



Atención sanitaria intercultural desde la perspectiva de estudiantes, docentes y autoridades de enfermería: estudio fenomenográfico

Claudia Pérez Acuña^{1,2} (<https://orcid.org/0000-0003-2870-5662>)

José Luis Medina² (<https://orcid.org/0000-0002-9487-9065>)

Resumen Abstract

Objetivo principal: comprender el significado que se otorga a la atención sanitaria basada en interculturalidad desde la perspectiva de estudiantes, docentes de enfermería y autoridades de la facultad de medicina. **Metodología:** estudio cualitativo fenomenográfico, mediante entrevistas semiestructuradas, participaron 17 agentes claves, entre estudiantes, docentes y autoridades de carrera y facultad, elegidas por muestreo opinático a estudiantes y docentes e invitación a autoridades. **Resultados principales:** Se descubrieron tres formas cualitativamente diferentes de concebir la Atención Sanitaria Basada en Interculturalidad (ASBI): (a) Atributos que componen ASBI; (b) Concepción teórica ASBI; (c) Enfoque integrativo de la ASBI. **Conclusión principal:** destaca la importancia de la intercultural en la formación de enfermeras. Enfatiza la aplicación práctica de este conocimiento en ASBI en la atención sanitaria, promoviendo el respeto, la empatía y la comunicación efectiva para una atención más humana y sensible a la diversidad cultural.

Palabras clave: Interculturalidad. Atención sanitaria. Enfermería. Fenomenografía.

Intercultural health care from the perspective of students, teachers and nursing authorities: phenomenographic study

Objective: to understand the meaning given to health care based on interculturality from the perspective of students, nursing professors and authorities of the medical school. **Methods:** qualitative phenomenographic study, through semi-structured interviews in which 17 key agents participated, including students, teachers and career authorities, chosen by opinion sampling to students and teachers and invitation to nursing authorities. **Results:** Three qualitatively different ways of conceiving Interculturality-Based Health Care (ASBI) were discovered: (a) Attributes that make up ASBI; (b) ASBI theoretical conception; (c) ASBI Integrative Approach. **Conclusions:** underscores the importance of interculturality in nursing education. Emphasizes the practical application of this knowledge in ASBI in health care, promoting respect, empathy and effective communication for more humane care that is sensitive to cultural diversity.

Keywords: Interculturality. health care. Nursing. Phenomenography.

¹Carrera Enfermería y Centro de Salud Global Intercultural, Instituto de Ciencia e Innovación en Medicina, Facultad de Medicina, Clínica Alemana Universidad del Desarrollo, Santiago, Chile. ²Facultad de Educación, Universidad de Barcelona, Barcelona, España.

CORRESPONDENCIA:
claudiaperez@udd.cl
(Claudia Pérez Acuña)

Manuscrito recibido el 13.10.2023
Manuscrito aceptado el 30.10.2023

Index Enferm 2024; (33)1:
e14697
<https://doi.org/10.58807/indexenferm16204>

Introducción

Cada colectividad desarrolla, a través de su cultura, su propio estilo de cuidado, lo cual marca la diferencia entre un sistema de salud y otro. De esta forma, cada uno busca las formas de tratamiento y curación que considera más adecuadas con su realidad y su contexto socio-histórico-cultural.¹ Actualmente, debido a los cambios de la sociedad, la globalización, la migración y las personas de diferentes orígenes culturales, existe una necesidad de generar una formación de profesionales de enfermería con nuevas competencias a la hora de atender a poblaciones culturalmente diversas.^{2,3}

Una de las estrategias clave para el desarrollo de estas nuevas competencias, que contribuiría a cambiar los comportamientos tanto de las enfermeras como de los usuarios,⁴ es la Atención Sanitaria Basada en Interculturalidad (ASBI), la cual tendrá un enfoque en derechos humanos, inclusión, equidad y justicia social.^{5,6} De esta manera, la interculturalidad (IC) se presenta como el espacio de intercambio y posibilidad de innovación de las atenciones tradicionales,⁷ pues aceptar la diferencia, implica estar abierto al contraste, al cuestionamiento de incertidumbres, a la tolerancia y a los límites.⁸

De este modo, la ASBI, supone una apertura y aceptación subjetiva hacia una cultura potencialmente distinta, tanto en prácticas sanitarias como en relación con las concepciones de mundo que exprese un usuario.³ La ASBI contribuye a superar las diferencias en salud, reconociendo el llamado del Consejo Internacional de Enfermeras a ofrecer cuidados coherentes y sensibles a la cultura de las personas para atender eficazmente sus necesidades,⁹ y de la Sociedad de Enfermería Transcultural para mostrar humanización en la respuesta a conflictos culturales de poblaciones diversas.¹⁰ Además, según organismos internacionales como la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), es fundamental considerar el enfoque intercultural en el sistema de salud.^{6,11}

Al revisar la literatura, entre los aspectos más debatidos está la idea de que los culturales son los “otros”, cuando todos somos seres culturales, de discriminar o ignorar otros factores diferencia-

les como el género, el estatus social o la orientación sexual.¹² Así, se relevaron dos ideas: no existen personas aculturales (esto significa que los profesionales de la salud también poseen un bagaje cultural propio), y que la competencia intercultural requiere de una relación entre las personas.¹³

Entendemos que las enfermeras y enfermeros precisan generar espacios facilitadores de diálogo interactivo y horizontal, producir conocimiento sobre nuevas formas de atender para sensibilizar al otro a través del lenguaje escrito, oral o corporal, donde estos espacios incentiven a las personas a utilizar y articular sus propios potenciales de curación, tratamiento y cuidado de acuerdo con sus contextos socio-culturales.⁸

En la literatura se evidencia la importancia de desarrollar la ASBI en los profesionales de enfermería, para responder correctamente a las necesidades y preferencias únicas de personas de culturas diferentes.^{14,15} En Chile, al igual que en todo el mundo, los profesionales de enfermería deben brindar una atención de salud a una población culturalmente más heterogénea. Si bien este enfoque se ha desarrollado predominantemente en Estados Unidos, Europa y en otros países en Sudamérica, en Chile aún es incipiente.¹⁶

La formación de enfermería debe contar con las competencias necesarias que le permitan enfrentar la transición a este mundo globalizado, para entregar los mejores cuidados a la persona, familia y comunidad.¹⁷ Esto desafía a todos los involucrados en la formación de las nuevas generaciones a enfrentar el reto de las demandas que la población requiere, considerándolas en el itinerario curricular. Para esto, tenemos que escuchar a todos los implicados y así poder tomar las mejores decisiones en el ámbito formativo.

En este contexto, se realizó este estudio con el objetivo de comprender el significado que se otorgan a la ASBI desde la perspectiva de estudiantes, docentes de enfermería y autoridades de la facultad de medicina en una universidad chilena.

Métodos

Estudio cualitativo con enfoque fenomenográfico, el cual tiene una larga tradición en las investigaciones en educación desde los años 70.¹⁸ En el ámbito de la salud, se ha comenzado a utilizar en los últimos 20 años,¹⁹ siendo un método aceptado en la investigación en enfermería.²⁰

Se empleó un tipo de muestreo opinático con los estudiantes y docentes, es decir, se seleccionaron aquellos que mostraron una disposición positiva a participar en el estudio. Para lograr maximizar la variación en los modos cualitativos de experimentar el fenómeno, se invitó autoridades de la facultad y carrera, considerando la presencia de participantes con posiciones ontoepistémicas diversas y, por tanto, también con aproximaciones heterogéneas a la temática de investigación.

Se realizaron 17 entrevistas: (1) estudiantes de primer y quinto año (n=8); (2) docentes (n=5); y (3) autoridades (n=4) (ver Tabla 1). La composición final de la muestra fue de ambos sexos, entre 19 y 69 años de edad, 8 estudiantes y 9 profesionales de la salud, cuya antigüedad laboral fluctuó entre 6 y más de 20 años (ver Tabla 2).

Tabla 1. Participantes del estudio

N°	Agente clave	Participantes	N° de entrevistas
1	Autoridades facultad	Decano Vicedecanas Coordinador académico	4
2	Docentes carrera	Docentes	5
3	Estudiantes	Estudiantes 1er año	4
4	Estudiantes	Estudiantes 5to año	4
Total			17

La recolección de los datos se llevó a cabo entre junio de 2020 y marzo de 2022, a través de una entrevista individual semiestructurada, que tuvieron una duración entre 30 y 60 minutos. Se realizó en formato en línea a través de la plataforma *zoom*. Este formato responde al contexto de pandemia, considerando las restricciones de movilidad y las medidas de distanciamiento social recomendadas en el marco de SARS-CoV-2 du-

Tabla 2. Caracterización de los participantes

Edad (años)	
19-29	9
30-39	3
40-49	2
50-59	2
60-69	1
Género	
Hombre	1
Mujer	16
Actividad laboral	
Autoridad facultad (decano, vicedecanas)	3
Autoridad carrera enfermería	1
Docentes enfermería	5
Estudiantes enfermería	8
Profesión	
Médico	2
Enfermera	7
Estudiante enfermería	8
Antigüedad laboral/estudiantil	
Entre 1 a 5 años (estudiantes)	8
Entre 6 a 10 años	2
Entre 11 a 15 años	1
Entre 16 a 20 años	1
Más de 20 años	5

rante el período del estudio, principalmente en el año 2020 al 2021.

Para la recolección de la información, se diseñó una guía de entrevista semiestructurada individual, garantizando en todo momento la recogida de toda la información necesaria para conseguir el objetivo del estudio. El guion abordó las siguientes preguntas: (a) ¿Qué es la atención sanitaria basada en interculturalidad? y (b) ¿Cómo se realiza una atención sanitaria basada en interculturalidad?

El análisis de los datos se realizó a partir de los 7 pasos para el análisis fenomenográfico descrito por Dahlgren y Fallsberg: 1 familiarización con los datos, 2 condensación, 3 comparación, 4 agrupación, 5 articulación, 6 etiquetas y 7 contrastar.¹⁹⁻²⁰ Inicialmente se realizó de forma manual, con el posterior uso del software *Atlas.ti* versión 9 como soporte informático. Se identificaron categorías de descripción con alta variabilidad, las cuales están lógicamente ordenadas, relacionadas y jerarquizadas.

El rigor de la investigación se garantizó a través de la credibilidad y confirmabilidad, incluida la identificación de las preconcepciones del fenómeno por parte de los investigadores, y los criterios primarios para juzgar la calidad de las categorías de descripción descritos por Marton y Booth.²¹

La información del trabajo de campo fue transcrita de verbatim a *Word*. En el procesamiento de los datos y estrategias de análisis se respetó la confidencialidad

de los participantes. Para proteger su identidad se usó un sistema de notación con códigos alfanuméricos. Las entrevistas se identificaron con E1 a E17. A cada participante se le asignó una abreviación quedando: autoridades (aut), docentes (doc), estudiantes de quinto año (est q), estudiantes de primer año (est p).

El estudio contó con la aprobación del Comité de Ética Científico de la Facultad de Medicina, Universidad del Desarrollo y Comité de Bioética de la Universidad de Barcelona. Se rigió por los principios de voluntariedad, confidencialidad y anonimato de los participantes, lo que se reflejó a través de la firma del consentimiento informado.

Resultados

Toda la variabilidad de concepciones acerca de la ASBI se ha integrado en tres categorías que están relacionadas de manera jerárquica.

Categoría A: Atributos que componen ASBI. Dentro de los atributos identificados en la ASBI están los actitudinales al momento de la atención (valores y prejuicios). Los valores son expectativas respecto a como debiese ser un encuentro IC. El valor al que más se refieren los consultados es el respeto, y después la empatía, sobre todo desde el profesional hacia el paciente, al momento de la atención y, sobre todo, al momento de entender el problema y el contexto bajo el cual se encuentra. Se mencionan los valores asociados a la calidad de la atención que se brinda y la accesibilidad a los derechos del paciente. Otro valor relacionado, es el no juicio, que contiene ideas del respeto y del no prejuicio al momento de la ASBI y el poder generar un análisis del paciente sin una idea preconcebida a partir de su cultura: "Para mí tiene que ver principalmente con el respeto hacia el otro y aceptar incondicionalmente tal como es. Con sus costumbres, con todo lo que significa la cultura y no juzgar. Para mí eso es fundamental" (E17 doc). "Es un tema de empatía como entender el proceso que el paciente está viviendo y tratar de hacerlo lo más ameno posible entendiendo sus costumbres" (E16 est q).

Posteriormente, en esta categoría también se encuentra la relación de los

valores con atributos relacionados a la inclusión y a la no discriminación, entendidos como un desafío para el sistema de salud. De esta manera, se observa la importancia de la IC para el acceso a derechos de la salud, independiente del grupo cultural: "La inclusión, totalmente, como un valor en el sentido de que tengan los mismos derechos que los otros pacientes al recibir la salud que necesitan" (E1 aut).

En el mismo nivel se mencionan otros atributos, tales como la comunicación (o escucha activa), como un facilitador de la adaptación del profesional. La comunicación en un ambiente IC, busca poder adentrarse en el contexto en que está el otro, a nivel personal y externo, siendo en dicho diálogo donde también se genera un cuidado hacia él o ella. Además, se encuentra la consciencia de prejuicios entre estudiantes/profesionales. Se puede inferir de dicha relación con el prejuicio, que los profesionales tienen su propia cultura: "La escucha abierta, o sea, no sé cómo explicarlo porque a veces uno escucha pero no oye, lo escuchas de manera superficial, pero no como escuchar y tratar de... más que escucha activa claro, como escuchar y tratar de comprender y buscarle soluciones" (E 16 est q).

Categoría B: Concepción teórica ASBI. Seguiremos por el acercamiento a una definición de interculturalidad desde la diversidad de ideas de los entrevistados, la cual va incorporando los atributos de ASBI. IC se puede entender como el encuentro con culturas distintas que se contraponen (no necesariamente en conflicto) y que implica una acción para relacionarse entre una y otra: "Cada sociedad tiene una cultura distinta, y a veces en el encuentro se producen algunas mezclas y, en otras oportunidades, conflicto. Pero es como un conjunto de cosas que entre todos armamos, complementamos y nos da la identidad" (E17 doc).

Se refiere a la toma de elementos o compartimiento de rasgos culturales entre dos o más grupos. Se describe como ocurre dicho proceso, siendo este un rasgo clave de la IC: "Existen distintos grupos de personas y existen personas que a veces difieren, a lo mejor, desde el punto de vista geográfico o incluso desde otros puntos de vista, político, la interculturalidad tiene que ver con cómo yo

comparto con otros, estos saberes culturales" (E5 doc).

Finalmente, IC es la convivencia entre culturas, que pueden enfrentarse, mezclarse o considerarse, es el compartir la diferencia.

Los entrevistados también dan ideas sobre grupos de personas que son reconocidas como "interculturales", o que son el objetivo de una relación IC. Son grupos que se identifican por su diferencia cultural. Se encuentra el reconocimiento de otros grupos solo en referencia a la diferencia cultural con la cultura del entrevistado. Se genera un énfasis en la diversificación de los grupos, según diversas características como pueblos originarios, migrantes, diversidad sexual, edad, ubicación geográfica, entre otros: *"También hay otros grupos que son más culturas dentro de nuestro mismo país, (...) que comparten creencias comunes, como las comunidades LGBTQ+. También el ciclo vital, los distintos grupos, no es lo mismo un grupo joven adolescente, que un grupo de personas mayores, también van a compartir momentos de la vida distintos que van a definir de alguna manera su identidad"* (E 6 doc).

Posteriormente, se define la ASBI a modo general, como un momento en que se encuentran percepciones y expectativas sobre la enfermedad y tratamiento de distintas culturas, y donde se requiere de un cambio en el profesional para generar el proceso de atención de calidad. Así, son las habilidades relacionales de los profesionales en el momento de la atención y que buscan el sentido y eficacia del tratamiento en el otro: *"La percepción que tienen las distintas culturas sobre la enfermedad y sobre el tratamiento, las expectativas que tienen los distintos grupos que me ha tocado tratar son totalmente distintas. Expectativas, idiomas, experiencia frente a la enfermedad, comunicación no verbal"* (E 1 aut).

Categoría C: Enfoque integrativo de ASBI. ASBI establecida en la experiencia práctica, requiere del desarrollo y aplicación de una serie de atributos que debe conocer el profesional de salud, que permita mediar el encuentro intercultural dentro de la atención en salud. Para dicha mediación se generan estrategias y elementos. En términos de jerarquización, se refiere a ideas desde los valores, identificados como un principio general,

hacia aquellos elementos prácticos de la atención: *"Bueno, creo que hartas cosas en la práctica, por un lado, la escucha activa, sin juicio, sobre todo sin juicio, la empatía, también, bueno, la comunicación que ya decíamos ¿no?, que es como más horizontal, no de posicionarse tanto como expertos quizá desde la verticalidad, sino que tratar de buscar algo más, de comenzar escuchando al otro, el respeto"* (E 6 doc).

Se encuentran las herramientas de adaptación, que podrían ser una operacionalización de los valores e ideas respecto de la interculturalidad. Se menciona el elemento de flexibilidad y de adaptación al paciente como un aseguramiento de pertinencia durante la atención clínica. En ese sentido, es una habilidad para negociar con ellos y llegar a un punto de acuerdo en el tratamiento, operacionalizando a su vez la horizontalidad en la atención.

En esta categoría, se encuentra la idea de que ASBI se refiere a un diálogo horizontal y la visión del profesional como un facilitador. En este caso se toman en cuenta las experiencias, donde se pudo observar en terreno expectativas sobre la enfermedad y el tratamiento, para llegar a un acuerdo con el usuario: *"Si uno va al desglose, es poder saber si el otro entiende lo que le estoy diciendo; si entiende por qué está enfermo. Si le encuentra sentido a recuperarse, a la indicación que le estoy dando. Y de ahí buscar entre ambos (...), una posibilidad de tratamiento. Cuando esa conversación entre dos se dé, aceptando que yo no estoy sobre el paciente en una posición de jerarquía, sino que en su momento de vulnerabilidad yo soy un facilitador"* (E 4 aut).

De esta manera, se encuentran ideas que se comienzan a alejar del modelo tradicional de salud, en la medida que vuelve sujeto al paciente, alejando al diagnóstico como eje central. En ese sentido, posiciona una relación horizontal a partir de los valores que se mencionan, siendo un acercamiento a la práctica.

Discusión

Dentro de la categoría A, se presentan los atributos de la ASBI (valores, creencias, entre otros), que son base de la atención, los que se retoman a lo largo de las siguientes categorías, siendo la base para desarrollar ASBI. Este proceso

involucra la integración de diferentes atributos que aparecen en los hallazgos del estudio y están descritos por diferentes autores como el respeto, empatía, sensibilidad a los valores y las creencias, estilos de vida, prácticas y estrategias de resolución de problemas de la cultura de la persona, relaciones interpersonales con los usuarios y capacidad de establecer una comunicación efectiva con personas de otras culturas.^{13,15}

En relación a los hallazgos, en la categoría B, se observa que, con distintos niveles de profundidad y variabilidad, según la trayectoria de los participantes, la mayoría de las características señaladas de este estudio se han descrito en la literatura internacional.^{2,4,10} La interculturalidad se refiere a una relación donde se hacen conscientes los límites de la propia cultura, o la diferencia cultural. En dicha relación se generaría un cambio de actitud de las partes, e incluso puede generarse una transculturación (incorporación de elementos culturales del otro). Además, se identifican los grupos que la conforman, no centrándose solamente en etnias o pueblos originarios, como lo referencia la literatura.^{2,3}

En la ASBI, se toma una decisión en la adaptación del profesional a modo de actitud, dicha expectativa y decisión no es voluntaria ni fortuita, sino que guarda relación con el surgimiento de grupos culturales que requieren de un sistema más equitativo, en función de garantizar sus derechos en salud, lo que está expuesto por diversos autores.^{2,16}

En la categoría C, en el encuentro intercultural, y considerando la importancia de la actitud para llevarse a cabo, se presentan los elementos en un proceso de atención de estas características. Al respecto, al principio se señalan elementos de contexto, que surgen como relevantes desde la experiencia y contexto de los profesionales.

La ASBI por su parte, tiene su acento no en el trabajador de salud únicamente, sino en el encuentro humano entre todas las partes involucradas en la atención de salud.¹³ El tener que atender a cada persona, obliga a la continua deliberación y elección de atributos mencionados en la categoría A, según circunstancias y recursos, para lograr el fin último de que la persona culturalmente diferente se sienta bien atendida y ese encuentro sea significativo y horizontal.²²

Los hallazgos de la categoría C nos permiten acercarnos a un modelo que está en desarrollo en relación al encuentro en la ASBI,¹³ que va más allá, planteando que los trabajadores de la salud reconozcan que también son personas y profesionales culturalmente dispuestos, llamando al reconocimiento que son sujetos con cultura e historia, así como los usuarios.¹⁵ Apreciar y ser sensible a la forma como las personas comprenden y enfrentan los procesos de salud/enfermedad, facilitaría la construcción de propuestas de tratamiento donde se consideren los valores y creencias, las potencialidades que emergen de ellas, se creen formas de tratamiento con significado y aceptación por parte de las personas,²² basados en un trato horizontal y con énfasis en el cuidado amoroso y racional.¹³

Estas tres categorías muestran una expansión del desarrollo de la comprensión de la ASBI, que va desde un enfoque en el conocimiento del contenido (categoría A y B) hasta el proceso de aplicación de la ASBI (categoría C). Como se describió anteriormente, estas categorías descriptivas son jerárquicas en lugar de exclusivas en el sentido de que un encuestado que expresa una comprensión de la categoría C también puede expresar una comprensión de la categoría A y B, pero no viceversa.

Como proyección, se plantea que nuevas investigaciones podrían replicar este estudio en otras universidades y otras profesiones de la salud, profundizar en la temática de ASBI estudiando cómo se aprende y enseña la IC y la ASBI.

Conclusión

La investigación inédita en Chile sobre ASBI en estudiantes de enfermería destaca la relevancia de entender y aplicar la competencia intercultural en la formación de profesionales de salud. Este estudio enfatiza la necesidad de ir más allá del conocimiento teórico sobre la diversidad cultural, abogando por su aplicación práctica en contextos clínicos reales. Revela que para brindar una atención sanitaria efectiva y respetuosa con las diferencias culturales, es imprescindible desarrollar habilidades como el respeto, la empatía y una comunicación efectiva, fundamentales en la humanización de los cuidados.

Los resultados sugieren un cambio en el paradigma de la atención en salud, proponiendo al profesional no solo como un experto sino como un facilitador en el proceso de salud del paciente, promoviendo la construcción de relaciones horizontales y significativas. La formación en IC, según el estudio, debe ser continua y práctica, orientada hacia un cuidado sensible a las realidades culturales de los pacientes.

Aunque centrado en un ámbito universitario específico, el estudio aporta perspectivas valiosas para futuras investigaciones y para la integración de la interculturalidad en los sistemas de salud a nivel global. Plantea desafíos y oportunidades para la educación y práctica de los profesionales en un mundo diverso y cambiante.

Es vital que las instituciones educativas reformulen sus programas para incorporar la IC como principio y eje transversal en la atención en salud y la formación de enfermeras, enfocándose en el encuentro entre personas con distintas culturas.

Bibliografía

1. González, Jorge E. Multiculturalismo e Interculturalidad en las Américas. Canadá, México, Guatemala, Colombia, Bolivia, Brasil, Uruguay. Bogotá: Cátedra Unesco - Diálogo intercultural, Universidad Nacional de Colombia, 2019.
2. Cai DY. A concept analysis of cultural competence. *Int. J. Nurs. Sci.* 2016; 3(3): 268-273. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2016.08.002>.
3. Veliz-Rojas, Lizet; Bianchetti-Saavedra, Andrés F; Silva-Fernández, Marta. Competencias interculturales en la atención primaria de salud: un desafío para la educación superior frente a contextos de diversidad cultural. *Cad. Saúde Pública* 2019; 35(1): e00120818. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00120818>.
4. White J, Plompen T, Tao L, Micallef E, Haines T. What is needed in culturally competent healthcare systems? A qualitative exploration of culturally diverse patients and professional interpreters in an Australian healthcare setting. *BMC Public Health.* 2019; 19, 1096. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7378-9>.
5. 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. <http://tinyurl.com/45p65mj4>.
6. Organización Mundial de la Salud (OMS). Mayor colaboración, mejor salud: plan de acción mundial a favor de una vida sana y bienestar para todos. Organización Mundial de la Salud. 2019. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/327844>.
7. Carreño, Alejandra; Cabieses, Baltica; Obach, Alexandra; Pérez, Claudia. Migraciones y mestizajes: conceptos y debates para la aproximación teórica a la salud en contextos interculturales. *Cuad Méd Soc.* 2018; 58(4): 7-17. <https://cuadernosm.cl/index.php/cms/article/view/324>.

8. Escobar, Blanca; Paravic-Klijn, Tatiana. La transculturalidad, elemento esencial para mejorar la atención en salud y enfermería. *Enfermería Actual de Costa Rica* 2017; (33): 73-87. <http://tinyurl.com/49h69f45>.

9. Consejo Internacional de Enfermeras. Declaración de posición del CIE. Competencia Cultural y Lingüística. 2013. <https://tinyurl.com/57zrmj57>.

10. Miller J, Leininger M, Leuning C, Pacquiao D, et al. Transcultural Nursing Society Position Statement on Human Rights. *J Transcult Nurs.* 2008; 19(1):5-7. <https://doi.org/10.1177/1043659607309147>.

11. Organización Panamericana de la Salud Política Sobre Etnicidad y Salud: 29.a Conferencia Sanitaria Panamericana. 2017; Pp: 1-33. <https://tinyurl.com/kwpzscup>.

12. White Hughto, JM, Rose AJ, Pachankis JE, Reisner SL Barriers to Gender Transition-Related Healthcare: Identifying Underserved Transgender Adults in Massachusetts. *Transgender health*, 2017; 2(1):107-118. <https://doi.org/10.1089/trgh.2017.00147.7>.

13. Cabieses, Baltica; Obach, Alexandra; Urrutia, Carla. Libro Interculturalidad en salud: teorías y experiencias para poblaciones migrantes internacionales. 2021: 1:21-49. <http://hdl.handle.net/11447/4357>.

14. Markey K, Doody O, Kingston L, Moloney M, Murphy L. Cultural competence development: The importance of incorporating culturally responsive simulation in nurse education. *Nurse Educ Pract.* 2021; 52: 103021. <http://tinyurl.com/43fpchft>.

15. Wang Y, Xiao LD, Yan P, Wang Y, Yasheng A. Nursing students' cultural competence in caring for older people in a multicultural and developing region. *Nurse Educ Today.* 2018; 70:47-53. <http://tinyurl.com/yh8m4d83>.

16. Klenner-Loebel, Maura; Osses-Bustingorry, Sonia. Competencia comunicativa intercultural: un desafío para los profesionales de la salud en Chile. *Rev. méd. Chile.* 2018; 146(4):539-540. <http://dx.doi.org/10.4067/s0034-98872018000400539>.

17. Cofré-González, Carmen Gloria; Alvarez-Cruces, Debbie Jeinnisse. Strengths and weaknesses on the incorporation of intercultural health in nursing training. *Index de Enfermería* 2022; 31(4): 245-249. <https://dx.doi.org/10.58807/indexenferm20225160>.

18. Marton F. Phenomenography – describing conceptions of world around us. *Instructional Science.* 1981; 10: 177-200. <https://doi.org/10.1007/BF00132516>.

19. Stenfors-Hayes T, Hult H, Dahlgren MA. A phenomenographic approach to research in medical education. *Medical education* 2013; 47(3):261-270. <https://doi.org/10.1111/medu.12101>.

20. Sjöström B, Dahlgren LO. Applying phenomenography in nursing research. *Journal of advanced nursing.* 2002; 40(3), 339-345. <https://tinyurl.com/yrvhd9rd>.

21. Gerlese S, Åkerlind. Variation and commonality in phenomenographic research methods, *Higher Education Research & Development.* 2005; 24:4, 321-334. <http://dx.doi.org/10.1080/07294360.2011.642845>.

22. Álvarez D, Nocetti-de-la-Barra A, Mansilla J, Otondo M, Ortega M. Intercultural competence with interprofessional education in health sciences students, a systematic review. *J. Health Med. Sci.* 2021;7(3):157-168. <https://johamsc.com/2021/10/18/733/>.