

PRÁCTICAS INCLUSIVAS EN EL SISTEMA DE SALUD CHILENO: PERCEPCIONES DE DOCENTES Y ESTUDIANTES DE CIENCIAS DE LA SALUD

Olga Matus-Betancourt, Javiera Ortega-Bastidas, Cristhian Pérez-Villalobos, Camila Espinoza-Parcet, Mary Jane Schilling-Norman, Peter McColl-Calvo, Nancy Navarro-Hernández, Verónica Silva-Orrego y Juan Arellano-Vega

RESUMEN

Con el creciente acceso a la educación superior en Chile, la población universitaria es cada vez más diversa. Las instituciones enfrentan el desafío de adaptarse a dichos contextos de diversidad para asegurar que sus estudiantes terminen con éxito sus estudios. Esto es relevante en la formación de profesionales de la salud, pues sus egresados y docentes deben ser capaces de aceptar la diversidad en su contacto directo con personas a quienes deben brindar atención. Este estudio tiene por finalidad analizar la percepción de las prácticas inclusivas en la atención de pacientes que acceden al sistema de salud, desde la visión de docentes y estudiantes de carreras de ciencias de la salud de universidades chilenas. Participaron tres universidades de diferentes regiones del país. Se utilizó el enfoque de la teoría fun-

damentada, siendo la técnica de recolección de información la entrevista semiestructurada y la entrevista grupal. El análisis de datos se realizó a partir del método de comparación constante hasta el nivel de codificación axial. Los resultados indican que la percepción de inclusión en experiencias académicas de docentes y estudiantes de carreras de la salud deriva de la pertenencia a minorías y concepciones sociales, siendo afectada por la legislación en diversidad, valoración de estudiantes e instituciones, expectativas del rol docente y legislación en atención de pacientes. Ante esto, las estrategias de acción son respuestas institucionales, de docentes y estudiantes hacia la diversidad, cuyas consecuencias son la inhibición en la participación social y diferencias en oportunidades de aprendizaje de los estudiantes.

Introducción

A lo largo del tiempo, en Chile se han podido observar cambios en las políticas de salud, lo cual es un reflejo de los cambios de la realidad política y social del país (Labra, 2002; Mendez 2009; Mendez y Vanegas 2010; Cabieses 2014; Gentili, 2015; Goic 2015; Titelman *et al.*, 2015).

En los últimos 40 años, a partir de la Declaración de

Alma Ata (Castañeda *et al.*, 2018), surgida en la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, organizada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y celebrada en Alma-Ata, URSS, en 1978, se reconoce la condición de la salud como un Derecho Humano para todos los pueblos y regiones del mundo. Desde entonces,

Chile reconoce que se mantienen importantes inequidades en el acceso a la salud, relacionadas con las condiciones socioeconómicas de la población y con la aparición de nuevos fenómenos sanitarios ligados al envejecimiento de la población y a los procesos migratorios.

Desde la perspectiva del derecho internacional, a partir de los años '80 el sistema de salud chileno se ha caracterizado por

presentar altos niveles de discriminación e inequidad (Drago, 2006) a pesar de que las políticas que se han ido implementando tienen su fundamento en las obligaciones de los Estados con el Derecho Internacional de los Derechos Humanos (CADH, 1988). Los indicadores sanitarios han mejorado sostenidamente, pero aun así las expectativas de la población permanecen insa-

PALABRAS CLAVE / Docentes / Estudiantes / Inclusión / Salud /

Recibido: 11/02/2019. Modificado: 14/06/2020. Aceptado: 16/06/2020.

Olga Matus-Betancourt (Autora de correspondencia). Ingeniero Informático y Magíster en Educación Médica para Ciencias de la Salud, Universidad de Concepción, Chile. Académica e investigadora, Universidad de Concepción (UdeC), Chile. Dirección: Departamento de Educación Médica, Universidad de Concepción. Chacabuco esquina Janequeo S/N, Concepción, Chile. e-mail: omatus@udec.cl

Javiera Ortega-Bastidas. Psicóloga, Universidad del Desarrollo (Udd), Chile. Magíster en Ciencias de la Educación, Universidad Católica de la Santísima Concepción, Chile.

Doctoranda en Ciencias Sociales, Universidad de La Frontera, Chile. Académica e investigadora, UdeC, Chile.

Cristhian Pérez-Villalobos. Psicólogo y Magíster en Psicología, UdeC, Chile. Doctor en Ciencias de la Educación, Universidad de La Frontera, Chile. Académico e investigador UdeC, Chile.

Camila Espinoza-Parcet. Psicóloga, Udd, Chile. Magíster en Psicología Educacional, Universidad de Chile. Metodóloga, UdeC, Chile.

Mary Jane Schilling-Norman. Psicóloga, Udd, Chile. Cursante de Magíster en Psicología, UdeC,

Chile. Académica e investigadora, UdeC, Chile.

Peter McColl-Calvo. Médico Cirujano y Magíster en Educación Médica para Ciencias de la Salud, Universidad de Concepción, Chile. Magíster en Planificación en Alimentación y Nutrición, Universidad de Chile. M.Sc. en Epidemiología, London School of Hygiene and Tropical Medicine, RU. Profesor Titular, Universidad Andrés Bello (UAB), Chile.

Nancy Navarro-Hernández. Matrona, Universidad de Chile. Magíster en Pedagogía y Gestión Universitaria, Universidad Metropolitana de Ciencias de la

Educación, Chile. Doctor en Desarrollo Profesional e Institucional para la Calidad Educativa, Universidad de Barcelona, España. Profesora, Universidad de La Frontera, Chile.

Verónica Silva-Orrego. Médico Cirujano, Universidad de Chile. Magíster en Educación Médica para las Ciencias de la Salud, UdeC, Chile. Profesora, UAB, Chile.

Juan Arellano-Vega. Psicólogo y Magíster en Psicología, Udd, Chile. Magíster en Bioestadística, Universidad de Chile. Académico e investigador, UdeC, Chile.

INCLUSIVE PRACTICES IN THE CHILEAN HEALTH SYSTEM: PERCEPTIONS OF HEALTH SCIENCES TEACHERS AND STUDENTS

Olga Matus-Betancourt, Javiera Ortega-Bastidas, Cristhian Pérez-Villalobos, Camila Espinoza-Parcet, Mary Jane Schilling-Norman, Peter McColl-Calvo, Nancy Navarro-Hernández, Verónica Silva-Orrego and Juan Arellano-Vega

SUMMARY

With increasing access to higher education in Chile, the university population is becoming more diverse. Institutions face the challenge of adapting to such diverse contexts to ensure that their students successfully complete their studies. This is relevant in the training of health professionals, since their graduates and teachers must be able to accept diversity in their direct contact with people they must serve. This study aims to analyze the perception of inclusive practices in the care of patients who access the health system, from the viewpoint of teachers and students of health sciences careers in Chilean universities. Three universities from different regions of the country participated. We used the Grounded Theory approach, with

the information collection technique being the semi-structured interview and the group interview. The data analysis was carried out using the constant comparison method up to the level of axial coding. The results indicate that the perception of inclusion in academic experiences of teachers and students of health careers derives from belonging to minorities and social conceptions, being affected by the legislation in diversity, valuation of students and institutions, expectations of the teaching role and legislation about patient care. In view of this, action strategies are institutional, teacher and student responses to diversity, whose consequences are inhibition of social participation and differences in student learning opportunities.

PRÁTICAS INCLUSIVAS NO SISTEMA DE SAÚDE DO CHILE: PERCEPÇÕES DE DOCENTES E ESTUDANTES DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Olga Matus-Betancourt, Javiera Ortega-Bastidas, Cristhian Pérez-Villalobos, Camila Espinoza-Parcet, Mary Jane Schilling-Norman, Peter McColl-Calvo, Nancy Navarro-Hernández, Verónica Silva-Orrego e Juan Arellano-Vega

RESUMO

Com o crescente acesso à educação superior no Chile, a população universitária é cada vez mais diversificada. As instituições lidam com o desafio de adaptar-se a tais contextos de diversidade para garantir que seus estudantes finalizem seus estudos com sucesso. Isto é relevante na formação de profissionais da saúde, uma vez que seus graduados e docentes devem ser capazes de aceitar a diversidade em seu contato direto com pessoas a quem devem dar atenção. Este estudo tem a finalidade de analisar a percepção de práticas inclusivas no cuidado de pacientes que acessam o sistema de saúde, na perspectiva de docentes e estudantes de cursos de ciências da saúde de universidades do Chile. Participaram três universidades de diferentes regiões do país. Utilizou-se a abordagem da teoria fundamen-

tada, sendo a entrevista semiestruturada e a entrevista grupal, a técnica de coleta de informação. A análise de dados foi realizada a partir do método de comparação constante até o nível de codificação axial. Os resultados indicam que a percepção de inclusão em experiências acadêmicas de docentes e estudantes de cursos da saúde deriva de pertencer a minorias e de concepções sociais, sendo afetada pela legislação em diversidade, valoração de estudantes e instituições, expectativas do papel do docente e legislação em cuidado de pacientes. Diante disso, as estratégias de ação são respostas institucionais, de docentes e estudantes para a diversidade, cujas consequências são a inibição na participação social e diferenças nas oportunidades de aprendizagem dos estudantes.

tisfechas. Acorde a los Derechos Humanos, en la generación de políticas de salud se debe prestar especial atención a aquellos individuos o grupos vulnerables, marginados, desaventajados o socialmente excluidos, lo cual está vinculado al principio de inclusión que se expresa en la equidad. Tanto la Declaración Universal de los Derechos Humanos (DUDH, 2001), como el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC, 1966), la Convención Americana sobre Derechos Humanos (CADH, 1988), la Convención

Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial (ICERD, 1965) y el preámbulo del Tratado constitutivo de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1946), entre otros tratados ratificados por Chile, conciben el derecho a la salud de modo integral, es decir 'el disfrute del más alto nivel de salud física y mental', lo cual supone una relación con otros derechos para obtener su efectivo cumplimiento, como son el derecho a la alimentación, a la vivienda, a la dignidad humana o a la no discriminación. Cabe

destacar que esta situación es similar a la de otros países latinoamericanos (Drago, 2006).

En Latinoamérica, Chile ha sido uno de los primeros países en considerar la importancia de la inclusión explícita de la equidad para atender la salud de la población. Dada la documentada existencia de inequidades en salud y que el acceso a cuidados sanitarios es un elemento altamente valorado por la sociedad, en el año 2005 se implementó una nueva reforma del sistema de salud, tanto para atender las inequidades sociales en el acceso y uso del sistema de

salud, como para responder a los cambios epidemiológicos ocurridos en las últimas décadas en el país (Espinoza y Cabieses, 2014). La importancia de la equidad en salud radica en que es una categoría consustancial al análisis de las políticas de salud, las que tienen consecuencias en la salud de los individuos, directamente vinculadas a su bienestar y calidad de vida (Titelman y Uthoff, 2000).

Respecto de las inequidades en el acceso al sistema de salud, entre los individuos o grupos vulnerables que suelen sentirse socialmente excluidos

por pertenecer a grupos minoritarios, puede identificarse a personas pertenecientes a grupos originarios, personas en situación de discapacidad física o mental, personas no heterosexuales, personas transgéneras, y personas migrantes. Sin embargo, a pesar de existir informes que dan cuenta de ello, no existen estadísticas comprensivas a nivel nacional que lo demuestren (Drago, 2006).

A pesar de la ausencia de dichas estadísticas, en Chile actualmente es posible reconocer la vulneración de los derechos de los grupos minoritarios de la sociedad, tales como las personas en situación de discapacidad, los pueblos originarios, las mujeres y las minorías sexuales (LGBTi) (Ortiz-Moreira *et al.*, 2018).

Uno de los aspectos que refirman lo anterior dice relación con la multiculturalidad existente actualmente en Chile, lo que se puede visualizar con la presencia de minorías étnicas que componen la población, para lo cual existen estudios de salud intercultural que han dado cuenta de una mayor vulnerabilidad de dichas minorías a sufrir problemas de salud física y psicológica (Pinto-Cortez *et al.*, 2019). Esto también se ve reflejado en las exclusiones en la participación de estos grupos humanos en los procesos políticos, jurídicos, educativos y culturales del país, tales como los mecanismos socio-políticos que invisibilizaron a las mujeres aymaras como ciudadanas entre los años 1930 y 1950, lo que puede ser analizado mediante la teoría de la interseccionalidad, la cual permite integrar las categorías de género con las de etnia o raza y clase social (Álvarez y Vilches, 2019). La multiculturalidad presente en Chile proviene de la existencia de diferentes elementos culturales, compartidos y transmitidos por los habitantes del país. El enfoque multicultural se centra en las diferencias existentes entre las diversas culturas y su conflictividad (Sirlopú *et al.*, 2015), mientras que el paradigma intercultural

establece una perspectiva centrada en la diversidad y la capacidad de proyectarse hacia la convivencia entre la diversidad y la igualdad. Lo anterior, puede generar conflictos intergrupales, estereotipos, prejuicios y otros fenómenos que pueden comprenderse desde la psicología social (Espinoza y Valencia-Moya, 2019).

Los profesionales de la salud tienen el desafío de comprender y atender la diversidad en salud y a partir de esto, trabajar de forma explícita y estratégica para disminuir las inequidades del sistema, que afectan principalmente a las minorías. Por tanto, es necesario instalar procesos formativos en pregrado y en educación continua, que les den las herramientas para comprender la diversidad, valorarla como un aporte a la sociedad, respetar las diferencias individuales y generar una atención sanitaria inclusiva. Lamentablemente, es difícil poder lograr esta formación cuando la educación superior es otro espacio marcado por la inequidad.

La situación antes descrita en el ámbito de la salud, se presenta también en la educación superior tanto en Chile como en el resto del mundo, lo cual es un reflejo de la sociedad actual. Es así como de acuerdo a UNESCO, en su Conferencia Mundial sobre Educación Superior en 2009 (UNESCO, 2009), se recomienda que las políticas educativas deberían considerar la igualdad en el acceso y la equidad en la educación superior, reconociendo la necesidad de incluir la diversidad de quienes acceden a ella, asegurando oportunidades cada vez mayores para los grupos minoritarios tales como los considerados en las dimensiones de género, sexo, minorías étnicas, religión, discapacidad y vulnerabilidad social o cultural (Palomares *et al.*, 2008; Fernández y Clara 2010; Moreno-Cubillos y Sepúlveda-Gallego 2013; Anderson 2014; López *et al.*, 2014; Riquelme, 2015; Vásquez, 2015; Matus-Betancourt *et al.*, 2018;)

Lo anterior obedece a que, en las últimas décadas, la

educación superior ha experimentado importantes cambios apareciendo el fenómeno de masificación y universalización del acceso a ella, que afecta tanto a países desarrollados como emergentes (Urzúa, 2012). Dicha situación origina una tendencia a invisibilizar ciertas situaciones de desventaja que presentan algunos estudiantes, producto de sus antecedentes sociodemográficos y económicos; lo cual requiere que las instituciones de educación superior reconozcan estas características de los estudiantes y las incorporen a las experiencias de aprendizaje (Araneda, 2019). Al respecto, en Chile, debido a la diversificación del perfil de los estudiantes que acceden al sistema, se generan desafíos para las instituciones que reciben a estos estudiantes, siendo necesario definir estrategias y políticas que se orienten a contribuir al éxito académico de los estudiantes más desfavorecidos o estudiantes no tradicionales. Este tipo de estudiantes abarca un grupo diverso de individuos, incluyendo aquellos que provienen de un estrato socioeconómico bajo, ciertos grupos étnicos y culturales, y personas en situación de discapacidad (Araneda *et al.*, 2018).

Con respecto a esta última dimensión de diversidad, es en relación a la discapacidad en donde existe mayor cantidad de estudios y se han definido paradigmas conceptuales. Así, a través del tiempo se han distinguido diversos modelos de trato social a personas con diversidad funcional, que van desde el modelo de prescindencia (caracterizado por considerar a la discapacidad como castigo divino y la necesidad de acabar o marginar a estas personas) y el rehabilitador (que consideraba la discapacidad como una imperfección, siendo imprescindible rehabilitar al individuo), hasta el modelo social, que considera la discapacidad como una anormalidad de la sociedad y no del sujeto (Palacios y Romañach, 2006, 2008), y requiere de políticas públicas que contribuyan a hacer desaparecer la

discriminación, lo cual debería también reflejarse en los procesos formativos de las universidades (Infante, 2010; Ley 20.422, 2010; UNICEF, 2012). Lo anterior también se considera en el más reciente modelo de diversidad (Palacios y Romañach, 2006, 2008), que concibe a la persona en situación de discapacidad como un ser valioso en sí mismo por su diversidad. Dicho modelo es aplicable igualmente a otras formas de diversidad, lo que es concordante con la legislación chilena (Ley 20.845, 2015) y con los acuerdos internacionales a los cuales el país se ha adscrito (UNESCO, 2016).

Los antecedentes mencionados, además de ser considerados en las políticas públicas, deberían también considerarse en la formación de los estudiantes de carreras de la salud, lo que permitiría prepararlos para la diversidad y un desempeño más inclusivo, lo cual contribuiría a mejorar tanto las experiencias académicas de dichos estudiantes como su desempeño en el sistema sanitario, beneficiando a los pacientes que se atienden en éste.

El presente estudio busca analizar la realidad de las prácticas inclusivas en la atención de pacientes que acceden al sistema de salud chileno, en este caso desde las percepciones de docentes y estudiantes de carreras de ciencias de la salud de tres universidades chilenas, entendiéndose que en las universidades chilenas los estudiantes tienen contactos progresivos con el sistema sanitario desde el primer año, ocurriendo casi la totalidad de su formación en los últimos años dentro de los centros de salud. Por este motivo, su percepción del sistema es valiosa tanto para reflejar el nivel de inclusión del sistema, como para revelar el espacio formativo que los moldea como profesionales.

Metodología

El estudio es una investigación cualitativa para la cual se utilizó el enfoque de la teoría

fundamentada (Strauss y Corbin, 2016; Glaser y Strauss, 2017), perspectiva que se caracteriza por ser un análisis inductivo a través del cual los datos, el análisis y la teoría logran interrelacionarse con la finalidad de construir sus experiencias y el significado de ellas.

Como técnica de recolección de datos se utilizó la entrevista semiestructurada individual y la entrevista grupal (Vieytes, 2004), las cuales se llevaron a cabo en distintos momentos durante el año 2018. Ambas técnicas abordaron las características de diversidad e inclusión educativa en la formación en salud, la percepción sobre la interacción docente-alumno según diversidad e inclusión social y el rol que cumplen las dimensiones de diversidad e inclusión educativa sobre las experiencias académicas de ambos actores. También se consideraron aquellos factores contextuales y de clima educativo de cada institución participante.

Participaron 11 docentes y 25 estudiantes de seis carreras de las Ciencias de la Salud: Medicina, Enfermería, Kinesiología, Fonoaudiología, Tecnología Médica y Obstetricia y Puericultura pertenecientes a tres universidades chilenas de tres regiones diferentes. Los docentes solo participaron en entrevistas individuales, mientras que los alumnos se distribuyeron en dos entrevistas grupales y tres entrevistas individuales. Los informantes clave fueron los jefes de las carreras estudiadas en las diferentes casas de estudio, previo proceso de autorización institucional y consentimiento informado individual.

Los criterios de inclusión para estudiantes fueron ser alumnos regulares de carreras de la salud que otorgaran el grado de licenciado y que hubiesen cursado al menos dos años en ella. Los criterios de exclusión para estudiantes correspondieron a casos ingresados a la carrera por transferencia de otra casa de estudios y que hubiesen estado ausentes de la carrera por un periodo

superior a tres meses consecutivos durante los últimos cuatro semestres académicos. Los criterios de inclusión para docentes fueron que impartieran clases sobre 21 horas semanales y realizaran un curso semestral en una de las carreras de la salud seleccionadas, durante los últimos cinco años. El criterio de exclusión para docentes es que no fueran del área de la salud, puesto que podrían carecer de la visión profesional y práctica de dicha disciplina.

Para el arranque muestral se identificó a alumnos por el criterio de máxima variación (Patton, 1990). Para delimitar la muestra se utilizó muestreo teórico, cuyo criterio básico de selección es la relevancia teórica que tiene el caso para el desarrollo de las categorías emergentes, donde es fundamental considerar participantes que tengan un potencial de información (Rodríguez *et al.*, 1999). Se incluyó participantes hasta alcanzar el punto de saturación teórica y el análisis de datos se realizó a partir del método de comparación constante hasta el nivel de codificación axial (Strauss y Corbin, 2016; Glaser y Strauss, 2017), siguiendo el paradigma de codificación que considera fenómeno central, antecedentes, factores intervinientes,

estrategias de acción/interacción, consecuencias y contexto. Como es característico del paradigma cualitativo, se resguardaron los criterios de rigurosidad tales como la credibilidad, transferibilidad y confirmabilidad (Lincoln y Guba, 1985).

Resultados

El presente estudio documenta uno de los cuatro modelos axiales identificados en esta investigación, teniendo como 'fenómeno axial' la atención a las minorías en el sistema público de salud (Figura 1).

Como 'antecedentes', según los entrevistados, se requiere que el profesional desarrolle herramientas transversales para conocer la realidad del usuario y favorecer un vínculo terapéutico respetuoso (Tabla I, Cita 1). Sin embargo, no hay acuerdo en si se incluye en la formación una aproximación a estos aspectos pensando en el usuario que proviene de minorías, pues algunos consideran que la formación en interculturalidad es potente, aunque dista de lo que se requiere en la práctica (Tabla I, Cita 2). Algunos consideran que la formación en el tema es incipiente, con foco en las personas con discapacidad o de contextos socioeconómicos

vulnerables, pero con menor atención a la diversidad sexual y los inmigrantes (Tabla I, Cita 3). Pero la atención también se ve afectada por elementos que se han formado antes del pregrado: su vocación de servicio, que no estaría presente en todos los profesionales, y la autoformación (Tabla I, Cita 4).

El tercer elemento relevante es el 'funcionamiento del sistema de salud', donde existen diferencias importantes entre el enfoque psicosocial del nivel primario más cercano a los usuarios y el nivel terciario con foco más biomédico. Igualmente, entre centros puede haber diferencias en la preocupación por formar a sus profesionales en atención a la diversidad (Tabla I, Cita 5).

Entre los 'factores intervinientes', la forma en que se atiende a la minoría se ve afectada por diversos factores que se retroalimentan entre sí: las características del paciente, las creencias que los profesionales tienen sobre éste y la percepción que se forma. Cuando se habla de minorías, los entrevistados mencionan: personas en situación de discapacidad, usuarios inmigrantes, personas con diversas orientaciones sexuales, portadores de VIH, quienes profesan algún tipo de religión, embarazadas

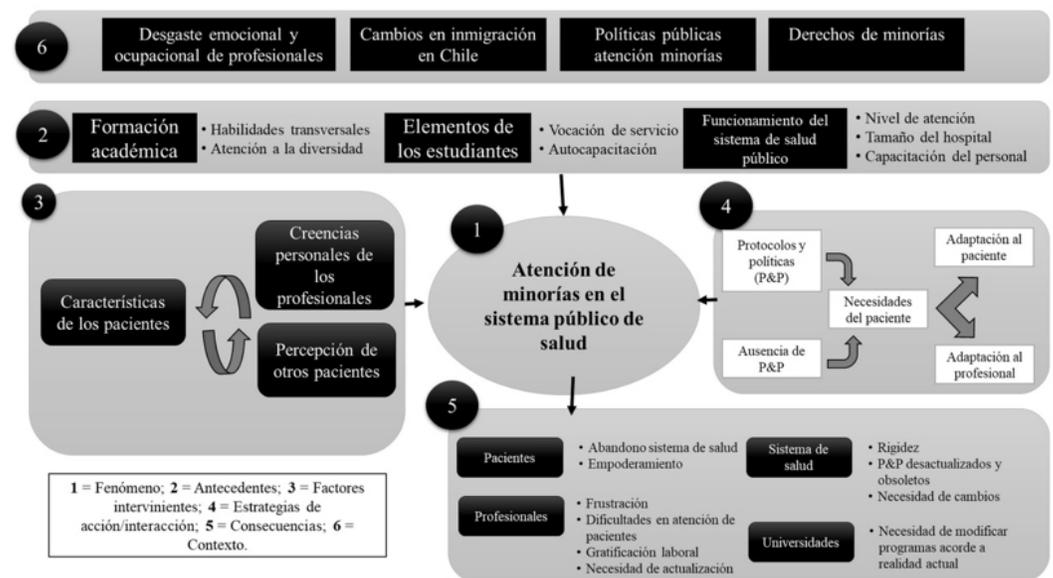


Figura 1. Modelo axial sobre la atención de minorías en el sistema público de salud.

adolescentes y adicciones, individuos socioeconómicamente vulnerables, privados de libertad y diversos tramos etarios. En este contexto, los prejuicios hacia un determinado grupo, la

falta de interés en superar barreras comunicacionales y la sensación de desgaste en tener que trabajar con ellos, perjudica la atención de personas con discapacidad intelectual e

inmigrantes, por ejemplo (Tabla I, Cita 6). Esto genera cansancio e insatisfacción.

Existe un trato discriminatorio hacia pacientes homosexuales o bisexuales (Tabla I, Cita

7), especialmente cuando portaban VIH (Tabla I, Cita 8). Otro grupo donde se levantan prejuicios es hacia embarazadas, ya seas aquellas en situación de drogadicción que

TABLA I
CITAS TEXTUALES QUE PROFESIONALES, DOCENTES Y ESTUDIANTES ASOCIARON AL MODELO AXIAL DE LA ATENCIÓN DE MINORÍAS EN EL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD

Nº	Cita textual
1	“Y uno como docente intenta un poco transmitirles a los estudiantes que están formándose, esta forma de comunicación o esta capacidad de generar vínculos con los pacientes o con los usuarios, de tener un trato más cálido, de interesarse por las cosas que ellos conversen, de estar pendiente muchas veces que sí hay alguna situación específica dentro de la familia...” [Entrevistado 7, docente].
2	“...tenemos mucho más conocimiento en cuanto a la interculturalidad, tenemos mucho más, eh... nos pasan mucho más que a otras carreras, pero aun así tenemos falencias en ese aspecto... ..cuando vamos a práctica no es, dista mucho de la teoría que a nosotros nos pasan” [Entrevistado 14, estudiante].
3	“Muchos (docentes) no están preparados para enseñar en el trato de personas con diversidad, que es algo que nosotros hemos estado trabajando acá en la escuela. En general los curriculum no se orientan mucho a eso y los estudiantes no saben tampoco cómo llevar a cabo una entrevista a un paciente por ejemplo, que sea trans o que sea de la diversidad. Cómo hacer consejería en temáticas de prevención de ITS especialmente hacia pacientes por ejemplo, que sean homosexuales. Que pueden ser distintas a las cosas básicas que uno sabe de los pacientes heterosexuales, a veces uno no tiene idea, no le interesa aprenderlo porque cree que nunca le va a tocar saberlo y los docentes tampoco impulsan eso” [Entrevista Grupal 2, estudiante participante 2].
4	“...si tú tienes tu religión, pero es tu religión de domingo de doce a una, ya, y tú no consideras que tu trabajo es una misión en la vida; porque de eso estamos hablando, o sea, si yo considero que mi trabajo no es un trabajo, es una forma de ganarme la plata para comprarme el auto, eso es un trabajo, o poder comprarme el pan, o salir de vacaciones a Disney entendí, si no que tu trabajo es una misión, ¿y qué es una misión?: es una entrega...” [Entrevistado 9, docente].
5	“Hoy día estamos viendo acá en la región, en concreto con la entrada de los haitianos. Por ejemplo, los pediatras no se toman la molestia de saber cómo es la alimentación en Haití, y le indican las pautas de alimentación de una guagua chilena. Alimentos que no han comido en su vida y cómo se la van a dar...” [Entrevistado 5, docente].
6	“Pero el equipo se veía bien sobrepasado. La sensación que tenían y que a mí me transmitían era que tenían tantas cosas que hacer, era tan desgastante el trabajo con todos los pacientes, que además ponerle más atención especial a un paciente en particular los desgastaba tremendamente. Y era como ‘chuta, más encima tengo que explicarle a éste mil veces’” (Entrevistado 3, docente).
7	“Eh, si en verdad he visto harta discriminación en general según la orientación sexual, nuevamente también en hospitales, hay comentarios muchas veces, especialmente hombres que sienten atracción hacia hombres, especialmente homosexuales, bisexuales, qué se yo...” (Entrevistado 2, docente).
8	“el gran tema que tenemos con las personas... viviendo con VIH, que... tenían una extrema discriminación... tremenda, tremenda. Y a medida que fuimos estudiando vimos que no era tanto por el temor al VIH, sino que porque, la gran mayoría, eran homosexuales”. (Entrevistado 5, docente).
9	“...Así como cuando llega, por ejemplo, un, una niña embarazada, ¿cierto? Muy chica, muy pequeña, adolescente, y que hay personas que rechazan, de por sí, porque piensan que, no, las niñas no pueden, quedar embarazada, se enojan y de repente, claro, uno se ve en la disyuntiva, tiene que ser neutral...” (Entrevistado 8, docente).
10	“...Y eso para mí es reconfortante. Poder ir a un cerro, a una junta vecinal y que la señora nos explique por qué, no sabe qué hacer después que le hacen la mamografía o sea ella no sabía, no le daban los resultados y por qué no le daban los resultados si es algo esencial “yo creo que no tengo cáncer porque no me llamaron”. Y pasaba también con las otras señoras, la otra charla que hubo sobre cáncer cérvico-uterino. Que también no tenían los resultados y también creen que no tienen cáncer porque no las llamaron. Entonces también son cosas que nos nutren y también nos hacen ser mejores profesionales” (Entrevista grupal 2, estudiante).
11	“Después de que se generó la Ley de Deberes y Derechos de los Pacientes, la opción del individuo está por sobre todas las cosas, por lo tanto si el paciente manifiesta el hecho de que no desea transfusión y eso está manifestado por escrito, avalado por el familiar, ya, la única opción que yo tengo es hacer una presentación al Comité de Ética del hospital, y que el Comité de Ética diga si hágalo o no lo haga” (Entrevistado 9, docente).
12	“Pero no existe un resguardo o un respeto por esa cultura, ¿ya? Por ninguna en realidad. Por ejemplo, con la placenta las mapuches, entierran la placenta bajo un árbol ¿cierto? Y acá no se les está entregando, hasta el momento. A pesar de que ahora de a poco, alguna ha pedido la placenta, pero tiene que haber un protocolo de como entregarlo y todo, pero todavía no hay” (Entrevistado 8, docente).
13	“Tienen ese derecho, sin embargo a veces no van a atenderse teniendo el derecho, sabiendo que lo tienen. Y ¿por qué?, porque la salud, la espera o el equipo, les hace la vida imposible” (Entrevistado 5, docente).
14	“Si me llega un paciente sordomudo... yo puedo tener dos actitudes: ah, yo no lo puedo atender, que lo vea otro... o, yo hacer todo esto que estamos conversando, llamar a la mamá... llamar a... alguien se tiene que comunicar en el mundo con él, porque si no estaría muerto de hambre... bueno buscar a esa persona, para poder comunicarme con él, pero eso significa un esfuerzo extra, porque no está dentro de la estructura que tiene nuestro sistema de salud para trabajar” (Entrevistado 9, docente).
15	“De hecho generalmente cuando han tocado pacientes haitianos trato de verlos yo porque tomé un curso más o menos básico de creol y con eso como que prefiero atenderlos yo a que los atiendan compañeros que son más discriminadores con ellos porque se nota mucho la diferencia en el trato. A veces ni siquiera les dejan el tratamiento adecuado o completo o los mandan a la casa sin tratamiento, que también ha pasado” (Entrevista grupal 2, estudiante).
16	“...claramente nuestra estructura administrativa no está preparada para incorporar ni culturalmente, ni religiosamente, ni ideológicamente, otro tipo de pensamiento que no sea el nuestro, y eso es hasta ahora” (Entrevistado 9, docente).

terminan recibiendo malos tratos, o adolecen, que suelen vivir el rechazo del equipo (Tabla I, Cita 9). Por último, algunos relatan que usuarios en condición de vulnerabilidad socioeconómica suelen ser ignorados o postpuestos en sus atenciones de salud (Tabla I, Cita 10).

Ante esto, como 'estrategias de acción/interacción', la atención de personas diversas está guiada por políticas y protocolos establecidos a nivel nacional, estableciéndose procedimientos específicos para trabajar con casos específicos, como pacientes con VIH, menores de edad, privados de libertad, etc. Igualmente, en la actualidad la legislación vigente es más rigurosa al regular el quehacer sanitario (Tabla I, Cita 11). Sin embargo, aún hay casos sin normar que facilitan la aparición de malos tratos, como es el caso de inmigrantes (sobre todo con barreras idiomáticas), pacientes transgénero o hacia el mapuche, en cuyo caso se desconocen sus rituales y creencias (Tabla I, Cita 12).

Todo lo anterior genera 'consecuencias' sobre los pacientes, los profesionales y el sistema de salud. En relación a los pacientes, a partir de las vivencias de discriminación experimentadas por estos, se produce como respuesta una salida del sistema de salud (Tabla I, Cita 13). Los profesionales de salud al verse enfrentados a la diversidad de pacientes, e influenciados por sus propias creencias, tienen reacciones de frustración. Esto se incrementa por la falta de procedimientos y protocolos normados que faciliten la labor del personal (Tabla I, Cita 14).

Dentro del personal de salud, se observan dos tendencias, aquellos que evitan la atención de la diversidad, y aquellos que tratan de adaptarse a estas necesidades. Esto último ha puesto en evidencia la insuficiente capacitación de los equipos de salud en las temáticas actuales para así brindar una atención digna en salud a los pacientes (Tabla I, Cita 15). Lo mismo ocurre con los estudiantes de pregrado,

aunque la mayoría se esfuerza de manera voluntaria y autónoma para poder entender los contextos y creencias de sus usuarios (en especial los migrantes). Esta realidad refuerza la necesidad de actualizar los planes y programas de las carreras de pregrado para que éstos respondan ante las problemáticas actuales del sistema de salud y sus usuarios.

Finalmente, el sistema de salud muestra rigidez en cuanto a sus protocolos y pertinencia de las capacitaciones. Esto, sumado a las barreras administrativas y actitudinales, se traduce en un sistema que no logra ser realmente inclusivo (Tabla I, Cita 16). Frente a ello, algunos profesionales aportan desde su vocación un trato digno y un accionar más inclusivo, lo que es recibido y agradecido por los usuarios, quienes retribuyen por medio de pequeños reconocimientos que finalmente se convierten en un refuerzo positivo para los profesionales impactando en su satisfacción laboral.

Conclusiones

Tal como indica la literatura, durante las últimas décadas Chile ha experimentado la universalización, tanto en los sistemas de educación superior como en el sistema de salud, con los efectos que ello implica en la formación de estudiantes y en la atención de pacientes que acceden al sistema de salud, generando como resultado una mayor diversidad en la composición de los sistemas de educación superior y de salud del país.

En concordancia con lo anterior y de acuerdo a las percepciones de docentes y estudiantes de carreras de ciencias de la salud de tres universidades chilenas que fueron entrevistados para este estudio, los resultados indican que la atención en salud a minorías en Chile distaría de los estándares de inclusión, exceptuando a personas con discapacidad.

Lo anterior puede obedecer a que la formación educativa que entregan las instituciones de educación superior no

prepararía adecuadamente a los profesionales de la salud para atender inclusivamente a pacientes pertenecientes a minorías, tales como personas migrantes, pertenecientes a pueblos originarios o a minorías sexuales, dependiendo la aproximación del profesional principalmente de características personales.

El país ha realizado importantes avances en la legislación al respecto, la cual se ha ido actualizando en los últimos años. No obstante, de acuerdo a las percepciones de los sujetos entrevistados, en la actualidad algunos profesionales de la salud desconocerían los protocolos existentes para atención de minorías, así como las culturas o condiciones propias de los pacientes que buscan atención en los sistemas de salud del país, situación que afecta la atención inclusiva de dichas minorías.

Los resultados del estudio identifican como un foco problemático que la legislación nacional carecería de protocolos actualizados y apropiados para abordar clínicamente los casos de algunas minorías, lo que causa que los profesionales de la salud deban improvisar al atender a estos usuarios. Por ello, la atención que estos profesionales brinden a estas minorías termina dependiendo de las creencias personales del profesional y de su capacidad de improvisación, a raíz de la falta de protocolos actualizados. En otros términos, se puede indicar que la rigidez del sistema de salud dificulta que las minorías reciban una atención integral.

Dado que los profesionales de la salud constituyen un modelo para la formación de los estudiantes, es importante que durante su formación académica tanto los docentes como los estudiantes de ciencias de la salud sean capaces de valorar la importancia de aceptar la diversidad en su contacto directo con las personas a quienes deben brindar atención, pues los estudiantes de la salud serán respetuosos con los pacientes en la medida que los profesionales sanitarios actúen

de manera respetuosa con éstos. Para ello, las instituciones de educación superior deben ser capaces de enfrentar adecuadamente el desafío de adaptarse a los actuales contextos de diversidad, asegurando así que todos/as sus estudiantes sean capaces de llevar a cabo prácticas inclusivas en la atención de los pacientes que acceden al sistema de salud chileno.

Dado que lo que se puede percibir en la atención de pacientes que acceden al sistema de salud chileno, con respecto a las prácticas inclusivas, parece ser un reflejo de lo que sucede en nuestra sociedad, es relevante que las instituciones educativas sean capaces de reconocer la diversidad de estudiantes que acceden a sus aulas, contribuyendo a la generación de políticas y programas acorde a dicha realidad actual.

AGRADECIMIENTOS

Los autores agradecen el patrocinio de la Comisión Nacional de Investigación Científica y Tecnológica de Chile (CONICYT) a través del proyecto financiado por el Fondo Nacional de Desarrollo Científico y Tecnológico del Gobierno de Chile (FONDECYT) Regular N° 1170525: "Diversidad en inclusión educativa en carreras de la salud en universidades chilenas".

REFERENCIAS

- Álvarez A, Vilches H (2019) Desigualdad jurídica, exclusiones étnicas y derecho de sufragio. Estudio normativo y sociocultural con mujeres aymaras de tarapacá, Chile. *Interciencia* 44: 131-139.
- Anderson T (2014) ¿Por qué importa la desigualdad? Del economicismo a la integridad social. *Rev. Mex. Cs. Politi. Soc.* 223: 191-208.
- Araneda C (2019) El desafío de acceder por primera vez a la educación superior. *Interciencia* 44: 61-61.
- Araneda C, Gairín J, Pedraja-Rejas L, Rodríguez-Ponce E (2018) Percepciones sobre el perfil del estudiante universitario en el contexto de la educación

- superior de masas: aproximaciones desde Chile. *Interciencia* 43: 864-870.
- Cabieses B (2014) La compleja relación entre posición socioeconómica, estatus migratorio y resultados de salud. *Value Health Reg. Iss.* 5: 1-6.
- CADH (1988) *Pacto de San José Costa Rica*. Convención Americana sobre Derechos Humanos. Protocolo adicional San Salvador.
- Castañeda P, Cazorla K, Cuevas K (2018) A 40 años de la Declaración de Alma Ata. Salud para todos en la atención primaria chilena. *Rev. Chil. Salud Públ.* 22: 171-178.
- Drago M (2006) *La Reforma al Sistema de Salud Chileno desde la Perspectiva de los Derechos Humanos*. Serie Políticas Sociales 121. CEPAL. Chile. 94 pp.
- DUDH (2001) *Declaración Universal de los Derechos Humanos*. UNESCO. París, Francia.
- Espinoza MA, Cabieses B (2014) Equidad en salud y evaluación de tecnologías sanitarias en Chile. *Rev. Med. Chile* 142: 45-49.
- Espinoza A, Valencia-Moya J, Opazo C (2019) Interculturalidad y (de) colonialidad. Apuntes para un estado del arte. *Interciencia* 44: 101-107.
- Fernández R, Clara L (2010) Educación: la influencia de los sistemas de creencias. *Nómadas. Rev. Crít. Cs. Soc. Jurid.* 27: 333-349.
- Gentili P (2015) *América Latina, entre la Desigualdad y la Esperanza. Crónicas sobre Educación, Infancia y Discriminación*. 1ª ed. Siglo Veintiuno. Buenos Aires, Argentina. 320 pp.
- Glaser B, Strauss A (2017) *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*. Routledge. Nueva York, EEUU. 282 pp.
- Goic A (2015) El Sistema de Salud de Chile: una tarea pendiente. *Rev. Méd. Chile* 143: 774-786.
- ICERD (1965) *Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial*. Organización de las Naciones Unidas. Nueva York, EEUU. 12 pp.
- Infante M (2010) Desafíos a la formación docente: inclusión educativa. *Estud. Pedag.* 36: 287-297.
- Labra ME (2002) La reinención neoliberal de la inequidad en Chile. El caso de la salud. *Cad. Saúde Públ.* 18: 1041-1052.
- Ley N° 20.422 (2010) Establece normas sobre igualdad de oportunidades e inclusión social de personas con discapacidad. (10/02/2010). Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. Legislación Chilena, Santiago, Chile.
- Ley N° 20.845 (2015) De inclusión escolar que regula la admisión de los y las estudiantes, elimina el financiamiento compartido y prohíbe el lucro en establecimientos educacionales que reciben aportes del estado. (08/06/2015). Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. Legislación Chilena, Santiago, Chile.
- Lincoln Y, Guba E (1985) *Naturalistic Inquiry*. Sage. Thousand Oaks, CA, EEUU. 416 pp.
- López V, Julio C, Morales M, Rojas C, Pérez M (2014) Barreras culturales para la inclusión: políticas y prácticas de integración en Chile. *Rev. Educ.* 363: 256-281.
- Matus-Betancourt O, Schilling-Norman M, Ortega-Bastidas J, Pérez-Villalobos C, McColl-Calvo P, Espinoza-Parcet C (2018) Higher education inclusion and its dimensions: A theoretical proposal. *MedEd Publ.* <https://doi.org/10.15694/mep.2018.0000029.1>.
- Méndez C (2009) Los recursos humanos de salud en Chile: el desafío pendiente de la reforma. *Rev. Panam. Salud Públ.* 26: 276-280.
- Méndez C, Vanegas J (2010) La participación social en salud: el desafío de Chile. *Rev. Panam. Salud Públ.* 27:144-148.
- Moreno-Cubillos C, Sepúlveda-Gallego L (2013) Discriminación y violencia contra los estudiantes de medicina de la Universidad de Caldas. *Inv. Educ. Méd.* 2(5): 37-41.
- OMS (1946) *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*. Organización Mundial de la Salud. Ginebra, Suiza. 18 pp.
- Ortiz-Moreira L, Fasce-Henry E, Matus-Betancourt O, Campos I (2018) Educación médica y diversidad cultural en Chile. Un diálogo pendiente. *Rev. Méd. Chile* 146: 922-928.
- Palacios A, Romañach J (2006) *El Modelo de la Diversidad: La Bioética y los Derechos Humanos como Herramientas para Alcanzar la Plena Dignidad en la Diversidad Funcional*. Diversitas. Santiago de Compostela, España. 249 pp.
- Palacios A, Romañach J (2008) El modelo de la diversidad: una nueva visión de la bioética desde la perspectiva de las personas con diversidad funcional (discapacidad). *Intersticios. Rev. Sociol. Pensam. Crít.* 2(2): 37-47.
- Palomares D, García A, Castro E (2008) Evaluación de las Instituciones de Educación: Revisión bibliográfica de sistemas de indicadores. *Rev. Esp. Docum. Cient.* 31: 205-229.
- Patton MQ (1990). *Qualitative Evaluation Methods*. Sage. Beverly Hills, EEUU. 598 pp.
- PIDESC (1966) *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*. Organización de las Naciones Unidas. Nueva York, EEUU. 10 pp.
- Pinto-Cortez C, Flores-Jara J, Pereda N, Guerra C (2019) Victimización y polivictimización en niños, niñas y adolescentes Aymara y su relación con sintomatología post-traumática. *Interciencia* 44: 229-235.
- Riquelme N (2015) *Propuesta Metodológica para la Construcción de un Currículo Educativo con un Enfoque de Perspectiva de Derechos Humanos y de Respeto a la Diversidad*. Tesis. Universidad de Chile. <http://repositorio.uchile.cl/handle/2250/137144>. (Cons. 06/09/2019).
- Rodríguez G, Gil J, García E (1999) *Metodología de la Investigación Cualitativa*. Aljibe. Málaga, España. 378 pp.
- Sirlopú D, Melipillán R, Sánchez A, Valdés C (2015) ¿Malos para aceptar la diversidad? Predictores sociodemográficos y psicológicos de las actitudes hacia el multiculturalismo en Chile. *Psyche* 24(2): 1-13.
- Strauss A, Corbin J (2016) *Bases de la Investigación Cualitativa. Técnicas y Procedimientos para Desarrollar la Teoría Fundamentada*. Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia. 341 pp.
- Titelman D, Cetrángolo O, Acosta O (2015) Universal health coverage in Latin American countries: how to improve solidarity-based schemes. *Lancet* 385(9975): 1359-1363.
- Titelman D, Uthoff A (Eds.) (2000) *Ensayos sobre el Financiamiento de la Seguridad Social en Salud: Los Casos de Estados Unidos, Canadá, Argentina, Chile y Colombia*. Comisión Económica para América Latina y el Caribe/Fondo de Cultura Económica. Santiago de Chile. 815 pp.
- UNESCO (2009) *Conferencia Mundial sobre la Educación Superior, 2009. La nueva dinámica de la educación superior y la investigación para el cambio social y el desarrollo*. UNESCO. París, Francia. 12 pp.
- UNESCO (2016) *Educación Inclusiva*. <http://www.unesco.org/new/es/santiago/education/inclusive-education/> (Cons. 08/09/2019)
- UNICEF (2012) *La Exclusión Educativa un Desafío Urgente para Chile. Propuestas para Ampliar la Capacidades de Inclusión del Sistema Educativo Chileno*. <http://unicef.cl/web/la-exclusion-educativa-un-desafio-urgente-parachile/>. (Cons. 01/03/2019).
- Urzúa S (2012) *La Rentabilidad de la Educación Superior en Chile ¿Educación Superior para Todos?* Documento de Trabajo 386. Centro de Estudios Públicos CEP. Chile. 43 pp.
- Vásquez G. (2015) La calidad de la educación. Reformas educativas y control social en América Latina. *Temas Probl. Nuestra América* 1: 93-124.
- Vieytes R (2004) *Metodología de la Investigación en Organizaciones, Mercado y Sociedad*. Las Ciencias. Buenos Aires, Argentina. 745 pp.