

Competencia intercultural con educación interprofesional en estudiantes de ciencias de la salud, una revisión sistemática

Intercultural competence with interprofessional education in health sciences students, a systematic review

Debbie Jeinnisse Alvarez-Cruces^{1,2}; Alejandra Nocetti-de-la-Barra²; Juan Guillermo Mansilla-Sepúlveda³; Maite Otondo-Briceño² & María Belén Ortega-Senet⁴

ALVAREZ-CRUCES, D.; NOCETTI-DE-LA-BARRA, A.; MANSILLA-SEPÚLVEDA, J.; OTONDO-BRICEÑO, M.; ORTEGA-SENET, M. Competencia intercultural con educación interprofesional en estudiantes de ciencias de la salud, una revisión sistemática. *J. health med. sci.*, 7(3):157-168, 2021.

RESUMEN: Tanto la formación en Competencia Intercultural como la Educación Interprofesional mejoran los resultados en salud. No se encontraron revisiones sistemáticas, en la literatura especializada, que analicen ambos factores juntos en los últimos diez años. Caracterizar aspectos metodológicos de investigaciones empíricas de Competencia Intercultural con Educación Interprofesional en estudiantes de Ciencias de la Salud, describir aspectos curriculares de la formación en Competencia Intercultural con Educación Interprofesional, y analizar la efectividad de dichas experiencias educativas. Se desarrolló una revisión sistemática de las bases de datos Web of Science, Scopus, SciELO, PubMed y ProQuest desde el 2010 a 2020. Existe un predominio de artículos realizados en Estados Unidos y Australia, con enfoque mixto, no experimentales, tamaño muestral acotado y uso de encuestas de percepción. Los contenidos abordaron el conocimiento intercultural general y la atención de salud, con experiencias de tipo extracurricular, presenciales, de corta duración y para un acotado número de carreras. Destacaron las estrategias de aprendizaje en equipo y Service Learning Experience. La efectividad de las experiencias educativas resultó poco concluyente; no obstante, se sugieren ciertas pautas en base a lo analizado. Resulta imprescindible desarrollar mayor investigación a nivel latinoamericano y que se incluyan las mejoras metodológicas señaladas. La formación debería focalizarse en desarrollar la autoconciencia cultural como base para la comprensión mutua, esto requiere de un equipo docente con competencias pedagógicas y culturales, además de sanitarias. Finalmente, es fundamental investigar sobre los factores que permiten un mayor desarrollo de estas competencias en el estudiantado.

Palabras clave: Competencia intercultural, educación interprofesional, formación en ciencias de la salud, autoconciencia cultural, revisión sistemática.

INTRODUCCIÓN

El siglo XXI junto con la era digital evidenció un mundo amplio y diverso, donde las oportunidades parecen estar al alcance de la mano. Así también, reveló las profundas desigualdades estructurales que impactan en la salud de las personas, principalmente en diversos grupos culturales (étnicos, religiosos, socioeconómicos, de género, etc.) en los que, además, subyacen componentes racistas y discriminatorios. Diversos organismos internacionales, han reiterado la importancia y necesidad de que la atención de salud sea con enfoque de derechos humanos, inclusión, equidad y justicia social (OPS, 2011; Naciones Unidas, 2018; OMS, 2019).

La OPS planteó que en 2015 los trabajadores sanitarios debían tener competencias en salud pública e interculturales. Para conseguirlo, se incentivó a establecer alianzas con instituciones educativas en Ciencias de la Salud incorporando estrategias de formación interprofesional para lograr un modelo de atención universal, equitativo y de calidad que responda a las necesidades de la población. De esta manera, los profesionales de la salud debían estar capacitados tanto en Competencia Intercultural (en adelante CIC) que les permitiera comprender, empatizar y afrontar las situaciones de manera adecuada considerando el contexto cultural de cada persona

¹ Facultad de Odontología, Universidad de Concepción. Concepción - Chile

² Facultad de Educación, Universidad Católica de la Santísima Concepción. Concepción - Chile.

³ Facultad de Educación, Universidad Católica de Temuco. Temuco, Chile.

⁴ Departamento de Ciencias Sociales, Investigadora en Centro de Investigación en Educación y Desarrollo, CIEDE, Universidad Católica de la Santísima Concepción. Concepción - Chile.

(Pérez & Luquis, 2013); y, además, trabajar de manera colaborativa e interprofesional para satisfacer adecuada y oportunamente las necesidades sanitarias de la población a fin de contrarrestar la creciente fragmentación de los servicios de salud proporcionados y la baja calidad de la atención percibida (OPS; Viana et al., 2018; OMS).

En el mundo occidental, la importancia y necesidad de desarrollar CIC surge como resultado de la lucha contra la segregación racial acontecido en Estados Unidos, cuyo caso emblemático fue el de Rosa Parks (Pérsigo & Athaydes, 2021). Desde 1964, considerar la cultura del individuo se constituyó en un derecho primordial y toda discriminación a causa del color de piel, raza, país de origen o religión fue considerada delito (Chiarenza, 2012; Garrido, 2017) Este hecho permitió visibilizar otros grupos excluidos (de género, de clase social, de condición socioeconómica, lingüística, etc.) que también requerían de cuidados sanitarios culturalmente sensibles (Pérez & Luquis; Martin et al., 2019).

Actualmente, existen diversos referentes reconocidos de CIC en salud a nivel mundial, entre los que destacan Terry Cross (Cross et al., 1989), Larry Purnell (Purnell, 2013), Josepha Campinha-Bacote (Campinha-Bacote, 2019), Irena Papadopoulos (Papadopoulos, 2018), entre otros (Pérez & Luquis). Los diferentes modelos y definiciones concuerdan en que se debe desarrollar la autoconciencia cultural para lograr la comprensión mutua, aceptar y respetar la diversidad cultural, desarrollar habilidades de comunicación efectiva y estar capacitado para realizar una evaluación en salud donde se considere la cultura del usuario (Pérez & Luquis).

En otro orden de ideas, la Educación Interprofesional (en adelante EIP) ha sido propuesta e incentivada por la OMS desde 1989 como una garantía de éxito para la futura Práctica Colaborativa Interprofesional (en adelante PCIP) puesto que permite mejorar los resultados en salud, reducir los costos derivados de una deficiente coordinación de los cuidados, aumentar la satisfacción usuaria y contribuir con un mejor clima laboral de los prestadores de salud (Thistlethwaite, 2015; Feeley, 2017; Viana et al.) La EIP ocurre cuando dos o más estudiantes de distintas profesiones aprenden unos con otros a trabajar de manera colaborativa para mejorar la calidad de la atención en salud (Barr y Low, 2013; Thistlethwaite; Feeley;). Este tipo de aprendizaje tiene sus cimientos en el Constructivismo, el cual indica que

la adquisición de conocimientos y habilidades se logra por medio de la interacción de los individuos en un contexto determinado (Schunk, 2012). Todos los involucrados tienen un objetivo común, para el cual despliegan acciones conjuntas e interrelacionadas que le permiten responder adecuadamente a las necesidades del entorno. Asimismo, se caracteriza por estimular la resolución de problemas mediante un proceso reflexivo y colaborativo de cada uno de los integrantes del grupo, pudiendo llegar a una solución (Perrenoud, 2011).

En consecuencia, desarrollar CIC en los estudiantes de las Ciencias de la Salud con EIP permitiría proporcionar cuidados culturalmente adecuados de manera coordinada, colaborativa, interdependiente, participativa y de calidad para todos los grupos minoritarios mejorando la experiencia sanitaria de todos los involucrados.

En diversas partes del mundo se han desarrollado capacitaciones en CIC como medida comprobada para proporcionar cuidados de salud culturalmente sensibles, estrategia que también permite cumplir con los requisitos de acreditación de las instituciones prestadoras de servicios de salud (Office of Minority Health, s.f.). Asimismo, instituciones educativas de países como Canadá, Estados Unidos y Australia deben cumplir con capacitación en CIC y EIP en el proceso formativo de las carreras de Ciencias de la Salud para acreditarse (Clifford et al., 2017; Jongen et al., 2018; Woll et al., 2020). No obstante, se señala que la enseñanza en CIC se realiza de manera particular en cada carrera, logrando resultados muy dispares lo que deriva en cuidados de salud desorganizados (Dogra et al., 2016).

Antes de continuar, es necesario precisar que se reconoce el intenso debate que existe sobre los diversos orígenes e implicancias que tienen los constructos CIC y Competencia Cultural en disciplinas como la filosofía, sociología y antropología (Almaguer et al., 2014; Guilherme & Dietz, 2015; Campinha-Bacote; Martin et al.); sin embargo, no es la función de esta investigación abordarlo. Basta decir que, dichos constructos, junto con otros, fueron utilizados como sinónimos durante el proceso de búsqueda y selección de los artículos. Cualquiera de dichos conceptos, en el área de la salud, persiguen el mismo objetivo, que es considerar y respetar la cultura del paciente en los cuidados de salud a proporcionar (Anand y Lahiri, 2009; Campinha-Bacote; Martin et al.).

Las revisiones sistemáticas, en los últimos 10 años, se han enfocado en evaluar las intervenciones educativas en CIC en profesionales de la salud en ejercicio (Clifford et al.), determinar el efecto de las intervenciones para mejorar la atención sanitaria de minorías étnicas (Truong et al., 2014) y analizar intervenciones educativas en estudiantes de la salud de Australia, Nueva Zelanda, Canadá y Estados Unidos para grupos étnicos/culturales (Jongen et al.). En la literatura especializada no se encontraron revisiones sistemáticas que permitan caracterizar investigaciones en CIC con EIP en estudiantes de pregrado de Ciencias de la Salud de diversas partes del mundo.

Dado lo expuesto, la presente investigación tuvo como propósito (1) caracterizar aspectos metodológicos de investigaciones empíricas en Competencia Intercultural con Educación Interprofesional en estudiantes de Ciencias de la Salud, (2) describir aspectos curriculares de la formación en Competencia Intercultural con Educación Interprofesional, y (3) analizar la efectividad de dichas experiencias educativas. Los resultados orientarán futuras líneas investigación en diversidad cultural que contribuyan a mejorar el proceso de enseñanza/aprendizaje, lo que repercutirá en una mejor calidad de la atención del paciente.

MATERIAL Y MÉTODO

La presente investigación siguió las recomendaciones y pautas sugeridas por PRISMA (Page et al., 2020), la cual incluyó tres etapas principales: búsqueda y selección, extracción de información y análisis de los artículos.

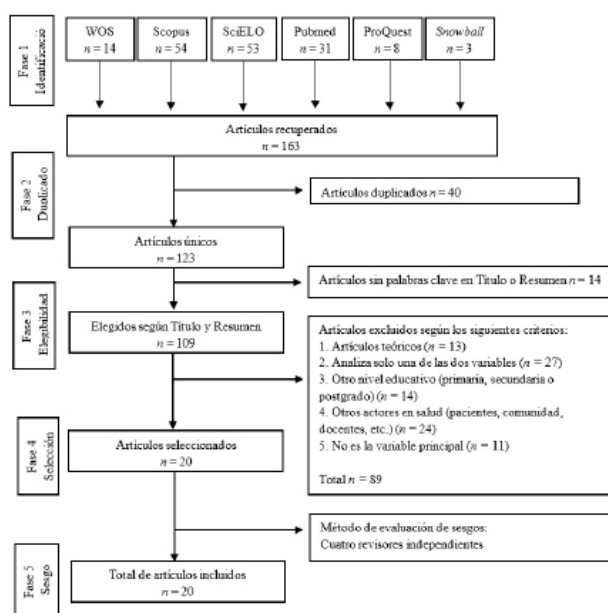
1. Búsqueda y selección de artículos

Se realizó un procedimiento de cinco fases que se describen a continuación y se ilustra en la Figura 1.

a. Fase de identificación. Consistió en la búsqueda de artículos empíricos indexados en las siguientes bases de datos: Web of Science, Scopus, SciELO, PubMed y ProQuest relacionados con CIC y EIP en estudiantes de pregrado de Ciencias de la Salud desde 2011 hasta 2020 (última fecha de búsqueda: 27 de octubre de 2020). Las palabras clave para realizar la búsqueda tanto en el título como en el resumen fueron “cultural competenc*”, “intercultural competenc*”, “cross-cultural competenc*”, “transcultural competenc*”, “cultural

diversity” AND “interprofesional education”, “interprofesional training”, “interprofesional health student”, “interdisciplinary education”, “collaborative learning”. La búsqueda incluyó artículos en idioma inglés, español y portugués.

- Fase de duplicados.** Se eliminaron 40 artículos duplicados, quedando solo una versión de ellos.
- Fase de elegibilidad.** Solo se eligieron los artículos que tuvieran las palabras clave, ya mencionadas, en el título y/o resumen, el resto fue eliminado.
- Fase de selección.** Los criterios de inclusión consideraron artículos empíricos (cuantitativos, cualitativos o mixtos) de experiencias educativas en CIC con EIP en estudiantes de pregrado de Ciencias de la Salud. Los criterios de exclusión fueron artículos teóricos, aquellos que analizaban solo una de las dos variables principales, otros niveles educativos (estudiantes de primaria, secundaria o posgrado), otros actores del área de la salud (pacientes, comunidad, docentes u otros) y artículos donde CIC y EIP no eran la variable principal.
- Fase de evaluación de sesgos.** En el proceso de búsqueda y selección de los artículos participaron cuatro jueces que analizaron de manera independiente los manuscritos que fueron incluidos en esta revisión sistemática.



Nota: Elaboración propia, 2021

Fig. 1. Flujograma de búsqueda y selección de artículos.

Tabla I. Información y descripción de la información extraída que se expone en las plantillas de análisis.

Apéndice A			
	Título de la columna	Columna	Descripción de la información extraída
	ID	1	Número que identifica al artículo en el Apéndice A, B y C
	Autor, año	2	Apellido del autor, año de publicación
Responde al Objetivo 1	Aspectos metodológicos de los artículos	3	<ol style="list-style-type: none"> 1. País donde se desarrolló el estudio 2. Enfoque del estudio: mixto, cuantitativo o cualitativo 3. Diseño: si corresponde a estudio cuantitativo se clasificará según Ato et al., 2013. 4. n tamaño muestral de los participantes del estudio 5. Instrumento de recolección de la información reportado en el artículo
Responde al Objetivo 2	Aspectos curriculares de las experiencias formativas	4	Contenidos abordados o los objetivos de aprendizaje
		5	<ol style="list-style-type: none"> 1. Plan de estudio: manera en que los contenidos fueron incorporados, Intracurricular (obligatoria) o Extracurricular (electiva) 2. Modalidad: forma en que se entregaron los contenidos, Presencial, Virtual o Presencial y Virtual 3. Tiempo: Duración total de la experiencia formativa 4. Carreras que incluyó la experiencia formativa 5. Estrategia educativa: metodologías utilizadas en el proceso de enseñanza/ aprendizaje
Apéndice B			
	Título de la columna	Columna	Descripción de la información extraída
Responde al Objetivo 3	Efectividad de las experiencias formativas	1	Resultados conseguidos con la intervención educativa
		2	Limitaciones reportadas de la intervención educativa
		3	Sugerencias a considerar en estudios posteriores

2. Extracción de información de los artículos seleccionados

Se elaboraron dos plantillas de análisis, en las que se detalla la información específica extraída en correspondencia con los objetivos planteados en esta investigación (revisar el Apéndice A y B: Plantilla de análisis en el siguiente enlace: <https://figshare.com/s/6112f81b605cc9a9b9c2>). La recopilación y sistematización de la información se describe en la Tabla I.

Para garantizar la concordancia de la información recolectada, cuatro revisores la verificaron y analizaron de manera independiente, para luego realizar la comparación respectiva, de ello se obtuvo un índice de kappa de $k = 0,80$ (Coolican, 2014).

3. Análisis de los artículos

La información recopilada fue analizada y verificada por un académico del área de la salud, un experto

en educación, un tercero en Competencia Intercultural, otro en revisión sistemática y un experto en metodología cualitativa.

Para responder al objetivo 1 y 2 se realizó un análisis cuantitativo descriptivo, para el objetivo 3 se realizó un análisis cualitativo de contenido de tipo analítico interpretativo que incluyó cuatro categorías de análisis con sus respectivas subcategorías.

RESULTADOS

A continuación, se presentan los resultados en concordancia con los tres objetivos que guiaron la presente revisión sistemática (para revisar las tablas que se mencionan en esta sección, revisar el Apéndice C: Tablas de resultados, en el siguiente enlace: <https://figshare.com/s/6112f81b605cc9a9b9c2>).

Resultados de los aspectos metodológicos de los artículos incluidos

De los 20 artículos revisados en esta investigación, destaca Estados Unidos con un total de 13 investigaciones, seguido de Australia con 3. Países como Brasil, Chile, China y Nueva Zelanda reportan solo 1 (Tabla II).

El enfoque de investigación escogido con mayor frecuencia fue de tipo mixto con el 50%, seguido en igual proporción por artículos cuantitativos y cualitativos (Tabla III). Para los estudios cuantitativos, los diseños más utilizados fueron el no experimental y el preexperimental de pre y post test (DPP) con el 46,6% cada uno, solo un estudio fue de tipo experimental (Tabla IV). Predominó el uso de encuestas de percepción con escala tipo Likert en el 47,3%, seguido de la utilización del Clinical Cultural Competency Questionnaire (CCCQ) e Interprofessional Education Collaborative Competency Survey (IPECC) con 10,5% cada uno (Tabla V). En el caso de los artículos que utilizaron metodología cualitativa, solo uno de ellos precisó el método de investigación, el resto describió la técnica de recogida de datos, entre las que figuraron las preguntas abiertas, diarios y focus group con un 23,5% cada uno (Tabla VI).

El tamaño de la muestra de los artículos abarcó de 11 a 936 estudiantes, destacándose el intervalo de 11 a 20 participantes con el 35%, seguida del rango de 101 a 200 con el 25%. Es necesario precisar que varios artículos con muestra mayor a 100 incluyeron dos o más muestras de diferentes momentos o años en el mismo estudio (Tabla VII).

Resultados de los aspectos curriculares de las experiencias formativas en CIC con EIP

Entre los contenidos abordados en las intervenciones educativas de los artículos seleccionados, sobresalen los temas referidos a CIC general y atención de salud (AS) con el 30%, seguido de CIC general, EIP y AS con un 20%. El resto de los artículos se enfocó en desarrollar una CIC específica (por ejemplo: grupo étnico, inmigrantes, LGBTIQ, etc.) y AS (Tabla VIII).

Cerca del 73% de los artículos incluidos reportaron que la experiencia educativa se desarrolló de manera extracurricular (Tabla IX). El 70% se impartió con modalidad presencial (Tabla X) y la duración formativa fluctuó entre 3 y 31,5 horas en el 30% de los artículos, seguido de un semestre con

un 20%. El 35% de ellos, no especificó el tiempo formativo (Tabla XI).

El número de carreras que incluyó la experiencia formativa fue principalmente 5 con un 25%, seguida de 2 con un 20% (Tabla XII). De estas, las profesiones más mencionadas fueron Enfermería con 20%, Farmacia y Terapia física con 12%, Medicina y Terapia ocupacional con 10,6% (Tabla XIII). Las estrategias educativas utilizadas en los artículos se agruparon en 11 categorías, destacando el aprendizaje en equipo con 15,2% y Service Learning Experience (SLE) con un 13,6%, seguida de grupos de discusión, análisis de caso clínico y conferencias didácticas con 12% en cada una (Tabla XIV). En los nueve artículos donde se utilizó SLE, el tiempo de inmersión fue de 1 y 3 semanas a 1 mes (Tabla XV).

Resultado de la efectividad de las experiencias formativas en CIC con EIP

Es sabido que, para estimar el impacto que produce una experiencia formativa se deberían realizar investigaciones experimentales o cuasiexperimentales. Es por ello que, para analizar la efectividad de las intervenciones en los artículos incluidos se separaron en cuatro categorías principales: Estudio experimental, Estudios pre-experimentales (DPP), Estudios no experimentales y Estudios cualitativos. Los que, a su vez, se dividieron en las siguientes subcategorías: modalidad presencial, modalidad virtual y modalidad presencial y virtual.

1. Estudio experimental

Solo hubo un artículo en esta categoría y se impartió de forma virtual (ID: 4). Los resultados evidenciaron una mejora significativa en la conciencia cultural; no obstante, el conocimiento, la autoeficacia y las habilidades culturales no resultaron significativos. Entre las sugerencias se mencionó que la plataforma de Facebook podría ser beneficiosa para el aprendizaje social y la formación continua; pero que deben evaluarse según las necesidades del grupo y la sobrecarga de trabajo.

2. Estudios preexperimentales (DPP)

Modalidad presencial. Fueron seis los artículos identificados (ID: 6, 7, 9, 11, 14 y 17). Los resultados para el ID: 7 fueron estadísticamente significativos para todos los ítems de los dos cuestionarios utilizados. Cabe mencionar que a dichos instrumentos no se les realizó análisis de confiabilidad previo a su aplicación. Estos resultados fueron triangulados con

los cualitativos (diarios y focus group), encontrándose una mejora en el conocimiento interprofesional general, aumento en la conciencia cultural y mayor conciencia de los propios prejuicios culturales. En el artículo ID: 9 hubo un aumento estadísticamente significativo en todas las subescalas (conocimiento, habilidad y conciencia cultural) y los diarios reflexivos dieron cuenta de una mayor reflexión, conocimiento, aprecio, sensibilidad y apertura hacia la otra cultura, además de una disminución de los estereotipos. El ID: 11 también evidenció un aumento significativo en las cuatro subescalas (conocimiento, actitud, deseo, encuentro y habilidades culturales), aunque los resultados cualitativos indicaron que la mayoría de los y las estudiantes habrían sobreestimado su nivel de CIC al inicio. En el ID: 17 aumentó el nivel de significancia en 8 de los 20 ítems.

Entre las limitaciones más frecuentemente reportadas se menciona que los altos puntajes iniciales de los cuestionarios perjudicaron las estimaciones de las pruebas posteriores, lo que podría deberse al posible efecto techo de los instrumentos o a la alta deseabilidad social. Otro inconveniente mencionado es el limitado tiempo de las intervenciones, no pudiéndose determinar si tendrían un efecto a largo plazo. Y algunas actividades grupales resultaron ser de enfrentamiento.

Como sugerencia se indicó que las experiencias deberían incluir más carreras, tener en cuenta los aprendizajes previos en CIC y EIP del estudiantado y que las intervenciones deberían ajustarse periódicamente en base a las necesidades educativas del grupo. Además, se recomendó realizar estudios longitudinales, donde no sólo se evalúe el impacto en el estudiantado, sino también en los pacientes.

Modalidad Virtual. Solo un artículo empleó esta modalidad (ID: 3). La encuesta de percepción evidenció resultados estadísticamente significativos para todos los ítems. Entre las limitaciones se señala que la experiencia formativa fue de muy corta duración y de un área temática muy limitada. En las sugerencias se indica que se deberían utilizar las tecnologías para abarcar a mayor cantidad de estudiantes, incluir simulaciones y que los contenidos deberían ser parte del plan formativo obligatorio.

Modalidad presencial y virtual. No hubo artículos.

3. Estudios no experimentales

Modalidad presencial. Los tres artículos identifica-

dos fueron de tipo extracurricular (ID: 5, 13 y 15). Los resultados del ID: 13 y 15 son bastante similares, reportando mayor conocimiento, comprensión y valoración hacia la otra cultura, además de entregar una visión más holística e integral de la salud y la atención sanitaria con la PCIP. El ID: 5 solo reportó resultados en relación a los aspectos formales del curso (contenido y organización del curso, compromiso y calidad de los docentes).

Entre las limitaciones se señaló la incompatibilidad de horario que dificultó la planificación, el escaso tiempo de la intervención educativa y las dificultades para conseguir el financiamiento, especialmente para las actividades de SLE.

Entre las sugerencias se indicó que las intervenciones deberían impartirse en formato electrónico para superar las dificultades de horario, incorporar más actividades de discusión y reflexión, además de instaurar formalmente la EIP en las carreras, pero que es compleja la congregación de voluntades. Futuras investigaciones deberían ser de tipo experimentales para determinar el verdadero impacto de las intervenciones y realizar indagaciones en los empleadores de los profesionales que participaron de la experiencia formativa para estimar el efecto a largo plazo.

Modalidad virtual. Se identificaron dos artículos (ID: 12 y 20). Los resultados indicaron que, para un artículo, la experiencia de aprendizaje permitió aumentar la conciencia, comprensión, conocimiento y habilidades; mientras que, para el otro, aumentó la confianza, comodidad y aprecio por la otra cultura. En las limitaciones también se señala el escaso tiempo de la intervención y la incompatibilidad horaria. Otra desventaja fue el carácter electivo de las experiencias educativas, lo que podría provocar solo la inscripción de estudiantes motivados y comprometidos con la temática. Se sugiere la incorporación de más carreras en las intervenciones y aumentar las actividades de reflexión.

Modalidad presencial y virtual. Se identificaron dos artículos (ID: 1 y 2). Los resultados para el primero indican un mayor conocimiento e importancia sobre la labor que realizan otros profesionales de la salud, además de mayor conocimiento y comprensión en CIC. En el otro, se señaló que las actividades asincrónicas permitieron un mayor tiempo para la reflexión de los contenidos, además de superar las diferencias de horario y que las actividades sin-

crónicas permitieron la interacción y socialización de los participantes. Así también, se reporta una mejor preparación para transferir y aplicar los contenidos a poblaciones diversas.

En las limitaciones se reitera el breve tiempo de intervención educativa y la incompatibilidad horaria que dificultaba la planificación. Se manifiesta preocupación por la sobrecarga que produce la incorporación de un curso paralelo en el plan de formativo. Se sugirió mejorar las oportunidades de aprendizaje con actividades de simulación e inmersión, además de balancear adecuadamente las actividades presenciales y virtuales para lograr el aprendizaje como la socialización.

4. Estudios cualitativos

Modalidad presencial. En este caso solo se tratan de cinco experiencias educativas que incluyeron SLE (ID: 8, 10, 16, 18 y 19). Los artículos se separaron en aquellos que impartieron contenidos previos a la inmersión de aquellos que no lo hicieron. Entre los que impartieron contenidos (ID: 8, 18 y 19), se destacó el compromiso y generosidad de la comunidad receptora en compartir su conocimiento y haberles permitido la oportunidad de aprendizaje. Asimismo, resaltaron la experiencia de PCIP para comprender el rol que desempeñan las otras profesiones de la salud, la importancia de la interacción mutua para intercambiar ideas, habilidades y experiencias. En uno de los artículos se indicó que los contenidos previos habían sido aburridos pero necesarios para la inmersión (ID: 8) y en otro, los participantes manifestaron que creían estar preparados para la inmersión hasta que se habían visto enfrentados a la experiencia.

En las limitaciones se mencionó la ausencia de supervisión en los lugares de inmersión, a lo que se sumó conflictos de rol profesional. Existió sobrecarga de trabajo debido al escaso tiempo programado y a la alta demanda asistencial de la población. Hubo dificultades para asegurar la derivación de los pacientes que requerían de continuidad en sus cuidados. En consecuencia, la experiencia de SLE resultó ser muy estresante para el estudiantado. Paralelamente, se manifiesta preocupación e incertidumbre sobre la continuidad de este tipo de experiencias debido a las barreras de tiempo, financieras, institucionales y de lugares donde realizar la inmersión.

Entre las sugerencias se mencionó la importancia de capacitar al estudiantado previo a

la experiencia de inmersión y que las actividades de SLE deberían ser provechosas tanto para los aprendices como para la comunidad.

En aquellos artículos donde no se entregaron contenidos previos a la experiencia de SLE (ID: 10 y 16), se resaltaron los lazos de confianza generados con la comunidad receptora y el aprendizaje mutuo, además de aumentar el aprendizaje en CIC y habilidades en comunicación. El ID: 16 detalla más logros como desarrollos conductuales, psicológicos, ecológicos, éticos y legales, a nivel individual y colectivo.

Entre las limitaciones se reporta la necesidad de desarrollar más la capacidad de reflexión del estudiantado. Por otro lado, se indica alto nivel de estrés, incertidumbre e inseguridad al principio de la experiencia de SLE. Por lo mismo, se sugirió la necesidad de una capacitación previa a la inmersión que asegure una preparación cognitiva, física y emocional del estudiantado a fin de que proporcione cuidados culturalmente sensibles. Asimismo, es importante incluir más carreras en la experiencia formativa. Las investigaciones futuras deberían evidenciar, no solo los beneficios formativos sino también los logrados en la comunidad y establecer lazos entre la universidad y las comunidades receptoras.

Modalidad virtual o modalidad presencial y virtual. No hubo artículos.

DISCUSIÓN

Continuando con los objetivos trazados en esta investigación, en relación a los aspectos metodológicos de los artículos incluidos, la mayoría de ellos se realizan en países donde existe normativa explícita de CC y EIP, esto pone en evidencia que se necesita de políticas de estado, institucionales y educativas para que dichos contenidos se incluyan de manera formal en el plan curricular del estudiantado de Ciencias de la Salud (Almaguer, *et al.*; Dogra *et al.*; Deardorff). Asimismo, se evidencia la necesidad de desarrollar investigación a nivel latinoamericano en esta temática.

Existen deficiencias metodológicas que son factibles de mejorar en futuras investigaciones. Cuando se quiere medir el impacto de una experiencia formativa es imprescindible realizar una me-

dición previa y posterior, ya sea de tipo cuantitativa o cualitativa. En caso de optar por la primera, tener la precaución de escoger un buen diseño de investigación y utilizar instrumentos validados (Ato *et al.*, 2013). Para investigaciones cualitativas, establecer qué método de investigación se desarrollará (estudio de caso, Teoría Fundamentada, fenomenografía, etnografía, etc.), puesto que cada uno de ellos persigue un interés distinto (Berenguera *et al.*, 2014), no basta con establecer la estrategia de recolección de datos. De todos modos, siempre es recomendable un enfoque mixto, tal como la mayoría de los artículos incluidos utilizó, para explorar factores y circunstancias que subyacen en las experiencias de aprendizaje y que no son evidenciables con un instrumento cuantitativo.

Con respecto a los aspectos curriculares de la formación en CIC con EIP, la experiencia formativa debería desarrollar una CIC general y amplia con el propósito de lograr conocimiento, habilidades y actitudes que sean transferibles a diferentes situaciones y contextos culturales. Esto debe iniciar con el desarrollo de la autoconsciencia cultural, puesto que constituye la base imprescindible para lograr la humildad y la valoración mutua. Esto concuerda con lo señalado por diversos expertos en el área, tanto en salud como en educación (Papadopoulos; Campinha-Bacote; Deardorff).

El carácter extracurricular representa ciertos riesgos y problemas, entre los que destacan: que solo se inscriban estudiantes motivados con la temática o quienes necesiten créditos para cumplir con la carga académica; que la asignatura sea subvalorada porque no es requisito del plan mínimo o que las expectativas del estudiantado no se ajusten con las del docente; entre otras. Esto confirma la necesidad de incorporar los contenidos dentro del itinerario formativo del estudiantado de Ciencias de la Salud, donde se vaya contextualizando la temática para contribuir con profesionales comprometidos, reflexivos y críticos en su quehacer (Perrenoud; Dogra *et al.*; Deardorff).

Resulta necesario que los contenidos de CIC con EIP incluya más de dos profesiones por los siguientes motivos; uno, para que el aprendizaje sea más enriquecedor y cercano a la realidad que vivirá el estudiantado en su ejercicio profesional, donde un equipo de salud está conformado por, a lo menos, cuatro profesionales (OMS); y dos, porque es sabido que los diversos grupos culturales viven

desigualdades socio-estructurales que ocasionan demandas sanitarias dinámicas, complejas y multidimensionales, por lo que se necesitará de un equipo de salud entrenado que sea más amplio y variado para responder apropiadamente (Almaguer *et al.*; Campinha-Bacote; Fitzgerald & Campinha-Bacote, 2019).

Las diversas metodologías activas utilizadas en los diferentes artículos analizados resultan pertinentes para que el estudiantado se involucre en el aprendizaje, puesto que despliega recursos cognitivos, afectivos, conductuales, experienciales y contextuales que le permitirán lograr un aprendizaje significativo (Perrenoud; Schunk; Deardorff). Empero, el tiempo formativo reportado era demasiado breve para asegurar que los logros se mantengan a largo plazo.

Finalmente, en relación a la efectividad de las experiencias educativas no se encontraron asociaciones entre las variables analizadas que permitan establecer que una experiencia educativa fue más exitosa que otra. Por ejemplo, mientras algunos de los artículos reportaron excelentes resultados con una experiencia formativa extracurricular, otros señalaron lo contrario; lo mismo sucedió con la modalidad de enseñanza utilizada y el tiempo invertido. A esto se suma el hecho de que fueron pocos los estudios de tipo experimental y pre-experimental. A pesar de lo anterior, los diferentes artículos enfatizan la importancia de abordar la temática de CIC con EIP porque resulta beneficiosa para el apropiado aprendizaje del estudiantado como para la población.

Entre las limitaciones y sugerencias reportadas con mayor frecuencia por los diferentes artículos, se tiene que:

Los altos resultados en la medición inicial de los cuestionarios se debieron al posible efecto techo o a la alta deseabilidad social de los instrumentos. El primero suele ocurrir cuando la sentencia de la pregunta es demasiado fácil (Coolican) y el segundo podría deberse a la elevada connotación moral que el tema de CIC tiene actualmente (Larson & Bradshaw, 2017), por lo que es necesario utilizar instrumentos previamente validados. También es factible considerar que se hayan desarrollado previamente ciertas competencias y habilidades profesionales en el estudiantado que sean transferibles a esta temática (Perrenoud; Deardorff). De modo que, es recomendable realizar una indagación previa a la

experiencia formativa, lo que además contribuiría a esclarecer lo que el aprendiz verdaderamente necesita aprender.

La alta carga académica del estudiantado de Ciencias de la Salud es el principal motivo de la incompatibilidad horaria y del acotado tiempo de las experiencias educativas, cuestión que también reportan otros autores (Thistlethwaite; Deardorff). Por lo mismo, es crucial lograr una adecuada planificación educativa, con un justo equilibrio de actividades virtuales y presenciales, que aseguren la formación integral del futuro profesional en CIC (Almaguer *et al.*; Campinha-Bacote; Deardorff).

Las experiencias de SLE resultan ser importantes y valiosas para el estudiantado. Estas permiten un aprendizaje significativo puesto que implica, tanto aprendizaje experiencial como situado. (Schunk; Dogra; Williamson, 2017). No obstante, es esencial desarrollar la autoconsciencia cultural, humildad, comprensión, respeto y valoración mutua previo a la inmersión; de lo contrario, se transforman en situaciones estresantes y desconcertantes para el estudiantado (Alvarez-Cruces *et al.*, 2021; Bennett, 2013) Por otro lado, actualmente existen ciertas aprehensiones con las experiencias de SLE, especialmente en aquellas que se realizan en países extranjeros, puesto que produciría un conocimiento estereotipado de la comunidad receptora en el estudiantado, reproduciendo una atención caritativa, asistencialista y vertical. Otros autores señalan que las experiencias se enfocan en lo que se quiere lograr en el estudiantado, olvidando la reciprocidad y el compromiso establecido con la comunidad (Almaguer *et al.*; Fitzgerald & Campinha-Bacote; Kosman *et al.*, 2021). En relación con esto, es necesario señalar que no es necesario viajar a otros lugares del mundo dado que ya existe amplia diversidad cultural en las diferentes sociedades actuales (Guilherme & Dietz; Deardorff), por lo que es posible desarrollar la experiencia de SLE en el país de origen, evitando con ello el costo que implica un viaje internacional.

Las diferentes tensiones o conflictos de rol surgidos durante la PCIP, mencionados en los artículos, son posibles de superar esclareciendo que existen competencias comunes y colaborativas que puede desarrollar cualquier profesional, y competencias específicas a cada disciplina, con el propósito de que no se generen roces y malos entendidos en la práctica (Barr & Low; Viana *et al.*) Esto benefi-

ciará la relación y el trabajo interprofesional futuro, donde el foco debe estar en el paciente y no en los silos profesionales (Viana *et al.*; Campinha-Bacote; Fitzgerald & Campinha-Bacote; OMS).

CONCLUSIÓN

Los diversos artículos analizados revelan la urgencia y preocupación que existe en el área de formar futuros profesionales de la salud comprometidos y capaces de proporcionar cuidados culturalmente sensibles para revertir situaciones de desigualdad que repercuten en el proceso de salud enfermedad; no obstante, los resultados se manifiestan inconsistentes y poco claros. En este sentido, es importante que en las futuras investigaciones se superen las deficiencias metodológicas detectadas.

Asimismo, es relevante desarrollar más investigación en Latinoamérica, puesto que se desconoce cómo se está abordando la temática en el proceso formativo del estudiantado de Ciencias de la Salud.

En la planificación curricular se debería replantear la tendencia de los contenidos, los cuales no deberían estar tan enfocados en aprender del -otro- como si fuera algo extraño, ajeno o peculiar; sino a desarrollar, primeramente, la autoconsciencia cultural como base imprescindible para la valoración mutua. Esto implica, además, considerar las competencias que los docentes encargados de esta temática deberían tener. Si bien poseer algún grado académico en el ámbito de la salud, además de un perfeccionamiento o especialidad en Salud Pública resultan convenientes; es trascendental una adecuada preparación en temas pedagógicos y culturales. Estas características contribuirían a instaurar una apropiada planificación curricular, que favorezca la reflexividad, el juicio práctico, la autoconsciencia cultural, la humildad y la comprensión mutua en el estudiantado de Ciencias de la Salud.

En consecuencia, resulta esencial poder desarrollar investigaciones que permitan dilucidar los diferentes factores que influyen en un mayor o menor desarrollo de CIC en el estudiantado de Ciencias de la Salud.

Finalmente, una de las limitaciones de la presente revisión sistemática es que el proceso de búsqueda se circunscribió a artículos en inglés, es-

pañol y portugués, lo que podría haber dejado fuera investigaciones relevantes en otro idioma; no obstante, se incluyeron las principales bases de datos del área de las Ciencias de la Salud.

Agradecimientos: Debbie Álvarez-Cruces agradece a ANID-PFCHA/Doctorado Nacional/2019-21190254 por financiar los estudios de Doctorado en Educación.

Conflicto de interés: Las autoras y autor declaran no tener conflicto de intereses.

ALVAREZ-CRUCES, D.; NOCETTI-DE-LA-BARRA, A.; MANSILLA-SEPÚLVEDA, J.; OTONDO-BRICEÑO, M.; ORTEGA-SENET, M. Intercultural competence with interprofessional education in health sciences students, a systematic review. *J. health med. sci.*, 7(3):157-168, 2021.

RESUMEN: There is a direct impact on health service outcomes when professionals are trained in intercultural competence and interprofessional education. No systematic reviews were found in the specialized literature that examined both factors together over the last ten years. To characterize the methodological aspects of empirical research regarding Intercultural Competence with Interprofessional Education in Health Sciences students, To describe the curricular aspects of training in Intercultural Competence with Interprofessional Education, and To analyze the effectiveness of said educational experiences. A systematic review of the Web of Science, Scopus, SciELO, PubMed, and ProQuest databases was carried out from 2010 to 2020. There is a predominance of articles composed in the United States and Australia, with a mixed approach, not experimental, limited sample size, and use of survey perception. The contents dealt with general intercultural knowledge and health care, with extracurricular, face-to-face, short-term experiences, and for a limited number of majors. Team learning strategies and stood out Service Learning Experience. The effectiveness of the educational experiences was inconclusive; however, certain guidelines are recommended based on what has been analyzed. It is crucial to develop more research at a Latin American level including the methodological improvements. Training should focus on developing cultural self-awareness as a basis for mutual understanding, this requires a teaching team with pedagogical and cultural skills, as well as health knowledge. Finally, it is fundamental to investigate the factors that allow more comprehensive development of these competencies in the student body.

Keywords: Intercultural competence, interprofessional education, training in health sciences, cultural self-awareness, systematic reviews.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Addy, C. L., Browne, T., Blake, E.W. & Bailey, J. Enhancing interprofessional education: integrating public health and social work perspectives. *American journal of public health*, 105 Suppl 1(Suppl 1): S106–S108, 2015. doi: <https://doi.org/10.2105/AJPH.2014.302502>
- Almaguer, J., Vargas, V. & García, H. (Coord.). Interculturalidad en Salud. Experiencias y aportes para el fortalecimiento de los servicios de salud. 3ra edición. México, D.F., Programa Editorial del Gobierno de la República, 2014.
- Alvarez-Cruces, D. J., Nocetti-de-la-Barra, A., & Burdiles Fernández, G. Competencia Cultural de profesionales sanitarios en la atención a inmigrantes a la luz del modelo de Terry Cross. *Index De Enfermería*, (Preedición), e13070, 2021. Disponible en <http://ciberindex.com/c/ie/e13070>.
- Amerson, R. Preparing Undergraduates for the Global Future of Health Care. *Annals of global health*, 85(1): 41, 1-7, 2019. doi: <https://doi.org/10.5334/aogh.2456>
- Anand, R. & Lahiri, I. Intercultural Competence in Health Care: Developing Skills for Interculturally Competent Care. En D. Deardorff (Ed.). *The SAGE Handbook of Intercultural Competence*. pp. 387-402. United States of America: SAGE Publications, Inc., 2009.
- Ato, M., López-García, J.J. & Benavente, A. Un sistema de clasificación de los diseños de investigación en psicología. *Anales de Psicología / Annals of Psychology*, 29(3): 1038-1059, 2013. doi: <https://doi.org/10.6018/analesps.29.3.178511>
- Barr, H. & Low, H. Introducción a la Educación Interprofesional. CAIPE, 2013. Disponible en <https://www.educacioninterprofesional.org/es/introduccion-la-educacion-interprofesional>
- Bennett, M. *Basic Concepts of Intercultural Communication: Paradigms, Principles, and Practices*. 2nd edition. Boston, EUA: Intercultural Press, 2013.
- Berenguera, A., Fernández de Sanmamed, M.J., Pons, M., Pujol, E., Rodríguez, D. & Saura, S. Escuchar, observar y comprender. Recuperando la narrativa en las Ciencias de la Salud. Aportaciones de la investigación cualitativa. 1ra edición. Barcelona: Institut Universitari d'Investigació en Atenció Primària Jordi Gol (IDIAP J. Gol), 2014. Disponible en: <https://saludcomunitaria.files.wordpress.com/2014/12/escucharobservarcomprender.pdf>
- Braun, H. M., Ramirez, D., Zahner, G. J., Gillis-Buck, E. M., Sheriff, H. & Ferrone, M. The LGBTQI health forum: an innovative interprofessional initiative to support curriculum reform. *Medical education online*, 22(1): 1306419, 2017. doi: <https://doi.org/10.1080/10872981.2017.1306419>
- Campinha-Bacote, J. Cultural Competemility: A Paradigm Shift in the Cultural Competence versus Cultural Humility Debate – Part I. *OJIN: Online Journal of Issues in Nursing*, 24, 4, 2019. doi: 10.3912/OJIN.Vol24No01PPT20
- Chang, L.C., Guo, J. L. & Lin, H.L. Cultural competence education for health professionals from pre-graduation to licensure delivered using facebook: Twelve-month

- follow-up on a randomized control trial. *Nurse education today*, 59: 94–100, 2017. doi: <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2017.09.005>
- Chiarenza, A. Developments in the concept of cultural competence. En D. Ingleby, A. Chiarenza, W. Devillé y I. Kotsioni (Eds.). *Inequalities in health care for migrants and ethnic minorities. COST Series on Health and Diversity (Vol. 2)*. pp. 66-81. Antwerp/Apeldoorn: Garant, 2012.
- Clifford, A., Mc Calman, J., Jongen, C. & Bainbridge, R. Cultural Competency Training and Education in the University-based Professional Training of Health Professionals: Characteristics, Quality and Outcomes of Evaluations. *Diversity and Equality in Health and Care*, 14 (3): 136-147, 2017.
- Coolican, H. *Research Methods and Statistics in Psychology*. 6th edition. New York, NY: Taylor & Francis Group, 2014.
- Correa, M., Carstens, C. & Reyes, S. Experiencia del diseño e implementación de un Curso de Formación General de Migración y Salud en la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. *Cuadernos Médicos y Sociales*, 58(4): 55-63, 2018. Disponible en: <http://cms.colegiomedico.cl/migracion-y-salud-vol-58-no4/>
- Costello, M., Huddleston, J., Atinaja-Faller, J., Prelack, K., Wood, A., Barden, J. & Adly, S. Simulation as an effective strategy for interprofessional education. *Clinical Simulation in Nursing*, 13: 624–627, 2017. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ecns.2017.07.008>
- Cross, T., Bazron, B., Dennis, K. & Isaacs, M. *Towards a culturally competent system of care*, volume 1. Washington, DC: Georgetown University Child Development Center, CASSP Technical Assistance Center, 1989. Disponible en: <https://files.eric.ed.gov/fulltext/ED330171.pdf>
- Deardorff, D. *Manual for Developing Intercultural Competencies: Story Circles*. New York, NY: UNESCO Publishing, 2020. Disponible de <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000370336>
- Dogra, N., Bhatti, F., Ertubey, C., Kelly, M., Rowlands, A., Singh, D. & Turner, M. Teaching diversity to medical undergraduates: Curriculum development, delivery and assessment. *AMEE GUIDE No. 103. Medical teacher*, 38(4): 323–337, 2016. doi: <https://doi.org/10.3109/0142159X.2015.1105944>
- Feeley, D. The Triple Aim or the Quadruple Aim? Four points to help set your strategy. 2017. Disponible en: <http://www.ihl.org/communities/blogs/the-triple-aim-or-the-quadruple-aim-four-points-to-help-set-your-strategy>
- Fell, D.W., Kennedy, E. & Day, J. M. Mixed methods study: a one-week international service project enhances healthcare competencies. *Journal of interprofessional care*, 33(5): 437–445, 2019. doi: <https://doi.org/10.1080/13561820.2018.1544547>
- Fitzgerald, E. & Campinha-Bacote, J. An Intersectionality Approach to the Process of Cultural Competemility – Part II. *OJIN: Online Journal of Issues in Nursing*, 24 (2), 2019. doi: [10.3912/OJIN.Vol24No02PPT20](https://doi.org/10.3912/OJIN.Vol24No02PPT20)
- Gallagher, P., Mckinlay, E., Pullon, S. & McHugh, P. Student perceptions of cultural immersion during an Interprofessional programme. *Journal of Interprofessional Care*, 33(2): 264-266, 2019. doi: <https://doi.org/10.1080/13561820.2018.1538105>
- Garrido, R. *Competencias para la Equidad en Comunidades Culturalmente Diversas: Conceptualización y Medida de la Competencia Cultural Comunitaria (Tesis doctoral)*. 2017. Disponible en: <https://idus.us.es/xmlui/handle/11441/70390>
- Gilliland, I., Attridge, R. T., Attridge, R. L., Maize, D. F. & McNeill, J. Building Cultural Sensitivity and Interprofessional Collaboration Through a Study Abroad Experience. *The Journal of nursing education*, 55(1), 45–48, 2016. doi: <https://doi.org/10.3928/01484834-20151214-11>
- Guilherme, M. & Dietz, G. Difference in diversity: multiple perspectives on multicultural, intercultural, and transcultural conceptual complexities. *Journal of Multicultural Discourses*, 10 (1): 1-21, 2015. doi: <https://doi.org/10.1080/17447143.2015.1015539>
- Hall, B., Lorenzo, A., Matte, D. & Mozolic-Staunton, B. Evaluation of international service learning model of health promotion in a developing country. *International Journal of Work-Integrated Learning*, 19(4): 399–412, 2018. doi: <https://eric.ed.gov/?id=EJ1199465>
- Hawala-Druy, S. & Hill, M.H. Interdisciplinary: Cultural competency and culturally congruent education for millennials in health professions. *Nurse education today*, 32(7): 772–778, 2012. doi: <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2012.05.002>
- Johnson, K.E., Fleck, M. & Pantazes, T. “It’s the story”: Online Animated Simulation of Cultural Competence of Poverty -- A Pilot Study. *The Internet Journal of Allied Health Sciences and Practice*, 26;17(2), Article 10, 2019. doi: <https://nsuworks.nova.edu/ijahsp/vol17/iss2/10>
- Jongen, C., McCalman, J., Bainbridge, R., y Clifford, A. *Cultural competence in health. A review of the evidence*. 1st edition. Singapore: Springer Nature, 2018.
- Kreif, T.M., Yoshimoto, S. K. & Mokuau, N. Insights in Public Health: Ke A'o Mau: Strengthening Cultural Competency in Interdisciplinary Education. *Hawai'i journal of medicine & public health: a journal of Asia Pacific Medicine & Public Health*, 77(12): 333–336, 2018. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30533287/>
- Kosman, B.A., Etxebarria, N. & Chipchase, L.S. The impact of learning abroad programs in developing countries: A scoping review. *Nurse education today*, 97, 104716, 2021. doi: <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2020.104716>
- Larson, K. & Bradshaw, C. Cultural competence and social desirability among practitioners: A systematic review of the literature. *Children and Youth Services Review*, 76, 100-111, 2017. doi: <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2017.02.034>
- Liu, M., Poirier, T., Butler, L., Comrie, R. & Pailden, J. Design and evaluation of interprofessional cross-cultural communication sessions. *Journal of interprofessional care*, 29(6), 622–627, 2015. doi: <https://doi.org/10.3109/13561820.2015.1051215>
- Martin, M.L., Heron, S., Moreno-Walton, L. & Strickland, M. (Eds). *Diversity and Inclusion in Quality Patient Care. Your Story/Our Story – A Case-Based Compendium*. 2nd edition. Switzerland: Springer International Publishing

- AG, 2019
- Naciones Unidas. La Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible: una oportunidad para América Latina y el Caribe (LC/G.2681-P/Rev.3). Santiago. 2018. Disponible en: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/40155/24/S1801141_es.pdf
- Office of Minority Health (OMH), U.S. Department of Health & Human Services. National Standards for Culturally and Linguistically Appropriate Services (CLAS) in Health and Health Care. S.F. Disponible en: <https://thinkculturalhealth.hhs.gov/clas>
- Oliveira, K. D., North, S., Beck, B. & Hopp, J. Promoting collaboration and cultural competence for physician assistant and physical therapist students: A cross-cultural decentralized interprofessional education (IPE) model. *Journal of educational evaluation for health professions*, 12, 20, 2015. doi: <https://doi.org/10.3352/jeehp.2015.12.20>
- Oliveira Freitas-Junior, R. A., Damasio Santos, C. A., Lisboa, L. L., Oliveira Freitas, A. & Azevedo, G.D. An innovative educational strategy to addressing cultural competence in healthcare for quilombola women. *Education for health (Abingdon, England)*, 32(3): 146–149, 2019. doi: https://doi.org/10.4103/efh.EfH_255_19
- Olson, R., Bidewell, J., Dune, T. & Lessey, N. Developing cultural competence through self-reflection in interprofessional education: Findings from an Australian university. *Journal of interprofessional care*, 30(3): 347–354, 2016. doi: <https://doi.org/10.3109/13561820.2016.1144583>
- Organización Mundial de la Salud (OMS).MS. Mayor colaboración, mejor salud: plan de acción mundial a favor de una vida sana y bienestar para todos. Organización Mundial de la Salud. 2019. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/327844/9789243516431-spa.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). Manual de medición y monitoreo de indicadores de las metas regionales de recursos humanos para la salud: un compromiso compartido. Organización Panamericana de la Salud. 2011. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2011/HSS-Manual-medicion-MetasReg-2011.pdf>
- Page, M.J., McKenzie, J.E., Bossuyt, P.M., Boutron, I., Hoffmann, T.C., Mulrow, C.D.,... Moher, D. The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *PLoS Med*, 18 (3): e1003583, 2020. doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003583>
- Palmer, V.S., Mazumder, R. & Spencer, P.S. Interprofessional global health education in a cosmopolitan community of North America: the iCHEE experience. *Academic medicine: journal of the Association of American Medical Colleges*, 89(8): 1149–1152, 2014. doi: <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000000363>
- Papadopoulos, I. Culturally Competent Compassion. A Guide for Healthcare Students and Practitioners. 1st edition. New York, NY: Routledge/Taylor & Francis Group, 2018.
- Pérez, M. & Luquis, R. (Eds). Cultural Competence in Health Education and Health Promotion. 2nd edition. San Francisco, CA: Published by Jossey-Bass A Wiley Imprint, 2013.
- Perrenoud, P. Desarrollar la práctica reflexiva en el oficio de enseñar: profesionalización y razón pedagógica. 8va edición. Barcelona: Graó, 2011.
- Pérsigo, P.M. & Athaydes, A.S. Promoção da diversidade nas organizações: que responsabilidade social é essa? *Revista Inclusiones*, 8 (especial): 69-96, 2021. Disponible en: <https://revistainclusiones.org/index.php/inclu/article/view/1099>
- Purnell, L.D. Guide to Culturally Competent Health Care. 3th edition. Philadelphia, USA: F.A. Davis, 2013.
- Schunk, D. Teorías del aprendizaje. Una perspectiva educativa. México: Pearson, 2012.
- Thackrah, R. D., Hall, M., Fitzgerald, K. & Thompson, S.C. Up close and real: living and learning in a remote community builds students' cultural capabilities and understanding of health disparities. *International journal for equity in health*, 16(1): 119, 2017. doi: <https://doi.org/10.1186/s12939-017-0615-x>
- Thistlethwaite, J.E. Interprofessional education: implications and development for medical education. *Educ Méd.*, 16: 68-73, 2015. doi: <https://doi.org/10.1016/j.edumed.2015.04.007>
- Topping, D. An interprofessional education Russian cultural competence course: Implementation and follow-up perspectives. *Journal of interprofessional care*, 29(5): 501–503, 2015. doi: <https://doi.org/10.3109/13561820.2015.1012582>
- Truong, M., Paradies, Y. & Priest, N. Interventions to improve cultural competency in healthcare: a systematic review of reviews. *BMC Health Serv Res.*, 14: 1-17, 2014. doi: <https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-99>
- Viana, M., Peduzzi, M., Freire, J. & Gonçalves, C. Educación Interprofesional en Salud. Secretaría de educación a distancia, SEDIS. 2018. Disponible en: https://www.educacioninterprofesional.org/sites/default/files/fulltext/2018/eip_bra_dic18_es.pdf
- Williamson, M.H. Solving Social Problems: Service Learning in a Core Curriculum Course. *The Journal of Public and Professional Sociology*, 9(1): Article 1, 2017. doi: <https://digitalcommons.kennesaw.edu/jpps/vol9/iss1/1>
- Woll, A., Quick, K.K., Mazzei, C., Selameab, T. & Miller, J.L. Working with interpreters as a team in Health Care (WITH Care) curriculum tool kit for oral health professions. *MedEdPORTAL*, 16: 1-11, 2020. doi: https://doi.org/10.15766/mep_2374-8265.10894

Dirección para correspondencia:
Debbie Jeinnisse Alvarez-Cruces
Facultad de Odontología,
Universidad de Concepción
Concepción
CHILE

Recibido: 30-04-2021
Aceptado: 21-06-2021