesariamente consideran sus condiciones de vida y el complejo entramado social en que se encuentra inmerso (Bernales, Pedrero, Obach, & Pérez, 2015). La incorporación de competencias culturales en las carreras de la salud es escasa en Chile, y actualmente no existe una herramienta que nos permita evaluar la competencia cultural que poseen los trabajadores de la salud (Bernales, Pedrero, Obach, & Pérez, 2015). Para proporcionar asistencia sanitaria culturalmente competente, los proveedores deben tener una actitud culturalmente sensible, conocimientos culturales apropiados y habilidades suficientemente flexibles para proporcionar atención culturalmente relevante y eficaz para los pacientes de diversos

Bastidas Gaete, M., Marcotti Fernández, A. y Villarroel González, A. (Julio-Agosto 2018). Competencia cultural y conocimiento actitudinal en los agentes educativos del área de la salud: rol en la inmigración como un determinante social de la salud. *Revista Akadèmeia*, 17 (1), 56-85.

orígenes. Esto último permitirá que las relaciones e interacciones con los pacientes y las familias sean relevantes, lo que conducirá a una evaluación y cuidado culturalmente adecuadas. Los médicos, las enfermeras, los asistentes sociales y otros proveedores de atención de la salud deben ser conscientes de sus propias creencias y prejuicios culturales para mejorar su propia sensibilidad cultural y para examinar la importancia cultural del servicio de salud que prestan. Esto incluye la evaluación y posible modificación de la cultura médica dentro de la cual se proporciona la asistencia sanitaria. Cada paciente tiene una cultura, y los aspectos culturales de la práctica médica necesitan atención si el paciente pertenece a la minoría o a la mayoría (Tseng & Streltzer, 2008).

La mayoría de los estudiantes y profesionales de la salud en los Estados Unidos, informaron a través de cuestionarios auto administrados un nivel moderado de competencia cultural. Sin embargo, la conciencia cultural y los puntajes de sensibilidad cultural eran más altos; por lo menos esto es un comienzo. Existe espacio para mejorar la competencia cultural entre los proveedores. Los resultados de las observaciones y los informes bibliográficos muestran la necesidad de educación e investigación interprofesional, así como el aumento de los esfuerzos de diversidad en la fuerza de trabajo (Casillas, y otros, 2014). Convertirse en un profesional de la salud culturalmente competente que resulte en una atención culturalmente congruente es un requisito previo en una sociedad multicultural. Los pacientes tienen derecho a cuidados culturalmente congruentes (Purnell, 2016). Así, la formación de recursos humanos en salud con orientación intercultural supone mejoras en la competencia técnica y humana del personal institucional, incidiendo en el respeto, en el trato de los usuarios, en el reconocimiento de las tradiciones culturales, en el combate a la exclusión, en la atención y la equidad en salud a los distintos grupos étnicos. Para que se produzca un impacto positivo con la capacitación del personal, ésta deberá incidir en cambios importantes en los servicios de salud, en cuanto a sus prestaciones, mejorando la relación médico-paciente y paciente-institución de salud, vale decir, proporcionando atención con sensibilidad intercultural.

Bastidas Gaete, M., Marcotti Fernández, A. y Villarroel González, A. (Julio-Agosto 2018). Competencia cultural y conocimiento actitudinal en los agentes educativos del área de la salud: rol en la inmigración como un determinante social de la salud. *Revista Akadèmeia*, 17 (1), 56-85.

4. Competencia cultural y conocimiento actitudinal.

Recientemente, se ha acuñado una nueva definición de competencia cultural desde una perspectiva constructivista que pretende reflejar tendencias globales por sobre la perspectiva de la mayoría. Según esta perspectiva, Blanchet y Pepin (2015) definen competencia cultural como:

Un saber-hacer complejo, basado tanto en la reflexión crítica como en la acción y que el profesional de la salud utiliza para proporcionar cuidados culturalmente seguros, congruentes y eficaces, en asociación con individuos, familias y comunidades viviendo experiencias de salud, y que tengan en cuenta las dimensiones sociales y políticas de los cuidados (p. 12).

Los autores definen la competencia cultural como un saber-hacer complejo porque afecta las dimensiones cognitiva, emocional, conductual y ambiental de una persona. Se trata de conocimientos, habilidades y actitudes que, combinados adecuadamente, conducen a una acción culturalmente segura, congruente y eficaz. En esta definición, el aprendizaje es un proceso activo y los estudiantes, en este caso estudiantes del área de la salud, deben construir y reconstruir la información para aprender y adquirir la competencia cultural, y la capacidad de aprendizaje de un sujeto fluctuaría dependiendo de los diferentes contextos y situaciones encontradas (Tardif, 2006). Es precisamente esto último lo que sustenta la perspectiva constructivista del aprendizaje y de las competencias en la educación. Se cuestiona el conocimiento previo y se integran nuevos conocimientos en una relación dialéctica de pensamiento y acción (Duke, Connor, & Mceldowney, 2009). Por otro lado, según esta visión, el aprendizaje sería un proceso que transformaría no solo al estudiante, sino que también al entorno, generando condiciones propicias para el desarrollo de competencias.

Según la definición anterior, uno de los conceptos involucrados en la competencia cultural es la actitud, en este caso, la actitud que tiene el profesional de la salud frente a la

Bastidas Gaete, M., Marcotti Fernández, A. y Villarroel González, A. (Julio-Agosto 2018). Competencia cultural y conocimiento actitudinal en los agentes educativos del área de la salud: rol en la inmigración como un determinante social de la salud. *Revista Akadèmeia*, 17 (1), 56-85.

población inmigrante, dentro de la cual están sus propios pacientes o también profesionales que forman parte de su equipo de trabajo. Las actitudes son experiencias subjetivas (cognitivo-afectivas) que implican juicios evaluativos, que se expresan en forma verbal o no verbal, que son relativamente estables y que se aprenden en el contexto social. Las actitudes son un reflejo de los valores que posee una persona (Díaz, Hernández, Jiménez, & Carrasco, 2017). Desde una noción proveniente de la psicología, al hablar de actitudes se hace referencia al grado positivo o negativo con que las personas tienden a juzgar cualquier aspecto de la realidad, convencionalmente denominado objeto de actitud (Eagly & Chaiken, 1988). Las evaluaciones o juicios generales que caracterizan la actitud pueden ser positivas, negativas, o neutras y pueden variar en su extremosidad o grado de polarización. No es difícil entender, por tanto, que las personas tengamos actitudes hacia cualquier objeto de actitud imaginable, tales como objetos materiales, personas, situaciones o ideas. A su vez, dichos objetos de actitud pueden ser muy concretos (por ejemplo, matrimonios homosexuales), o muy abstractos (por ejemplo, la democracia o la salud). Otra de las características esenciales de las actitudes es que constituyen un fenómeno mental. Es decir, las actitudes reflejan una tendencia evaluativa que no es directamente observable desde fuera del propio sujeto (Petty & Wegener, 1998).

Para Parales y Vizcaíno (2007) el constructo actitudinal está constituido por una serie de esquemas, que se definen como sistemas de elementos vinculados y organizados de manera jerárquica. La afirmación anterior permite que nos introduzcamos en los componentes estructurales de las actitudes. Numerosos estudios, entre ellos los de Triandis (1971) o Muñoz y Mato (2008), inciden en la existencia de tres componentes:

- Cognitivo: pensamientos, creencias y concepciones que presenta el individuo hacia un objeto actitudinal.
- Afectivo o emocional: expresiones de sentimientos y emociones de aceptación o rechazo hacia el objeto actitudinal.

Bastidas Gaete, M., Marcotti Fernández, A. y Villarroel González, A. (Julio-Agosto 2018). Competencia cultural y conocimiento actitudinal en los agentes educativos del área de la salud: rol en la inmigración como un determinante social de la salud. *Revista Akadèmeia*, 17 (1), 56-85.

- Conductual: actuaciones, intenciones, disposiciones o tendencias hacia un objeto actitudinal.

Las creencias, afectos y conductas presentan estabilidad y tienen un componente cognitivo muy intenso, además de la parte emocional. Por tanto, las actitudes no son únicamente creencias y sentimientos hacia un objeto actitudinal; sino predisposiciones tendenciales a reaccionar conductualmente hacia dicho objeto actitudinal. Las actitudes ayudan a satisfacer esta necesidad básica de conocimiento y control, estructurando la información en términos positivos y negativos. De esta forma, ante situaciones nuevas, nuestras actitudes permiten predecir qué cabe esperar de ellas, aumentando así nuestra sensación de control (Brehm, 1966). Una de las funciones de las actitudes es la organización del conocimiento. Debido a la sobrecarga informativa proveniente del entorno al que estamos expuestos, nuestra mente necesita estar preparada para estructurar, organizar y dar coherencia a todo ese mundo estimular que se presenta ante nosotros, consiguiendo así una mejor adaptación al ambiente con el que interactuamos (Briñol, Falces y Becerra, 2007). Las actitudes ayudan a satisfacer esta necesidad básica de conocimiento y control, estructurando la información en términos positivos y negativos. De esta forma, ante situaciones nuevas, nuestras actitudes permiten predecir qué cabe esperar de ellas, aumentando así nuestra sensación de control (Briñol, Falces y Becerra, 2007)

Desde otro punto de vista, se ha propuesto un modelo de actitudes profesionales pedagógicas que debe tener el docente de la Educación Superior Cubana, este modelo forma parte de un proyecto de investigación dirigido a la orientación profesional (Llanes, 2011). Se define la actitud pedagógica como disposición para actuar a partir de la representación de la profesión por parte del sujeto y tiene como rasgo consustancial la unidad de lo afectivo y lo cognitivo (Viamontes, Colunga, & García, 2013). Posee un carácter multidireccional en la regulación de los modos de actuación para dar solución a los problemas que surgen en los diversos contextos de actuación profesional. Asimismo, el modelo representa la formación de actitudes profesionales pedagógicas, que es asumida

Bastidas Gaete, M., Marcotti Fernández, A. y Villarroel González, A. (Julio-Agosto 2018). Competencia cultural y conocimiento actitudinal en los agentes educativos del área de la salud: rol en la inmigración como un determinante social de la salud. *Revista Akadèmeia*, 17 (1), 56-85.

como un proceso social, personalizado, consciente y complejo, dirigido al desarrollo profesional, a partir de la estimulación de disposiciones hacia la actividad profesional; así como una posición protagónica ante la solución de los problemas profesionales, mediante la apropiación individual de saberes, debidamente contextualizados, en correspondencia con la ética de la profesión (Viamontes, Colunga y García, 2013).

En consonancia con la anterior definición, es primordial orientar a la formación de las siguientes actitudes profesionales pedagógicas:

- Actitud interdisciplinaria: disposición personal a la acción, requiere del trabajo en equipo (interrelaciones personales y de las disciplinas), del intercambio de ideas y del aprendizaje colectivo que toma como referentes los contenidos objeto de aprendizaje de las diferentes disciplinas y las experiencias de los sujetos para la asunción de una posición ante la solución de los problemas de la vida profesional.
- Actitud colaborativa: disposición que tienen los sujetos que buscan su beneficio y el de quienes le rodean; implica sensibilidad humana, comprensión y compromiso, requiere de la relación de ayuda y de aportes colectivos para la solución de situaciones problemáticas de la práctica, lo que conlleva a cambios en las relaciones que se establecen en los diferentes contextos de actuación profesional.
- Actitud de visión personal profesional: postura que indica la perspectiva y prospectiva de desarrollo personal y profesional, sustentada en una autoestima positiva, basada en la autovaloración objetiva, realista y con eficacia reguladora, que propenda al despliegue de las potencialidades de los sujetos.

Todos los subsistemas y componentes del modelo de formación de actitudes profesionales pedagógicas para el proceso formativo en la Educación Superior apuntan a la formación de tres actitudes profesionales: la interdisciplinaria, la colaborativa y la de visión personal profesional; especialmente importantes para el ejercicio del profesor en función de

Bastidas Gaete, M., Marcotti Fernández, A. y Villarroel González, A. (Julio-Agosto 2018). Competencia cultural y conocimiento actitudinal en los agentes educativos del área de la salud: rol en la inmigración como un determinante social de la salud. *Revista Akadèmeia*, 17 (1), 56-85.

la formación actitudinal de los estudiantes a partir del vínculo dialéctico entre el desarrollo real y el desarrollo potencial. En este sentido, las actitudes de los profesionales de la salud cobran tal relevancia como los contenidos actitudinales profesionales que fueron parte de su propio proceso formativo (Viamontes, Colunga y García, 2013).

Los contenidos actitudinales pueden ser entendidos como las formas cómo se expresan los valores en situaciones concretas y en el horizonte teleológico de las acciones humanas, es decir, que éstos son disposiciones individuales que permiten reacciones ante otras personas, hechos o situaciones de acuerdo a las formas en cómo se ha constituido el entramado cognitivo a lo largo de un proceso que involucra lo afectivo, lo conductual y por supuesto lo cognitivo (Del Castillo, 2002).

La salud de las personas migrantes debe ser un puente hacia el respeto de los derechos humanos, resaltando su importancia para la salud pública y fortaleciendo así aspectos de seguridad y desarrollo humano en general. A nivel de integración, en Chile, se viene buscando posibilitar la integración de las personas migrantes en su nueva sociedad de acogida, reconociendo la riqueza que traen y buscando el equilibrio entre su cultura y el respeto de los valores, instituciones y normas de la sociedad de acogida. Sin embargo, se requiere modernizar nuestra institucionalidad pública en materia migratoria, la que debe propiciar a la existencia de una política que contribuya al crecimiento del país con inclusión de las comunidades migrantes. Es tarea de toda nuestra sociedad hacer de Chile un país más rico social y culturalmente, donde -efectivamente- todos se sienten parte. El respeto y el reconocimiento por la diversidad y la multiculturalidad es el primer paso para que podamos enriquecernos mutuamente.

Ha quedado en evidencia en el presente documento, que la atención en salud del paciente migrante es una problemática multidimensional, cuya solución ha sido planteada en dos grandes ejes (Van der Laat, 2017): los aspectos estructurales del sistema de salud y los aspectos relacionados con la formación de personal capacitado para la atención de esta población. La gran mayoría de los esfuerzos se han concentrado en el primer eje,

Bastidas Gaete, M., Marcotti Fernández, A. y Villarroel González, A. (Julio-Agosto 2018). Competencia cultural y conocimiento actitudinal en los agentes educativos del área de la salud: rol en la inmigración como un determinante social de la salud. *Revista Akadèmeia*, 17 (1), 56-85.

potenciado principalmente por la mayor visibilidad que ha tenido el aumento en las cifras de personas migrantes en nuestro país y debido a la construcción mediática en torno al tema de la migración como problema país. Al respecto, se han logrado importantes avances en aspectos estructurales relacionadas con el acceso mismo al sistema de salud y a la disminución de las trabas institucionales que conlleva la atención de personas sin documentación y con estados migratorios irregulares. Las iniciativas locales y las manifestaciones de voluntad política principalmente por parte del Ministerio de Salud (2011, 2017) y del Ministerio del Interior y Seguridad Pública (2018) para el trabajo en estos aspectos han generado un clima tendiente a la equidad en atención en salud. Se ha llegado incluso a reconocer a nivel país, según las conclusiones y consensos de la Organización Mundial de la Salud (2009), que la migración es un determinante social de la salud, y como un eje transversal en todas las políticas sanitarias.

Sin embargo, con relación al segundo eje, nuestro país no ha dado señales de avance en materias de formación temprana de los profesionales involucrados en el área de la salud en cuanto a competencia cultural. A nivel internacional, las revistas especializadas en áreas específicas de la medicina y de las ciencias de la salud en general han ido abordando cada vez con más frecuencia aspectos sociales que influyen en los grupos minoritarios, étnicos o de inmigrantes, generando inequidades aun cuando se haya garantizado el acceso y se hayan eliminado las barreras estructurales antes mencionadas. En ese contexto se han desarrollado numerosos conceptos y modelos para acercarse a la cultura de los cuidados de las personas y se han establecido recomendaciones realizadas incluso por la Organización Mundial de la Salud (2011). Un consenso universal entre diversos autores y organismos internacionales es que la adquisición de habilidades interculturales por parte de los profesionales de la salud es una solución a las disparidades generalizadas en la atención sanitaria entre diversos grupos culturales minoritarios.

Gran parte de las inequidades en salud es generada por niveles altos de estigma y discriminación hacia las personas inmigrantes por parte de los mismos funcionarios de

Bastidas Gaete, M., Marcotti Fernández, A. y Villarroel González, A. (Julio-Agosto 2018). Competencia cultural y conocimiento actitudinal en los agentes educativos del área de la salud: rol en la inmigración como un determinante social de la salud. *Revista Akadèmeia*, 17 (1), 56-85.

establecimientos sanitarios. El desconocimiento frente al tema, basado generalmente en mitos sin sentido, es uno de los principales retos para Chile, siendo necesaria mayor sensibilización y acceso a información tanto de funcionarios públicos como de la ciudadanía en general. Para esto, se requiere un trabajo articulado de todos los actores, incluyendo coordinación entre sectores de la academia, sociedad civil y del gobierno que permita realizar mayor investigación e implementar sistemas de información que incluyan variables migratorias y enfoques más inclusivos a las poblaciones migrantes. La adquisición de herramientas para el logro efectivo de la competencia cultural es justamente una de las áreas estratégicas para reducir las desigualdades en la salud, donde se propone capacitar y sensibilizar al personal de salud sobre el contexto, dificultades y barreras que enfrentan las personas y familias migrantes, para mejorar así la adecuación cultural y lingüística (Bernales, Pedrero, Obach, & Pérez, 2015).

Algunos ejemplos de un abordaje del temprano de esta problemática es la formación de profesionales sanitarios en España (Terraza, Vargas, Rodríguez, Lizana, & Vázquez, 2010), con estrategias dirigidas a la mejora de sus competencias culturales mediante programas de formación continua y campañas de sensibilización cultural. Estos programas se encuentran dirigidos a todo el personal sanitario, y se optimizan los recursos dirigiendo de manera específica ciertas temáticas a grupos particulares de funcionarios sanitarios, como el personal con responsabilidad en gestión, enfermeras, trabajadores sociales o personal administrativo. Particularmente en Madrid, se ha contemplado la sensibilización cultural tanto del personal sanitario como de los usuarios de los sistemas de salud. No solamente destacan iniciativas aisladas en distintas regiones de España, sino que además se han adaptado los contenidos curriculares de las especialidades médicas y de la formación de posgrado para instaurar la formación de competencia cultural como una acción nacional.

Esta última iniciativa de consolidar la competencia cultural como parte del currículo la formación inicial y de posgrado de los profesionales de la salud cobra especial relevancia si se considera una definición de esta más allá de los términos prácticos. Tradicionalmente,

Bastidas Gaete, M., Marcotti Fernández, A. y Villarroel González, A. (Julio-Agosto 2018). Competencia cultural y conocimiento actitudinal en los agentes educativos del área de la salud: rol en la inmigración como un determinante social de la salud. *Revista Akadèmeia*, 17 (1), 56-85.

la competencia cultural ha sido entendida como la capacidad de trabajar eficazmente dentro del contexto cultural de un paciente ya sea de manera individual, familiar o comunitario (Campinha-Bacote, 1999). Sin embargo, la definición constructivista de competencia cultural incluye un saber-hacer basado tanto en la reflexión crítica como en la acción (Blanchet & Pepin, 2015). Además, incluye en la definición una finalidad, que es proporcionar cuidados culturalmente seguros, congruentes y eficaces, en asociación con individuos, familias y comunidades. Este concepto más holístico de competencia cultural incluye conocimientos, habilidades y actitudes que conducen a una acción culturalmente segura, congruente y eficaz.

Desde la definición constructivista, aparece por primera vez ligado a competencia cultural el factor actitudinal del profesional de la salud. Las actitudes son entendidas como experiencias subjetivas que implican juicios evaluativos, que se expresan en forma verbal o no verbal, que son relativamente estables y que se aprenden en el contexto social (Eagly & Chaiken, 1988). En mayor o menor medida, estas actitudes serían un reflejo del sistema valórico de los individuos (Díaz, Hernández, Jiménez, & Carrasco, 2017). Por el momento, a nivel nacional, las actitudes en relación con la inmigración no están siendo abordada por los centros formadores, ni constituye una política transversal para las universidades. Esto constituiría otra problemática adicional, ya que dejaría la formación (o deformación) de la competencia cultural delegada a otras instancias, como la opinión pública, medios de comunicación, prensa, opiniones de rostros mediáticos u otros actores no necesariamente bien formados en la materia. Por otro lado, la ausencia de abordaje de la competencia cultural desde etapas tempranas de formación profesional propiciaría un círculo vicioso en otras instancias críticas como, por ejemplo, el que podría ocurrir en caso de que un profesional de la salud con actitudes negativas hacia la población inmigrante impartiendo docencia en cursos de pre o posgrado. La base de los programas educativos del área de la salud se debe sustentar en la promoción de los derechos humanos universales (libertad,

Bastidas Gaete, M., Marcotti Fernández, A. y Villarroel González, A. (Julio-Agosto 2018). Competencia cultural y conocimiento actitudinal en los agentes educativos del área de la salud: rol en la inmigración como un determinante social de la salud. *Revista Akadèmeia*, 17 (1), 56-85.

justicia, equidad, respeto a la vida, etc.), así como en la erradicación de los llamados antivalores (discriminación, autoritarismo, segregación, maltrato, explotación, entre otros).

Finalmente podemos concluir que la inmigración en Chile abre un amplio campo de estudio, dado que constituye un fenómeno emergente y en crecimiento, que impone grandes desafíos a la sociedad chilena en su conjunto, pone a prueba no solo la tolerancia, empatía, percepciones de los actores nacionales y educacionales, sino también al Estado y su capacidad para afrontar nuevos temas y desafíos. Nuestra revisión constituye un nuevo foco de análisis en el ámbito de la educación, considerando perspectivas de quienes participan en contextos educativos, su percepción al cambio y todas aquellas nuevas estrategias e ideas que puedan surgir desde el terreno de la investigación.

IV. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Angus, J., Seto, L., Barry, N., Cechetto, N., Chandani, S., Devaney, J., . . . Odette, F. (2012). Access to cancer screening for women with mobility disabilities. *J Cancer Educ*, 27(1), 75-82. doi:10.1007/s13187-011-0273-4

Araujo, K., Legua, M., & Ossandón, L. (2002). *Migrantes andinas en Chile. El caso de la migración peruana*. Santiago: Fundación Instituto de la Mujer.

Bernales, M., Pedrero, V., Obach, A., & Pérez, C. (2015). Competencia Cultural en Salud: una necesidad urgente en trabajadores de la salud. *Rev méd Chile*, 143(3), 401-402. doi:10.4067/S0034-98872015000300018

Blanchet, A., & Pepin, J. (2015). Cultural competence: a constructivist definition. *J Transcult Nurs*, 26(1), 9-15. doi:10.1177/1043659614541294

- Bastidas Gaete, M., Marcotti Fernández, A. y Villarroel González, A. (Julio-Agosto 2018). Competencia cultural y conocimiento actitudinal en los agentes educativos del área de la salud: rol en la inmigración como un determinante social de la salud. *Revista Akadèmeia*, 17 (1), 56-85.
- Brehm, J. (1966). *A theory of psychological reactance*. San Diego, CA: Academic Press.
- Browne, R., & Castillo, A. (2013). Análisis Crítico del Discurso de la representación intercultural en la prensa chilena. *Convergencia*, 20(62), 13-43.
- Cabieses, B., Bernales, M., Chepo, M., Escobar, M., & Bersano, P. (2017). Innovaciones centrales y locales para la atención de salud a migrantes internacionales en Chile. In B. Cabieses, M. Bernales, & A. McIntyre, *La migración internacional como determinante social de la salud en Chile: evidencia y propuestas para políticas públicas* (pp. 249-272). Santiago: Universidad del Desarrollo.
- Cabieses, B., Pickett, K., & Tunstall, H. (2012). Comparing sociodemographic factors associated with disability between immigrants and the Chilean-born: are there different stories to tell? *Int J Environ Res Public Health*, 9(12), 4403-4432. doi:10.3390/ijerph9124403
- Campinha-Bacote, J. (1999). A model and instrument for addressing cultural competence in health care. *J Nurs Educ*, 38(5), 203-207. doi:10.3928/0148-4834-19990501-06
- Casillas, A., Paroz, S., Green, A., Wolff, H., Weber, O., Faucherre, F., . . . Bodenmann, P. (2014). Cultural competency of health-care providers in a Swiss University Hospital: self-assessed cross-cultural skillfulness in a cross-sectional study. *BMC Medical Education*, 14(1), 1-19. doi:10.1186/1472-6920-14-19
- Contreras, D., Ruiz-Tagle, J., & Sepúlveda, P. (2013). *Serie de Documentos de Trabajo: Migración y Mercado Laboral en Chile*. Santiago: Facultad de Economía y Negocios, Universidad de Chile.
- Davies, A., Basten, A., & Frattini, C. (2006). *Migration: A Social Determinant of the Health of Migrants*. Ginebra: International Organization for Migration (IOM).
- Davies, A., Mosca, D., & Frattini, C. (2010). Migration and health service delivery. *World Hosp Health Serv*, 46(3), 5-7.

- Bastidas Gaete, M., Marcotti Fernández, A. y Villarroel González, A. (Julio-Agosto 2018). Competencia cultural y conocimiento actitudinal en los agentes educativos del área de la salud: rol en la inmigración como un determinante social de la salud. *Revista Akadèmeia*, 17 (1), 56-85.
- Díaz, D., Hernández, V., Jiménez, I., & Carrasco, P. (2017). Factors Associated to Medication Consumption Among the Immigrant Population Residing in Spain. *J Immigr Minor Health*, 19(23), 1-11. doi:10.1007/s10903-017-0608-2
- Duke, J., Connor, M., & Mceldowney, R. (2009). Becoming a culturally competent health practitioner in the delivery of culturally safe care: a process oriented approach. *J Cult Divers*, 16(2), 40-49.
- Eagly, A., & Chaiken, S. (1988). Attitude structure and function. In D. Gilbert, S. Fiske, & G. Lindzey, *The Handbook of Social Psychology* (Cuarta ed., Vol. I, pp. 269-322). New York, NY: McGraw-Hill.
- Erazo, C. (2009). Situación social de los inmigrantes latinoamericanos en la ciudad de Antofagasta, Chile. *Hombre y Desierto Una Perspectiva Cultural*, s/v(15), 139-162.
- Franco, R., Franco, F., Portilho, E., & Cubas, M. (2014). O conceito de competência: uma análise do discurso docente. *Rev Bras Educ Med*, 38(2), 173-181. doi:10.1590/S0100-55022014000200003
- Freeman, M., Baumann, A., Blythe, J., Fisher, A., & Akhtar-Danesh, N. (2012). Migration: a concept analysis from a nursing perspective. *J Adv Nurs*, 68(5), 1176-1186. doi:10.1111/j.1365-2648.2011.05858.x
- Goldade, K. (2009). "Health is hard here" or "health for all"? The politics of blame, gender, and health care for undocumented Nicaraguan migrants in Costa Rica. *Med Anthropol Q*, 23(4), 483-503. doi:10.1111/j.1548-1387.2009.01074.x
- Guizardi, M., & Garcés, H. (2012). Mujeres peruanas en las regiones del norte de Chile: Apuntes preliminares para la investigación. *Estud Atacam*, s/v(44), 5-34. doi:10.4067/S0718-10432012000200002
- Harrington, A., Hirsch, M., Hammond, F., Norton, H., & Bockenek, W. (2009). Assessment of primary care services and perceived barriers to care in persons with

Bastidas Gaete, M., Marcotti Fernández, A. y Villarroel González, A. (Julio-Agosto 2018). Competencia cultural y conocimiento actitudinal en los agentes educativos del área de la salud: rol en la inmigración como un determinante social de la salud. *Revista Akadèmeia*, 17 (1), 56-85.

disabilities. *Am J Phys Med Rehabil*, 88(10), 852-863.
doi:10.1097/PHM.0b013e3181b30745

Helman, C. (2007). *Culture, Health and Illness* (Quinta ed.). Londres: Hodder Arnold.

Iezzoni, L., Frakt, A., & Pizer, S. (2011). Uninsured persons with disability confront substantial barriers to health care services. *Disabil Health J*, 4(4), 238-244.
doi:10.1016/j.dhjo.2011.06.001

Institute of Medicine. (2002). *Unequal Treatment: Confronting Racial and Ethnic Disparities in Healthcare*. Washington D.C.: National Academy Press.

Jensen, M. (2008). Inmigrantes en Chile: la exclusión vista desde la política migratoria chilena. *III Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población (ALAP)*. Córdoba: 1-17.

Lampert, J., Costa, N., Perim, L., Abdalla, I., Aguilar-da-Silva, R., & Stella, R. (2009). Tendências de mudanças em um grupo de escolas médicas brasileiras. *Rev Bras Educ Med*, 33(1), 85-104. doi:10.1590/S0100-55022009000500003

Lin, J., Chen, S., Lin, L., & Sung, C. (2011). Self-reports of Pap smear screening in women with physical disabilities. *Res Dev Disabil*, 32(2), 456-461.
doi:10.1016/j.ridd.2011.01.002

Llanes, M. (2011). Ciencias Sociales y Humanísticas en la formación médica. *Rev Hum Med*, 11(1), 18-44.

Martínez, J. (2005). Magnitud y dinámica de la inmigración en Chile, según el censo de 2002. *Pap Poblac*, 11(44), 109-147.

McClure, H., Snodgrass, J., Martinez, C., Eddy, M., Jiménez, R., & Isiordia, L. (2010). Discrimination, Psychosocial Stress, and Health among Latin American Immigrants in Oregon. *Am J Hum Biol*, 22(3), 421-423. doi:10.1002/ajhb.21002

Bastidas Gaete, M., Marcotti Fernández, A. y Villarroel González, A. (Julio-Agosto 2018). Competencia cultural y conocimiento actitudinal en los agentes educativos del área de la salud: rol en la inmigración como un determinante social de la salud. *Revista Akadèmeia*, 17 (1), 56-85.

Ministerio de Desarrollo Social. (2015). *CASEN 2013: Una medición de la pobreza moderna y transparente para Chile*. Recuperado de: http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/documentos/Presentacion_ResuItados_Encuesta_Casen_2013.pdf

Ministerio de Salud. (2015, Septiembre 24). *Salud del Inmigrante*. Recuperado de: <http://www.minsal.cl/salud-del-inmigrante/>

Ministerio de Salud. (2018). *Política de Salud de Inmigrantes Internacionales*. Recuperado de Ministerio de Salud, Gobierno de Chile: <http://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/09/2018.01.22.POLITICA-DE-SALUD-DE-MIGRANTES.pdf>

Ministerio del Interior y Seguridad Pública. (2016). *Migración en Chile 2005 - 2014*. Recuperado de: <http://www.extranjeria.gob.cl/media/2016/02/Anuario-estadistico-Nacional-Migracion-en-Chile-2005-2014.pdf>

Ministerio del Interior y Seguridad Pública. (2018). *Reforma Migratoria y Política Nacional de Migraciones y Extranjería*. Recuperado de: https://cdn.digital.gob.cl/filer_public/b0/09/b0099d94-2ac5-44b9-9421-5f8f37cf4fc5/nueva_ley_de_migracion.pdf

Morawa, E., & Erim, Y. (2014). The interrelation between perceived discrimination, depressiveness, and health related quality of life in immigrants of Turkish and Polish origin. *Psychiatr Prax*, 41(4), 200-207. doi:10.1055/s-0033-1343221

Muñoz, J., & Mato, D. (2008). Análisis de las actitudes respecto a las matemáticas en los alumnos de ESO. *Revista de Investigación Educativa*, 26(1), 209-226.

Organización Mundial de la Salud. (2008). Resoluciones y decisiones, y anexos: documento WHA61/2008/REC/1. *61º Asamblea Mundial de la Salud* (pp. 29-32).

Bastidas Gaete, M., Marcotti Fernández, A. y Villarroel González, A. (Julio-Agosto 2018). Competencia cultural y conocimiento actitudinal en los agentes educativos del área de la salud: rol en la inmigración como un determinante social de la salud. *Revista Akadèmeia*, 17 (1), 56-85.

Ginebra: Organización Mundial de la Salud (OMS). Recuperado de:
http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA61-REC1/A61_REC1-sp.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2009). *Subsanar las desigualdades de una generación: Alcanzar la igualdad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud*. Recuperado de:
http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/es/

Organización Mundial de la Salud. (2011). Declaración política de Río sobre determinantes sociales de la salud. *Conferencia Mundial sobre Determinantes Sociales de la Salud* (pp. 1-8). Río de Janeiro: Organización Mundial de la Salud.

Organización Mundial de la Salud. (2017). *Promoción de la salud de refugiados y migrantes: 70° Asamblea Internacional de la Salud*. Recuperado de:
http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA70/A70_R15-sp.pdf

Osorio-Merchán, M., & López, A. (2008). Competencia cultural en salud: necesidad emergente en un mundo globalizado. *Index Enferm*, 17(4), 266-270.

Petty, R., & Wegener, D. (1998). Attitude change: Multiple roles for persuasion variables. In D. Gilbert, S. Fiske, & G. Lindzey, *The Handbook of Social Psychology* (Cuarta ed., Vol. I, pp. 323-390). New York, NY: McGraw-Hill.

Poblete, R. (2006). *Educación intercultural: teorías, políticas y prácticas. La migración peruana en el Chile de hoy. Nuevos escenarios y desafíos para la integración (Tesis Doctoral)*. Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona.

Póo, X. (2009). Imaginarios sobre migración peruana en la prensa escrita chilena: una mirada a la instalación de la agenda de la diferencia. *Faro*, 5(9), 1-9.

Purnell, L. (2016). Are We Really Measuring Cultural Competence? *Nurs Sci Q*, 29(2), 124-127. doi:10.1177/0894318416630100

- Bastidas Gaete, M., Marcotti Fernández, A. y Villarroel González, A. (Julio-Agosto 2018). Competencia cultural y conocimiento actitudinal en los agentes educativos del área de la salud: rol en la inmigración como un determinante social de la salud. *Revista Akadèmeia*, 17 (1), 56-85.
- Raymond, N., Osman, W., O'Brien, J., Ali, N., Kia, F., Mohamed, F., . . . Okuyemi, K. (2014). Culturally informed views on cancer screening: a qualitative research study of the differences between older and younger Somali immigrant women. *BMC Public Health*, 14(118), 1-8. doi:10.1186/1471-2458-14-1188
- Tardif, J. (2006). *L'évaluation des compétences: Documenter le parcours de développement*. Montréal, Québec: Les Éditions de la Chenelière Inc.
- Terraza, R., Vargas, I., Rodríguez, D., Lizana, T., & Vázquez, M. (2010). Políticas sanitarias de ámbito estatal y autonómico para la población inmigrante en España. *Gac Sanit*, 24(2), 115.e1-115.e7.
- Triandis, H. (1971). *Attitude and attitude change*. New York, NY: Wiley.
- Tseng, W., & Streltzer, J. (2008). *Cultural Competence in Health Care*. New York, NY: Springer.
- Unicef Migration. (2013). *International Migration, Children and Adolescents: Population Dynamics*. Unicef.
- United Nations. (2013). *International Migration 2013 Wall Chart*. Recuperado de: <http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/migration/migration-wallchart2013.pdf>
- Van der Laat, C. (2017). La Migración como Determinante Social de la Salud. In B. Cabieses, M. Bernales, & A. McIntyre, *La migración internacional como determinante social de la salud en Chile: evidencia y propuestas para políticas públicas* (pp. 29-38). Santiago: Universidad del Desarrollo.
- Viamontes, E., Colunga, S., & García, J. (2013). Actitudes pedagógicas del profesor en las universidades. *Rev Hum Med*, 13(2), 546-562.

Bastidas Gaete, M., Marcotti Fernández, A. y Villarroel González, A. (Julio-Agosto 2018). Competencia cultural y conocimiento actitudinal en los agentes educativos del área de la salud: rol en la inmigración como un determinante social de la salud. *Revista Akadèmeia*, 17 (1), 56-85.

Villarroel, N., & Artazcoz, L. (2016). Different Patterns in Health Care Use Among Immigrants in Spain. *J Immigr Minor Health*, 18(2), 318-129. doi:10.1007/s10903-015-0202-4

Zuckerman, M., Guerra, L., Drossman, D., Foland, J., & Gregory, G. (1996). Health-care-seeking behaviors related to bowel complaints. Hispanics versus non-Hispanic whites. *Dig Dis Sci*, 41(1), 77-82