

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Educación superior en salud y vulnerabilidad social: análisis de barreras y políticas inclusivas

Higher education in health and social vulnerability: analysis of barriers and inclusive policies

Ensino superior em saúde e vulnerabilidade social: análise de barreiras e políticas inclusivas

Altagracia Josefina Suárez Galán^{I*} , Theogene Nyirimanzi^I , Ana Hilda Reyes Saldívar^I , María Altagracia Jiménez Quezada^{II} , Estefanía Hilario García^{III} 

^I Universidad Tecnológica del Cibao Oriental. República Dominicana.

^{II} Distrito Educativo 16-02. República Dominicana.

^{III} Politécnico Miguel Ángel García Vilorio. República Dominicana.

*Autora para la correspondencia: suarezgalanaltagracia@gmail.com

Recibido: 17-05-2025 Aprobado: 15-07-2025 Publicado: 17-07-2025

RESUMEN

Introducción: el nivel educacional de los padres, el ingreso familiar o la pertenencia étnico-racial están profundamente relacionadas con las brechas de acceso a la educación superior. Para quienes crecen en esta realidad desigual, pensar en llegar a una carrera universitaria en salud suele ser más una excepción que una expectativa legítima.

Objetivo: analizar las barreras estructurales, pedagógicas, institucionales y culturales que limitan el acceso y la permanencia de estudiantes en situación de vulnerabilidad en carreras del área de la salud, con énfasis en el contexto latinoamericano y, en particular, en la República Dominicana. **Método:** se realizó una revisión narrativa crítica de literatura científica y documentos de política pública, donde se identificaron factores que configuran trayectorias educativas desiguales, especialmente para quienes provienen de contextos rurales, pertenecen a minorías étnicas, viven con discapacidad o enfrentan precariedad socioeconómica. **Resultados:** los hallazgos evidenciaron que las políticas

inclusivas, cuando son abordadas de forma integral, pueden generar entornos de aprendizaje más democráticos, culturalmente pertinentes y éticamente comprometidos. Estrategias como las acciones afirmativas, la formación docente en pedagogías inclusivas, la articulación intersectorial y la incorporación del marco Diversidad, Equidad e Inclusión emergen como claves para transformar los sistemas educativos en salud. **Conclusiones:** se concluye que promover la equidad no es solo un imperativo ético, sino también una vía para fortalecer la calidad formativa y la justicia sanitaria. La diversidad estudiantil, lejos de ser una dificultad, representa una oportunidad para reconfigurar los espacios académicos hacia una educación verdaderamente transformadora, sensible a las diferencias y comprometida con las comunidades.

Palabras clave: equidad educativa; inclusión social; formación en salud; competencia cultural; políticas públicas; República Dominicana

ABSTRACT

Introduction: parental educational level, family income, and ethnic and racial affiliation are closely related to gaps in access to higher education. For those who grow up in this unequal reality, considering pursuing a university degree in health is often more of an exception than a legitimate expectation. **Objective:** to analyze the structural, pedagogical, institutional, and cultural barriers that limit the access and retention of vulnerable students in health-related careers, with an emphasis on the Latin American context and, in particular, on the Dominican Republic. **Method:** a critical narrative review of scientific literature and public policy documents was conducted, identifying factors that shape unequal educational trajectories, especially for those from rural contexts, ethnic minorities, those with disabilities, or those facing socioeconomic hardship. **Results:** the findings showed that inclusive policies, when approached comprehensively, can generate more democratic, culturally relevant, and ethically engaged learning environments. Strategies such as affirmative action, teacher training in inclusive pedagogies, intersectoral coordination, and the incorporation of the Diversity, Equity, and Inclusion framework emerge as key to transforming health education systems. **Conclusions:** it is concluded that promoting equity is not only an ethical imperative but also a way to strengthen educational quality and health justice. Student diversity, far from being a difficulty, represents an opportunity to reconfigure academic spaces toward truly transformative education that is sensitive to differences and committed to communities.

Keywords: educational equity; social inclusion; health education; cultural competence; public policies; Dominican Republic

RESUMO

Introdução: o nível educacional dos pais, a renda familiar e a afiliação étnica e racial estão intimamente relacionados às lacunas no acesso ao ensino superior. Para aqueles que crescem nessa realidade desigual, considerar a busca por um diploma universitário em saúde é muitas vezes mais uma exceção do que uma expectativa legítima. **Objetivo:** analisar as barreiras estruturais, pedagógicas, institucionais e culturais que limitam o acesso e a retenção de estudantes vulneráveis em carreiras relacionadas à saúde, com ênfase no contexto latino-americano e, em particular, na República Dominicana. **Método:** foi realizada uma revisão narrativa crítica da literatura científica e de documentos de políticas públicas, identificando fatores que moldam trajetórias educacionais desiguais, especialmente para aqueles de contextos rurais, minorias étnicas, pessoas com deficiência ou que enfrentam dificuldades socioeconômicas. **Resultados:** os resultados mostraram que políticas inclusivas, quando abordadas de forma abrangente, podem gerar ambientes de aprendizagem mais democráticos, culturalmente relevantes e eticamente engajados. Estratégias como ações afirmativas, formação de professores em pedagogias inclusivas, coordenação intersetorial e a incorporação do referencial de Diversidade, Equidade e Inclusão emergem como fundamentais para a transformação dos sistemas de educação em saúde. **Conclusões:** promover a equidade não é apenas um imperativo ético, mas também uma forma de fortalecer a qualidade educacional e a justiça em saúde. A diversidade estudantil, longe de ser uma dificuldade, representa uma oportunidade para reconfigurar os espaços acadêmicos rumo a uma educação verdadeiramente transformadora, sensível às diferenças e comprometida com as comunidades.

Palavras-chave: equidade educacional; inclusão social; educação em saúde; competência cultural; políticas públicas; República Dominicana

Cómo citar este artículo:

Suárez Galán AJ, Nyirimanzi T, Reyes Saldívar AH, Jiménez Quezada MA, Hilario García E. Educación superior en salud y vulnerabilidad social: análisis de barreras y políticas inclusivas. Rev Inf Cient [Internet]. 2025 [citado Fecha de acceso]; 104:e5036. Disponible en: <http://www.revinfscientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/5036>



INTRODUCCIÓN

En gran parte de América Latina la universidad funciona como un espacio donde las desigualdades sociales no solo persisten, sino que en muchos casos se acentúan. Esto ocurre de forma muy marcada en las carreras del área de salud, históricamente ligadas a grupos sociales con mayores ventajas económicas y culturales.⁽¹⁾ Para jóvenes que vienen de contextos de pobreza, exclusión o zonas apartadas, entrar a programas como Medicina, Enfermería o Bioanálisis implica enfrentar no solo exigencias académicas que ya son altas, sino también estructuras sociales rígidas que muchas veces limitan sus posibilidades, incluso antes de llegar al nivel universitario.^(2,3,4)

Diversos estudios han documentado cómo variables como el nivel de educación de los padres, el ingreso familiar o la pertenencia étnico-racial están profundamente relacionadas con las brechas de acceso a la educación superior.⁽⁵⁾ Hay evidencia, por ejemplo, de que el nivel educativo de los padres no tiene el mismo peso positivo para estudiantes de minorías étnicas que para sus pares blancos, lo que refuerza la idea de que las desigualdades no operan de forma aislada.⁽⁶⁾ Por lo que la forma en que se distribuyen los recursos (las escuelas, las viviendas, los servicios) refuerza las diferencias existentes y termina por afectar a generaciones enteras. Es una cadena, larga y difícil de romper.^(7,8)

Desde los primeros años de escolaridad, muchas niñas y niños ya experimentan desventajas acumuladas. Una educación de baja calidad, falta de recursos didácticos y tecnológicos, escasa orientación vocacional y la casi inexistente presencia de redes de apoyo emocional son apenas algunos de los elementos que configuran una realidad desigual.^(9,10) Para quienes crecen en estos entornos, pensar en llegar a una carrera universitaria en salud suele ser más una excepción que una expectativa legítima, no porque falten capacidades sino porque el camino está lleno de obstáculos que pocos pueden sortear.⁽³⁾

En ese sentido, hablar de equidad en educación no puede reducirse a contar cuántos estudiantes ingresan a la universidad. Tiene que ver también con las condiciones reales que permiten o impiden permanecer, avanzar y graduarse. La UNESCO lo señala con claridad: si la formación médica no incluye a jóvenes de diversos orígenes socioeconómicos, el sistema de salud pierde voces necesarias, miradas que entiendan mejor las complejidades sociales y culturales de los sectores históricamente ignorados. Se trata, en definitiva, de una cuestión de justicia, pero también de eficacia y pertinencia.⁽¹¹⁾

En República Dominicana se han desarrollado políticas que intentan cerrar estas brechas. La Política Educativa No. 7, integrada en el Plan Decenal de Educación 2008–2018⁽¹²⁾, propuso como uno de sus ejes principales apoyar a estudiantes de sectores vulnerables.⁽¹³⁾ Aun así, la transición desde el bachillerato hasta las carreras universitarias de salud está marcada por desigualdades profundas. Esto deja en evidencia que más allá de las normativas hay procesos estructurales que aún no se transforman del todo.

Este artículo se plantea revelar, desde una mirada crítica, cómo las condiciones estructurales y del sistema educativo impactan el acceso y la permanencia de jóvenes en situación de vulnerabilidad en programas universitarios del área de salud.

A partir del caso dominicano y de algunas experiencias latinoamericanas, se busca aportar elementos que permitan repensar las políticas públicas desde una lógica más inclusiva, más conectada con la realidad de los territorios y, sobre todo, más comprometida con la equidad educativa.

MÉTODO

Este estudio se inscribe dentro de un enfoque cualitativo, más específicamente de carácter interpretativo, orientado a revisar críticamente literatura académica y documentos de políticas públicas relacionados con la equidad y el acceso en la educación superior.^(14,15) El foco está puesto en las carreras vinculadas al área de salud, donde históricamente se han concentrado múltiples formas de exclusión. Se optó por una estrategia de revisión narrativa; lo que permitió incorporar diferentes tipos de fuentes y perspectivas, sin seguir los pasos estrictos de una revisión sistemática, pero sí con un análisis cuidadoso con claridad en los marcos teóricos que se manejan.⁽¹⁶⁾

Para organizar la revisión se definieron tres líneas temáticas centrales. Por un lado, se exploró la cuestión de la equidad en el acceso a la universidad en contextos de vulnerabilidad social. Luego se abordaron las condiciones que afectan el ingreso y la permanencia en programas de formación en salud. Y, finalmente, se analizaron las políticas públicas y normativas que rigen estos procesos, tanto en República Dominicana como en otros países de América Latina. La búsqueda de fuentes incluyó bases académicas como Redalyc, SciELO y Dialnet, pero también informes de organismos internacionales y entidades estatales, entre ellos la UNESCO, la OCDE, la OPS/PAHO y el propio Ministerio de Educación dominicano (MINERD).

El análisis de los materiales recolectados se organizó mediante categorías temáticas. Esta estrategia permitió ordenar los contenidos en función de distintos factores: estructurales, pedagógicos, económicos y socioculturales, todos ellos relevantes al momento de pensar el acceso a las carreras de salud. En paralelo, se incorporaron experiencias consideradas como buenas prácticas, muchas de ellas surgidas en otros contextos regionales, lo que ayudó a poner en perspectiva el caso dominicano dentro de un panorama latinoamericano más amplio y diverso.

Para garantizar la rigurosidad metodológica del análisis cualitativo realizado se llevó a cabo un proceso sistemático de identificación, selección y evaluación de las fuentes documentales. Se siguió un esquema adaptado del modelo PRISMA. Este proceso contempló la búsqueda inicial en bases de datos académicas y fuentes complementarias, la eliminación de duplicados, la revisión de títulos y resúmenes, así como la evaluación detallada de los textos completos. El cribado permitió excluir registros que no se alineaban con los criterios temáticos, geográficos o metodológicos definidos para este estudio. En la Tabla 1 se presenta una síntesis del flujo de selección de documentos y artículos que conformaron la base de análisis.

Tabla 1. Flujo de selección de documentos y artículos aplicado en la investigación

Fase	Descripción	Cantidad (n)
Identificación	Registros identificados mediante búsqueda en bases de datos	467
	Registros adicionales identificados por otras fuentes (manual, institucional)	12
	Total registros identificados	479
Cribado	Registros después de eliminar duplicados	297
	Registros examinados (título y resumen)	297
	Registros excluidos en esta fase (no cumplen criterios iniciales)	110
Elegibilidad	Artículos evaluados a texto completo	187
	Artículos excluidos tras evaluación completa (por calidad o relevancia)	125
Incluidos	Estudios finalmente incluidos	62

Aunque este estudio adopta una aproximación narrativa y no una revisión sistemática en sentido estricto, el diagrama tipo PRISMA ha sido adaptado para ilustrar el proceso de selección, depuración y síntesis de la literatura utilizada. Se incluyeron 62 fuentes únicas que contribuyeron directamente al análisis temático del problema.

Más allá de describir lo que dicen las fuentes, la metodología empleada tiene un propósito reflexivo. Busca ofrecer una mirada crítica que permita visibilizar no solo los avances o consensos en torno al tema, sino también las tensiones, las omisiones y las contradicciones. Todo esto desde una postura que reconoce la educación superior como un derecho y se compromete con la justicia social como horizonte político y ético de la investigación.

RESULTADOS

Barreras para el acceso y la permanencia de estudiantes vulnerables en carreras del área de la salud

El camino hacia las carreras de salud para quienes viven en condiciones de vulnerabilidad, suele estar atravesado por un conjunto de barreras que no son simples ni aisladas. Se entrelazan factores estructurales, pedagógicos, económicos y psicosociales, que juntos, forman una red persistente de obstáculos. Estas barreras no solo complican el ingreso a las universidades, sino que afectan de manera profunda el proceso de formación y, muchas veces, también la salud emocional de quienes logran acceder a espacios que demandan tanto en tan poco tiempo.

Barreras estructurales e institucionales

En las universidades persisten limitaciones importantes que afectan la inclusión real. Falta infraestructura adecuada, los servicios de apoyo son escasos y muchas veces las políticas institucionales no logran adaptarse a las necesidades concretas de estudiantes con trayectorias complejas. La carencia de servicios como salud mental, tutorías personalizadas o acompañamiento académico, por ejemplo, termina impactando con más fuerza en quienes ya llegan con desventajas acumuladas. Especialmente después de la pandemia, estos estudiantes reportan niveles más altos de ansiedad, soledad y una sensación constante de estar fuera de lugar.⁽¹⁷⁾

A todo esto, se suma que muchas de las políticas que rigen el funcionamiento institucional están desactualizadas o simplemente no contemplan realidades diversas. La falta de accesibilidad física en los campus, junto con una baja respuesta a estudiantes con discapacidades refuerza la exclusión.^(18,19) La digitalización acelerada dejó en evidencia otro problema: no todos los estudiantes tenían acceso a dispositivos, conectividad o competencias tecnológicas básicas, lo que afectó seriamente su participación en clases remotas.⁽²⁰⁾

Además, muchas veces ni siquiera se conoce la existencia de programas de apoyo: becas, ayuda psicológica, tutorías. Esto se agrava en comunidades rurales, donde hay menos acceso a la información y poca presencia institucional. Y, por si fuera poco, la precariedad de los servicios de salud en zonas fronterizas o remotas, junto con la falta de apoyo para implementar estrategias de formación colaborativa siguen siendo barreras estructurales difíciles de superar.^(21,22,23)

Barreras pedagógicas

En el plano pedagógico también hay muchas limitantes. Las carreras en salud demandan aprendizaje práctico, constante, con acompañamiento cercano. Sin embargo, las metodologías no siempre se ajustan a estudiantes que necesitan apoyo diferenciado. Hay escasa flexibilidad curricular, poco diálogo intercultural y un acompañamiento docente que muchas veces no alcanza.⁽²⁴⁾ La falta de experiencia previa con tecnologías educativas también limita el aprendizaje. Algunos estudiantes enfrentan entornos digitales sin haber tenido siquiera una computadora en casa.^(25,26)

Las instituciones tampoco logran, en general, incorporar la diversidad cultural y lingüística dentro de sus enfoques. Se presta poca atención a las formas de vida, creencias o lenguas de comunidades indígenas, migrantes o extranjeras, lo que complica su adaptación a un entorno normativo y homogéneo como suele ser el universitario, especialmente en facultades de Medicina.⁽²⁷⁾

Los profesionales de salud también se enfrentan a estas tensiones. Véliz-Rojas, *et al.*⁽²⁸⁾ muestran cómo el desconocimiento sobre los estilos de vida de pueblos indígenas y migrantes limita la atención que pueden brindar. Urrutia, *et al.*⁽²⁹⁾ lo confirman: sin una formación culturalmente pertinente, no es posible garantizar atención adecuada. En el plano educativo, Marmolejo Caicedo y Grajales Alzate⁽³⁰⁾ advierten que muchos estudiantes indígenas no logran adaptarse al lenguaje académico ni a los códigos universitarios. Hay una falta clara de adecuación institucional frente a la diversidad sociocultural. Todo esto apunta a la necesidad de avanzar hacia una formación intercultural, tanto en educación como en salud.

Barreras socioeconómicas

Las condiciones económicas son aún una de las mayores trabas para acceder y mantenerse en carreras como Medicina o Enfermería. Los costos de matrícula, materiales, transporte y alimentación se vuelven inasumibles sin becas o redes de apoyo. Pero estas redes no siempre existen. Para muchas y muchos estudiantes, estudiar implica trabajar al mismo tiempo, con jornadas que desgastan y disminuyen el rendimiento académico.^(31,32,33,34)

Esta carga económica se agudiza en casos particulares: mujeres con hijos, migrantes, estudiantes rurales. Para ellos, la universidad no es solo un reto intelectual, es una apuesta de vida que muchas veces se hace sin certeza de poder sostenerla. Además, se han documentado formas de discriminación estructural hacia estudiantes afrodescendientes, indígenas o de otras minorías, tanto en procesos de admisión como en el día a día universitario.^(35,36,37)

Barreras psicosociales y culturales

No hay que subestimar las barreras más invisibles: las psicosociales. El estigma que rodea a temas como la salud mental, la discapacidad o la pobreza hace que muchos estudiantes no pidan ayuda, incluso cuando saben que la necesitan. Hay miedo, vergüenza, desconfianza. Además, la ausencia de figuras de referencia, redes de mentoría o espacios de contención emocional alimenta el aislamiento. Facultades como las de Medicina tienden a ser jerárquicas, competitivas y poco hospitalarias con quienes no encajan en el perfil tradicional.^(17,19,38,39)

La sensación de no pertenecer es una constante. Cuando el currículo no refleja las realidades sociales del país, cuando no hay representación en el profesorado o en los contenidos, esa desconexión se acentúa. Y eso pesa. La deserción, en muchos casos, empieza como una sensación de incomodidad, de no encontrar un lugar y termina en abandono. Por eso, pensar en equidad no puede quedarse en las cifras de ingreso: hay que repensar los espacios académicos desde una lógica más humana, culturalmente relevante, emocionalmente sostenible y socialmente justa.

Tal como se muestra en la Figura 1, cada una incluye aspectos concretos: desde la falta de infraestructura y apoyo institucional, hasta la discriminación o el aislamiento emocional. Este conjunto de factores configura una realidad compleja que requiere respuestas integrales, articuladas entre políticas educativas y sanitarias, con enfoque de derechos y sensibilidad a la diversidad.

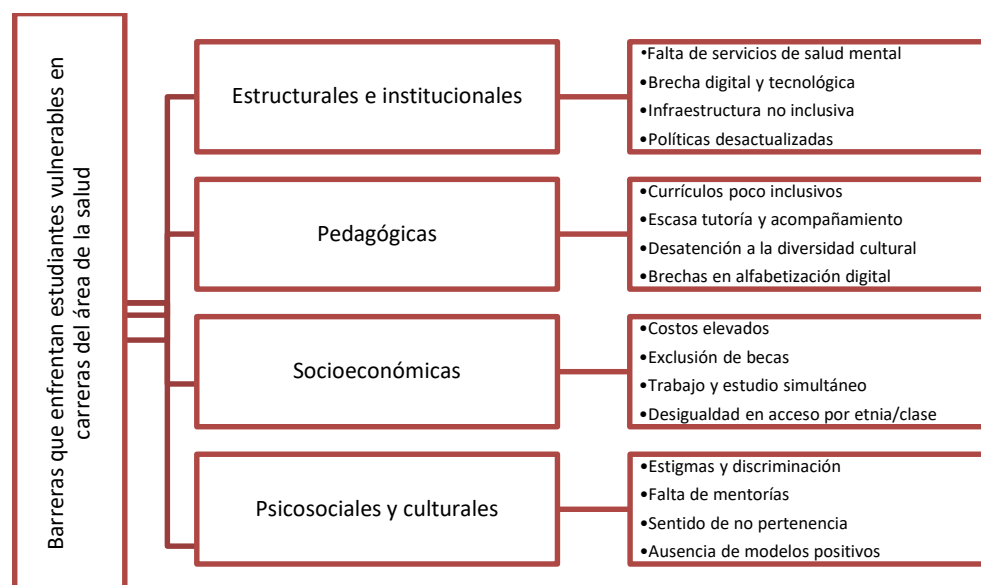


Fig. 1. Tipología de barreras que enfrentan estudiantes en situación de vulnerabilidad.

Enfoques y políticas para promover la equidad en el acceso a carreras del área de la salud

En América Latina, los intentos por reducir las desigualdades en el acceso a la universidad, especialmente en lo relacionado con las carreras del ámbito sanitario, han tomado caminos bastante diversos. Hay políticas afirmativas, estrategias de inclusión cultural, propuestas basadas en innovación pedagógica y digital, así como enfoques más amplios que vinculan distintos sectores. En República Dominicana, muchos de estos avances ya están presentes en leyes y programas específicos, aunque todavía hay estructuras rígidas que limitan su verdadero alcance, sobre todo para las poblaciones más excluidas.

Políticas afirmativas y acceso diferenciado

Uno de los enfoques que ha cobrado más relevancia en la región es el de las políticas afirmativas. Países como Brasil, México y Colombia han puesto en marcha sistemas de cuotas, becas especiales y mecanismos diferenciados de ingreso que buscan corregir desigualdades históricas. Estas medidas han sido pensadas, principalmente, para ampliar el acceso de jóvenes indígenas, afrodescendientes, migrantes o de bajos recursos.⁽⁴⁰⁾ En el caso dominicano, algunas universidades han intentado replicar estas acciones, aunque todavía predominan modelos de admisión muy competitivos, que en la práctica, excluye a los mismos de siempre.⁽⁴¹⁾

Financiamiento y apoyo institucional

Está ampliamente documentado que las becas y las ayudas económicas marcan una diferencia real en la permanencia de estudiantes en situación de vulnerabilidad. No es solo el dinero: también importa el acompañamiento institucional, los programas de mentoría y las tutorías. Techera, *et al.*⁽⁴²⁾ subrayan que ese tipo de apoyo cercano favorece el desempeño académico y reduce el abandono. En el ámbito nacional, la Estrategia Nacional de Desarrollo 2030 y algunas medidas fiscales han tenido un impacto moderado en mejorar la inclusión de mujeres y jóvenes en áreas donde históricamente no han estado representados.⁽⁴³⁾

Inclusión educativa y atención a la diversidad

Cada vez más, se reconoce la importancia de valorar la diversidad, ya sea cultural, lingüística o funcional. En países de Centroamérica y el Caribe se han impulsado reformas curriculares y programas específicos para atender a estudiantes con discapacidad o de grupos étnicos diversos. Sin embargo, los resultados siguen siendo muy dispares entre países y dentro de ellos.^(44,45) En República Dominicana, documentos como la Orden Departamental 33-2019 y el PLANEG III promueven la equidad de género como principio transversal, aunque su aplicación concreta todavía enfrenta muchas limitaciones.⁽⁴⁶⁾

En algunos espacios universitarios se han creado observatorios para monitorear la equidad de género y la inclusión. Bermúdez Rico, *et al.*⁽⁴⁷⁾ destacan cómo estas instancias pueden favorecer una cultura de rendición de cuentas. Claro, aún falta que estas prácticas se consoliden más allá de lo simbólico.

Innovaciones pedagógicas e inclusión digital

La pandemia obligó a repensar muchas cosas, entre ellas, las formas de enseñar y aprender. Algunas universidades dominicanas comenzaron a desarrollar espacios donde se fomenta el pensamiento crítico, la creatividad y el trabajo colaborativo. Estas propuestas han ayudado a generar ambientes de aprendizaje más equitativos, en especial para quienes no encajan en los moldes tradicionales.⁽⁴⁸⁾ Por otro lado, iniciativas como República Digital han intentado reducir la brecha tecnológica. Aunque se ha avanzado algo, todavía hay grupos que siguen marginados por falta de conexión, dispositivos o habilidades tecnológicas.⁽⁴⁹⁾

Una experiencia interesante ha sido la del programa HEARTS, una colaboración entre el Ministerio de Salud Pública y actores internacionales. Esta iniciativa ha facilitado el acceso libre a contenidos médicos de calidad, sobre todo en temas como hipertensión.⁽⁵⁰⁾ El problema radica en que sin formación previa en herramientas digitales el impacto de estas plataformas queda limitado. Por eso se insiste en la necesidad de combinar la digitalización con políticas de alfabetización tecnológica y con medidas que aseguren la total inclusión.

Articulación intersectorial y enfoque DEI en salud

Las políticas que cruzan los límites entre salud y educación han ganado fuerza en los últimos años. En este contexto, el enfoque EquIR propone incorporar la equidad de manera transversal en todas las etapas del diseño e implementación de políticas sanitarias. Se trata también de formar profesionales con una mirada más comunitaria, más sensible a los contextos sociales.⁽⁵¹⁾ Desde otro ángulo, Saxena, *et al.*⁽⁵²⁾ insisten en que integrar los principios de Diversidad, Equidad e Inclusión (DEI) en la educación médica es clave para responder a las desigualdades en salud. Esto requiere revisar los contenidos, las prácticas de admisión y también la cultura institucional.

Hay experiencias en Estados Unidos y Canadá donde estas ideas han tomado forma concreta: han surgido programas para aumentar la representación de grupos marginados en Medicina, Enfermería y Odontología. Y esas políticas han ido acompañadas de acciones directas contra el racismo institucional, así como de propuestas para fortalecer la competencia cultural del personal de salud.⁽⁵³⁾ Aunque el contexto latinoamericano es distinto, estas experiencias ofrecen aprendizajes valiosos.

Formación docente y liderazgo inclusivo

Un aspecto que suele quedar en segundo plano pero que es esencial, es el rol del profesorado. Formar docentes con perspectiva de equidad, derechos y género puede transformar los espacios de aprendizaje. En República Dominicana se han impulsado algunos programas de formación continua, revisión de métodos didácticos y propuestas pedagógicas más centradas en los estudiantes^(54,55,56)

A nivel regional, Bada, *et al.*⁽⁵⁷⁾ señalan que sin liderazgo inclusivo, difícilmente se puedan superar las barreras estructurales. Las políticas institucionales deben alinearse con los Objetivos de Desarrollo Sostenible, sobre todo con el ODS 4, que plantea garantizar una educación inclusiva y de calidad para todas las personas.

La diversidad de políticas y enfoques desplegados en América Latina y en República Dominicana muestra que existe una voluntad cada vez más clara de construir sistemas educativos más justos. Especialmente en lo que respecta al acceso a carreras de salud, donde las desigualdades se han naturalizado por demasiado tiempo. Aunque varían en su diseño y alcance, estas estrategias coinciden en su objetivo: cerrar las brechas estructurales a través de acciones afirmativas, apoyos económicos, innovación pedagógica y articulación entre sectores.

La Figura 2 resume estas líneas de acción, agrupadas en seis dimensiones que han sido reconocidas en la literatura y en experiencias recientes como clave para avanzar hacia una educación superior verdaderamente inclusiva en el campo de la salud.

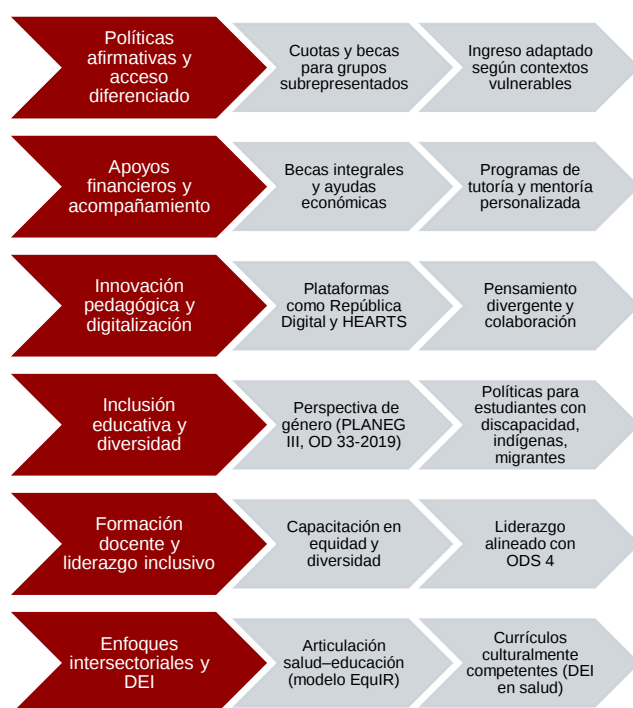


Fig 2. Enfoques y políticas para promover la equidad en el acceso a carreras del área de la salud.

Políticas inclusivas y formación transformadora de profesionales de la salud

Una política educativa realmente inclusiva no se limita a remover obstáculos para ingresar a la universidad, va más allá. Implica cambiar los espacios donde se aprende, repensar los planes de estudio, revisar cómo se relacionan las instituciones con las comunidades que las rodean. En el ámbito de la salud esto cobra aún más sentido: los profesionales que están en formación necesitan no solo conocimiento técnico, sino también sensibilidad social, compromiso ético y una comprensión real de la diversidad que existe en sus futuros pacientes. Hay consenso creciente en la literatura sobre esto. Las universidades que aplican estrategias inclusivas no solo abren puertas, también logran que sus egresados estén mejor preparados para enfrentar contextos complejos, con desigualdades que no se resuelven con procedimientos simples.^(58,59,60)

Para que haya una transformación de fondo, primero hay que asegurar que estudiantes de grupos marginados realmente puedan entrar y permanecer en la universidad. No es solo cuestión de acceso: la permanencia también cuenta. Acciones como cuotas, becas, programas de acompañamiento o la existencia de observatorios institucionales son herramientas importantes si se aplican con compromiso real. No basta con escribirlas en los documentos. Cuando funcionan bien, amplían la base social del estudiantado y permiten que perfiles diversos lleguen a las carreras sanitarias.⁽⁴⁷⁾ Y eso, a su vez, tiene un impacto en el sistema de salud: profesionales que conocen de cerca las desigualdades pueden ofrecer un cuidado más humano y más justo.

La manera en que se diseñan los planes de estudio también es clave. Si los contenidos no conectan con las realidades culturales y sociales del país, entonces difícilmente formarán personas capaces de actuar con sensibilidad y sentido crítico. Existen iniciativas que han demostrado que la inclusión de temas como justicia social, salud global, racismo estructural o discriminación no solo mejora la formación, sino que fortalece el vínculo entre el saber académico y la comunidad. Así sucedió con el programa Sanos y Fuertes, dirigido a familias latinas de bajos ingresos, donde se mostró cómo la pertinencia cultural puede transformar el proceso educativo.⁽⁶¹⁾ También importa cómo se enseña: los talleres reflexivos, los espacios de diálogo y las actividades de equidad permiten desarrollar habilidades que van más allá del conocimiento técnico. Se habla de empatía, abogacía, conciencia de los propios sesgos.^(52,60,62)

La competencia cultural ha empezado a considerarse una dimensión central en la calidad educativa. No es solo un ideal, se mide, evalúa e incorpora a los sistemas de acreditación. Y como han señalado Sharon, *et al.*⁽⁶³⁾, los instrumentos actuales reflejan esta nueva prioridad, aunque todavía hay debates sobre cómo se debe enseñar y evaluar.

Además, la incorporación de enfoques colaborativos en la formación sanitaria, como la educación interprofesional, ha abierto posibilidades para trabajar de forma más integral con las comunidades. Al compartir experiencias y responsabilidades entre distintas áreas de la salud se desarrolla una mirada más amplia y más comprometida con el bienestar colectivo.⁽²³⁾ No es solamente preparar a estudiantes para trabajar juntos, sino también para comprender que el cuidado de la salud es un esfuerzo compartido con la comunidad. Estas alianzas no solo enriquecen el aprendizaje, también aumentan la probabilidad de que los egresados vuelvan a trabajar en sus territorios, lo cual es especialmente importante en contextos rurales o desatendidos.^(64,65)

Todo esto requiere un cambio en el cuerpo docente. La formación del profesorado en temas de equidad, diversidad y pedagogía inclusiva se vuelve indispensable. Los y las docentes que logran reconocer sesgos, adaptar sus métodos y valorar la diversidad cultural, ayudan a construir entornos más seguros, donde los estudiantes no solo aprenden, sino que se sienten parte.⁽⁵⁴⁾ Y cuando eso ocurre, la retención mejora, el clima académico cambia. Aunque no es fácil. Persisten limitaciones en infraestructura, recursos y capacitación, como advierten Torres Torres y Bonilla-González⁽⁶⁶⁾, pero hay esfuerzos que muestran que se puede avanzar.

Las universidades que promueven liderazgo inclusivo, que crean espacios donde se valora la pluralidad de historias personales y trayectorias sociales, logran que el aprendizaje sea más significativo. No porque sea más fácil, sino porque se vuelve más real, más conectado con la vida de quienes estudian.

El marco DEI ha ganado terreno como una orientación integral en la formación médica. No se trata solo de aumentar la diversidad en el acceso. Es una transformación más profunda: repensar los contenidos, la evaluación, la relación con los pacientes. Experiencias en países como Brasil, Canadá y Estados Unidos muestran que cuando este enfoque se integra a los modelos de salud y educación se logran mejoras reales en los resultados sanitarios. Las desigualdades no desaparecen, pero se reducen, se enfrentan con estrategias más ajustadas a las realidades de cada grupo.^(52,67,68)

La competencia cultural, entendida como la capacidad de brindar atención respetuosa y adaptada a las diferencias sociales y culturales, mejora cuando hay formación ética, inmersión comunitaria y procesos reflexivos. No se trata solo de aprender conceptos. Se trata de cambiar actitudes, de cultivar una sensibilidad distinta, como señala Bauer & Baum.⁽⁶⁹⁾ Esto es particularmente importante en contextos donde la discriminación estructural aun genera brechas muy marcadas en salud.

Y, para finalizar, no se puede olvidar el acceso a la tecnología. El fortalecimiento de la alfabetización digital y la garantía de acceso a contenidos accesibles son condiciones que hoy definen la equidad en educación. Si una estudiante con discapacidad o un joven migrante no puede acceder a las plataformas educativas, si no entiende el lenguaje o no tiene conectividad, se reproduce la exclusión, aunque el contenido sea excelente. Las políticas deben asegurar que estas herramientas lleguen a todos y todas, sin excepción.^(70,71) Solo así será posible hablar de trayectorias educativas que sean verdaderamente justas y sostenibles.

DISCUSIÓN

Los hallazgos de este estudio muestran con suficiente claridad que las barreras que enfrentan los estudiantes en situación de vulnerabilidad para acceder y mantenerse en carreras del área de la salud no solo son numerosas y persistentes, sino que además se superponen, se refuerzan entre sí. No se trata de obstáculos aislados, sino de un entramado que actúa como una estructura excluyente desde distintos frentes. Estas barreras —pedagógicas, institucionales, socioeconómicas, psicosociales— no pueden analizarse por separado, ya que juntas contribuyen a la reproducción de desigualdades que vienen de muy atrás. Incluso cuando logran entrar a la universidad, muchos estudiantes enfrentan un camino lleno de tensiones, restricciones y desigualdades que no desaparecen con el acceso.^(17,24,31)

Desde esta mirada, pensar en equidad no puede reducirse al ingreso formal al sistema. Implica ir mucho más allá. Se habla de justicia educativa como redistribución de recursos, como reconocimiento de la diversidad y como posibilidad real de participación. Requiere transformar cómo se enseña, qué se enseña y para quién se enseña⁽⁵²⁾, porque si no se redistribuyen oportunidades y no se representan las voces diversas que habitan el sistema, entonces no se puede hablar de inclusión en sentido profundo.

La situación se vuelve todavía más compleja en las ciencias de la salud. Las exigencias académicas, la rigidez de los planes de estudio y la falta de flexibilidad institucional tienden a profundizar las diferencias de origen. Las condiciones materiales no acompañan: la infraestructura no está adaptada, los servicios de salud mental son insuficientes o inexistentes, y el acompañamiento académico personalizado continúa siendo la excepción. Todo esto no solo obstaculiza el aprendizaje, también afecta directamente el bienestar emocional de estudiantes que ya llegan con niveles altos de estrés o inseguridad.^(19,72)

Por otra parte, la pandemia dejó al descubierto una desigualdad digital que ya estaba presente, pero que durante y después del confinamiento se volvió imposible de ignorar. Falta de conectividad, carencia de dispositivos, bajo dominio de herramientas digitales: todo esto afectó más a quienes venían de zonas rurales o de hogares con menos recursos, lo que amplió mucho más la brecha.^(20,49) La digitalización, lejos de ser un igualador, profundizó las diferencias cuando no estuvo acompañada por políticas de accesibilidad y formación adecuada.

Por eso, cualquier política inclusiva que se proponga enfrentar estas desigualdades tiene que enfocarse más allá del ingreso. Tiene que garantizar trayectorias sostenibles, emocionalmente saludables, culturalmente pertinentes. Las becas, las cuotas y tutorías son pasos importantes sin duda, pero pierden fuerza si no se inscriben dentro de una transformación estructural. Si el entorno sigue siendo hostil, si la pedagogía no cambia, si los contenidos no conectan con las realidades de los estudiantes, entonces la inclusión termina siendo parcial, muchas veces simbólica.^(40,41)

Lograr una transformación educativa real implica moverse de una lógica centrada en el déficit hacia una lógica que reconozca y valore la diversidad como algo constitutivo del espacio universitario. No como una excepción que se tolera, sino como una riqueza que se incorpora de forma activa, con políticas que redistribuyan poder, recursos y legitimidad. Los contenidos curriculares deben dialogar con la vida, con las experiencias históricamente negadas, con los saberes que muchas veces no entran al aula pero que son fundamentales para el cuidado en salud.^(52,61,62,67)

Y aquí aparece otra tensión importante: el desfase entre lo que las universidades dicen y lo que realmente hacen. Muchas instituciones han adoptado discursos inclusivos, han firmado declaraciones, han creado comités o instancias para trabajar el tema. Pero al mismo tiempo, conservan estructuras rígidas, modelos de evaluación estandarizados y una lógica meritocrática que excluye, sutil pero consistentemente, a quienes no se ajustan al perfil hegemónico. Esta brecha entre el discurso y la práctica se expresa en el día a día: en los escenarios docentes, en las oficinas, en los pasillos.^(28,35)

Los estudiantes que no encuentran un espacio donde sentirse reconocidos, que enfrentan microagresiones, estigmas o simplemente indiferencia institucional, difícilmente podrán rendir académicamente en igualdad de condiciones. Y esto ocurre a pesar de los avances normativos. La transversalización del enfoque de género, la creación de observatorios de equidad, los programas de inclusión; todo eso existe, pero muchas veces sin recursos, sin seguimiento, sin una apuesta política real por el cambio.^(30,38,47)

Además, se mantiene todavía una formación docente insuficiente en estos temas. Muchos educadores no cuentan con las herramientas necesarias para trabajar la diversidad, detectar sesgos o adaptar sus métodos. Y no es solo una cuestión de capacitación técnica, es una transformación cultural. Requiere tiempo, voluntad institucional y trabajo colectivo. Sobre todo, requiere dejar de entender la equidad como un añadido y empezar a verla como un principio organizador del sistema educativo.^(54,73)

Estas tensiones se intensifican cuando se trata de las carreras del área de la salud. El currículo, en muchos casos, está profundamente normado. Predomina una lógica biomédica clásica que deja poco margen para otras formas de saber, otros enfoques, otras voces. Y eso limita tanto en lo académico como en lo social. No hay mucho espacio todavía para incluir perspectivas culturalmente pertinentes, ni para dialogar con los conocimientos comunitarios o territoriales.^(64,71) De hecho, los resultados apuntan a que, si no se revisan de manera profunda las estructuras universitarias y los valores sobre los que se sostienen, las políticas de inclusión pueden quedar en lo simbólico: acciones que lucen bien en el papel, pero que no logran alterar las jerarquías ni las relaciones de poder que atraviesan la vida universitaria.

Frente a estas limitaciones, la articulación entre los sectores salud y educación aparece como una estrategia clave, especialmente en regiones como América Latina, donde las desigualdades son tan marcadas. Las brechas territoriales, las diferencias culturales, las desigualdades en el acceso a servicios básicos se reflejan también en la distribución del personal sanitario. En este contexto, las políticas intersectoriales tienen un rol importante: permiten generar sinergias entre la formación académica y las necesidades reales de las comunidades. Ejemplos como el marco EquIR o el programa HEARTS en República Dominicana muestran que sí es posible diseñar estrategias que conecten la formación con la justicia sanitaria en el territorio^(50,51), y que esa conexión mejora la calidad de la formación, pero también su pertinencia social.

Transformar las universidades desde una lógica inclusiva también implica revisar el liderazgo, la gestión, y por supuesto, la formación del profesorado. Las instituciones que apuestan por capacitar a sus docentes en equidad, diversidad, derechos humanos y pedagogías sensibles logran construir ambientes más democráticos, más conscientes de las diferencias y, en general, más aptos para el aprendizaje colectivo.^(54,55) Los datos muestran que cuando el profesorado está preparado, puede identificar mejor las barreras invisibles, adaptarse a las necesidades del estudiantado y fomentar una participación más activa y real.⁽⁷³⁾

Además, el liderazgo inclusivo, cuando se basa en principios de justicia social y compromiso con lo comunitario puede marcar una diferencia real. No se trata solo de cambiar el lenguaje institucional, sino de orientar las decisiones hacia la equidad. Este tipo de liderazgo ha sido reconocido como un factor estratégico para reducir formas de discriminación que persisten, aunque a veces sean sutiles, y para fomentar la permanencia de estudiantes que de otra forma, no lograrían mantenerse en el sistema.⁽⁵⁷⁾

En esta línea de pensamiento, el marco DEI se ha convertido en una referencia cada vez más fuerte dentro de la educación médica. En países como Canadá o Estados Unidos, su incorporación transversal ha dado resultados concretos: no solo en términos de representación estudiantil, sino también en la calidad de la atención que se brinda a comunidades marginadas.^(52,67)

Por su parte, en América Latina, estos enfoques aún están en sus primeros pasos, pero hay señales claras de que pueden convertirse en herramientas potentes para transformar tanto la formación como la práctica profesional. De hecho, modelos como los que se han desarrollado en Brasil, orientados hacia la inclusión cultural en salud, han tenido impactos positivos en poblaciones indígenas y afrodescendientes. Esto refuerza la necesidad de incorporar esas experiencias a los procesos de formación.⁽⁶⁸⁾

Otro componente que se vuelve cada vez más central es la competencia cultural, no es un accesorio, se trata de una capacidad fundamental: ofrecer atención que sea respetuosa, adaptada, atenta a las diferencias culturales, étnicas y sociales. La evidencia sugiere que esta competencia no se enseña solo con teoría. Se fortalece con prácticas de inmersión, con talleres de reflexión crítica, con mecanismos de evaluación que inviten a mirar hacia dentro, a reconocer los propios prejuicios, a cultivar una ética del cuidado que se base también en la humildad.⁽⁶⁹⁾ En contextos donde la diversidad atraviesa todas las dimensiones de la vida social, esta formación no es opcional: es una necesidad estructural.

Y tampoco puede dejarse de lado la dimensión digital. El acceso a tecnologías educativas, a bibliografía actualizada, a entornos virtuales interactivos forma parte de la experiencia formativa en salud. Pero si las condiciones de acceso son desiguales, si no hay conectividad, si no se enseña cómo usar las herramientas, la brecha se amplía. La alfabetización digital, en este sentido, se vuelve una pieza central en cualquier política de inclusión. No basta con distribuir dispositivos. Se necesita asegurar que estudiantes rurales, migrantes o con discapacidad puedan usar esos recursos en condiciones reales de equidad.^(49,70,71)

Los distintos ejes discutidos a lo largo del análisis permiten visualizar una propuesta integradora. Un modelo conceptual que articula las políticas inclusivas con los procesos de formación en salud desde una lógica transformadora. Este modelo se sostiene en cinco dimensiones clave: el acceso y la permanencia de estudiantes vulnerables, la pertinencia cultural del currículo, el desarrollo docente, la articulación intersectorial y la inclusión digital. En conjunto, configuran un marco estratégico que busca formar profesionales no solo técnicamente competentes, sino éticamente implicados y socialmente representativos.

La Figura 3 sintetiza gráficamente esta propuesta. Se destaca cómo estas dimensiones se conectan para responder de manera coherente a contextos marcados por alta diversidad y desigualdad estructural.

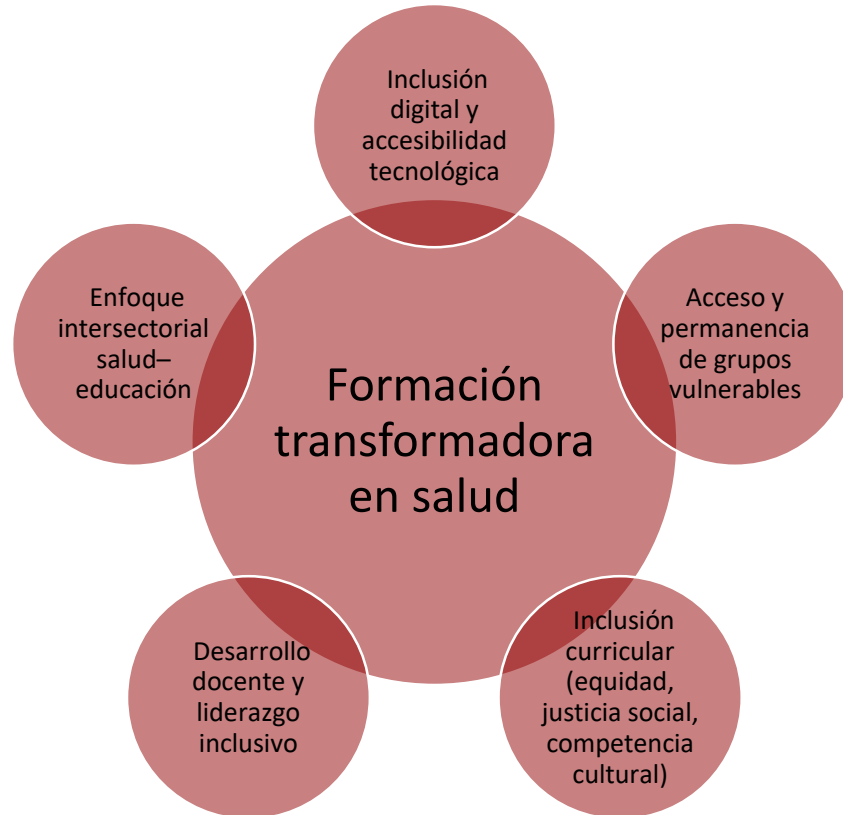


Fig. 3. Modelo integrador de equidad en la formación de profesionales de la salud.

CONCLUSIONES

Las barreras que dificultan el ingreso y la permanencia de estudiantes en situación de vulnerabilidad en las carreras de salud son multidimensionales: se entrecruzan factores estructurales, pedagógicos, institucionales y culturales que refuerzan la desigualdad, especialmente para jóvenes de zonas rurales, pueblos originarios, comunidades racializadas, personas con discapacidad o en contextos de precariedad social. Superar esta realidad exige una transformación integral centrada en la equidad, más allá de programas aislados, sustentada en políticas inclusivas que reconozcan la diversidad como parte esencial del aprendizaje y que articulen acciones afirmativas, contenidos de justicia social, competencia cultural y liderazgo inclusivo.

El enfoque de DEI se presenta como guía estratégica para rediseñar la formación en salud, orientándola hacia profesionales culturalmente competentes y comprometidos con la realidad social. Esto implica voluntad institucional sostenida, formación docente continua, evaluación rigurosa y una crítica activa de los modelos normativos vigentes. Garantizar la equidad en el acceso y la permanencia no solo responde a la justicia educativa, sino a una responsabilidad ética con el derecho a la salud y la dignidad de los territorios excluidos; las universidades, como instituciones públicas, deben liderar la democratización del conocimiento y la creación de entornos donde todas las personas puedan aprender, aportar y crecer en igualdad de condiciones.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Tôrres Oliveira EC, Prado Louvison MC, De Oliveira Duarte YA, Bof de Andrade F. Socioeconomic inequalities related to perceived difficulty in accessing health services among older adults: A cross-sectional analysis of SABE Study Data. PLoS ONE [Internet]. 2025 [citado 4 Abr 2025]; 20(5):e0322333. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0322333>
2. Valdivieso Delgado K, Vivas Paspuel DA, Carrión Berrú CB, Reyes Masa BDC. Educación inclusiva en América Latina: trayectorias de una educación segmentada. Rev Cienc Soc [Internet]. 2022 [citado 4 Abr 2025]; 28(Esp. 5):18-35. DOI: <https://doi.org/10.31876/rcs.v28i.38142>
3. Cruz-Picón PE, Hernández-Correa LJ. La educación inclusiva en la escuela contextualizada desde la pandemia. Cult Educ Soc [Internet]. 2022 [citado 4 Abr 2025]; 13(1):255-268. DOI: <https://doi.org/10.17981/culteducsoc.13.1.2022.15>
4. Rivas Peña MM, Jiménez Mena CM, Contreras Tejeda MJ. Estudio Situación de la primera infancia en la República Dominicana. Oficina Nacional de Estadística. [Internet]. 2025 [citado 4 Abr 2025]. Disponible en: <https://one.gob.do/media/acmfu04g/estudio-situaci%C3%B3n-de-la-primera-infancia-en-la-republica-dominicana.pdf>
5. Boyce S, Bazargan M, Caldwell C, Zimmerman M, Assari S. Parental educational attainment and social environment of urban public schools in the U.S.: blacks' diminished returns. Children [Internet]. 2020 [citado 4 Abr 2025]; 7(5):44. DOI: <https://doi.org/10.3390/children7050044>
6. Assari S, Caldwell C, Bazargan M. Parental educational attainment and black-white adolescents' achievement gap: blacks' diminished returns. Open J Soc Sci [Internet]. 2020 [citado 4 Abr 2025]; 8(3):282-297. DOI: <https://doi.org/10.4236/jss.2020.83026>
7. Montes López V. Socioeconomic Inequalities in Health: A Challenge for Equity. Rev Veritas Difus Cient [Internet]. 2023 [citado 4 Abr 2025]; 4(1):18-29. DOI: <https://doi.org/10.61616/rvdc.v4i1.35>
8. Rossen LM, Pollack KM. Making the connection between zoning and health disparities. Environ Justice [Internet]. 2012 [citado 4 Abr 2025]; 5(3):119-127. DOI: <https://doi.org/10.1089/env.2011.0037>
9. Asitimbay Yumancela BJ. La pobreza como factor sociocultural en el proceso de aprendizaje de los estudiantes de BGU del colegio de bachillerato Chambo, 2023 [Tesis] Riobamba: Universidad Nacional de Chimborazo; 2024. Disponible en: <http://dspace.unach.edu.ec/handle/51000/13604>
10. Ministerio de Educación de la República Dominicana. Informe sobre la calidad educativa en comunidades vulnerables. MINERD [Internet]. 2023. Disponible en: <https://solidaridad.do/wp-content/themes/soli/docs/Calidad-Educativa-en-la-Rep%C3%ABlica-Dominicana---Retos-y-Desaf%C3%ADos-2024.pdf>
11. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. Global Education Monitoring Report: Inclusion and Education. UNESCO [Internet]. 2022. Disponible en: <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000382498>
12. Ministerio de Educación de la República Dominicana. Plan Decenal de Educación

- 2008–2018. MINERD [Internet]. 2023. MINERD [Internet]. 2008. Disponible en: <https://www.ministeriodeeducacion.gob.do/docs/plan-estrategico/plan-decenal.pdf>
13. Iniciativa Dominicana por una Educación de Calidad. Informe anual de seguimiento y monitoreo 2023: Apoyo a poblaciones en situación de vulnerabilidad. IDEC [Internet]. 2023. Disponible en: <https://idec.edu.do/uploads/publicaciones/i-dec-informe-2023.pdf>
 14. Román-Acosta D. Terminology in qualitative research methodology. Semin Med Writ Educ [Internet]. 2024 [citado 4 Abr 2025]; 3:655. DOI: <https://doi.org/10.56294/mw2024655>
 15. Sánchez Carrera DR, de la Cruz Hernández R, López Hernández L del C, Román-Acosta D. Fundamentals and applications of research methodology: Approaches, phases and scientific validity. Semin Med Writ Educ [Internet]. 2023 [citado 4 Abr 2025]; 2:158. DOI: <https://doi.org/10.56294/mw2023158>
 16. Román-Acosta D. Rediseñar la revisión sistemática: hacia una síntesis crítica y útil para la transformación educativa. RCCC [Internet]. 2025 [citado 4 Abr 2025]; 3(6):1-15. Disponible en: https://uptvallesdeltuy.com/ojs/index.php/revista_criticaconciencia/article/view/155
 17. Hyseni Duraku Z, Davis H, Arënliu A, Uka F, Behluli V. Overcoming mental health challenges in higher education: a narrative review. Front Psychol [Internet]. 2024 [citado 4 Abr 2025]; 15. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1466060>
 18. Nash R, Conner B, Fellows K, Clemmensen B, Gullickson R, Goldrup S. Barriers in medical education: a scoping review of common themes for medical students with disabilities. Research Square [Preimpresión]. 2022 [citado 4 Abr 2025]. DOI: <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-1401911/v1>
 19. Claricoats L. Barriers into Higher Education for disabled students. [Internet]. 2024 [citado 4 Abr 2025]; Sheffield Hallam University Research Archive. DOI: https://doi.org/10.7190/steer/barriers_disabled_students
 20. Gineikytė-Kanclerė V, Klimavičiūtė L, Schito M. The effects of restricted access to healthcare and education on vulnerable people: an analysis of the determinants of health and education outcomes during the COVID-19 pandemic. Research Square [Preimpresión]. 2022 [citado 4 Abr 2025]. DOI: <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-2275590/v1>
 21. Ríos-González CM. Salud en la frontera: desafíos y oportunidades para el bienestar de las comunidades fronterizas. Med Clín Soc [Internet]. 2024 [citado 4 Abr 2025]; 8(1):124-128. DOI: <https://doi.org/10.52379/mcs.v8i1.323>
 22. Cordeiro Fernandes PC, Alves da Silva SM, Rocha Santos P, dos Santo Pereira EM, Bezerra Wanderley Y, de Moura-Ferreira MC, et al. Avances recientes en la salud pública para las poblaciones indígenas en Brasil: una revisión narrativa. CLCS [Internet]. 2024 [citado 4 Abr 2025]; 17(8):e9241. DOI: <https://doi.org/10.55905/revconv.17n.8-105>
 23. Parada Baños AJ. Educación interprofesional y práctica colaborativa: estrategias para transformar un sistema de salud. Rev Salud Pública (Bogotá) [Internet]. 2024 [citado 4 Abr 2025]; 26(3):1-7. DOI: <https://doi.org/10.15446/rsap.v26n3.114943>
 24. Woldegiorgis ET, Chiramba O. Access and success in higher education: fostering resilience in historically disadvantaged students in South Africa. J Appl Res High Educ [Internet]. 2025 [citado 4 Abr 2025]; 17(2):759-771. DOI: <https://doi.org/10.1108/jarhe-05-2023-0217>

25. Forde C, OBrien A. A literature review of barriers and opportunities presented by digitally enhanced practical skill teaching and learning in health science education. *Med Educ online* [Internet]. 2022 [citado 4 Abr 2025]; 27(1):2068210. DOI: <https://doi.org/10.1080/10872981.2022.2068210>
26. Regmi K, Jones L. A systematic review of the factors – enablers and barriers – affecting e-learning in health sciences education. *BMC Med Educ* [Internet]. 2020 [citado 4 Abr 2025]; 20:91. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12909-020-02007-6>
27. Sankar Ghosh S. Navigating educational inequities in the USA: A statistical analysis of socio-economic and cultural barriers faced by young adults in formal education. *Stud Educ Adults* [Internet]. 2024 [citado 4 Abr 2025]; 56(2):158-176. DOI: <https://doi.org/10.1080/02660830.2024.2397824>
28. Veliz-Rojas L, Bianchetti-Saavedra AF, Silva-Fernández M. Competencias interculturales en la atención primaria de salud: un desafío para la educación superior frente a contextos de diversidad cultural. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2019 [citado 4 Abr 2025]; 35(1). DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00120818>
29. Urrutia C, Correa-Matus E, Cabieses Valdés B, Obach A. ¿Qué es lo cultural del encuentro intercultural de atención de salud de poblaciones migrantes internacionales en Chile? Algunas reflexiones antropológicas. *Cuhsa* [Internet]. 2022 [citado 4 Abr 2025]; 32(1):493-513. DOI: <https://doi.org/10.7770/cuhsa-v32n1-art2408>
30. Marmolejo Caicedo M, Grajales Alzate R. Escritura académica de estudiantes indígenas en la universidad. *Bol Redipe* [Internet]. 2021 [citado 4 Abr 2025]; 10(12):113-138. DOI: <https://doi.org/10.36260/rbr.v10i12.1573>
31. Gucciardi E, Merzaian A, Muck M, Zhao J, McDowell A, Caulford P, et al. The barriers to healthcare access and their impact on health outcomes for people medically uninsured in Canada: A scoping review. *Int Health Trends & Persp* [Internet]. 2023 [citado 4 Abr 2025]; 3(1). DOI: <https://doi.org/10.32920/ihtp.v3i1.1718>
32. Raghav SV, SM P. The role of socioeconomic factors in shaping health outcomes among vulnerable populations. *SEEJPH* [Internet]. 2024 [citado 4 Abr 2025]; 25(S1):1422–1432. DOI: <https://doi.org/10.70135/seejph.vi.2086>
33. Decierdo AES, Hecole C-RG, Villanueva KM, Pajo MB, Taja-on EP. Beyond circumstances: exploring the socioeconomic barriers in pursuit of education. *J Rural Sociol Microfinance Poverty Stud* [Internet]. 2024 [citado 4 Abr 2025]; 1(1):16–24. DOI: <https://doi.org/10.54536/jrsmpps.v1i1.3171>
34. Andayani Q, Koesbardiati T, Sujoso AD, Laksono AD. The barrier to access health insurance for maternity care: Case study of female workers in Indonesia. *MLU* [Internet]. 2021 [citado 4 Abr 2025]; 21(2):926-932. DOI: <https://doi.org/10.37506/MLU.V21I2.2802>
35. Soucy DN, Wieman C. Where are you from? Reframing facilitated admissions policies in the Faculty of Health Sciences. *Aborig Policy Stud* [Internet]. 2020 [citado 4 Abr 2025]; 9(1). DOI: <https://doi.org/10.5663/aps.v9i1.29359>
36. Belando-Montoro MR, Naranjo-Crespo M, Carrasco-Temiño MA. Barriers and facilitators to the retention and participation of socially, economically, and culturally disadvantaged university students. An international systematic review. *IJER* [Internet]. 2022 [citado 4 Abr 2025];

- 113(101968). DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ijer.2022.101968>
37. Fuentes A, López MJ, Piccioni R, Merlo ML, López Vernengo A. Análisis de la equidad educativa: resultados de ingreso, egreso y demora en las carreras de salud y su relación con las variables socioeducativas. *Educ Méd [Internet]*. 2023 [citado 4 Abr 2025]; 24(6):100853. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.edumed.2023.100853>
38. Berry YD. The Role of Higher Education and Peer Mentoring in Student Success. En: S. Johnson (Ed.), *Examining Social Change and Social Responsibility in Higher Education* (pp. 50-56). IGI Global Scientific Publishing; 2020. <https://doi.org/10.4018/978-1-7998-2177-9.ch004>
39. Xie Y, Fadahunsi KP, Flynn P, Taylor-Robinson S, Gallagher J, Cullen W, O'Donoghue J Barriers and Facilitators of International Health Care Students' Well-Being in Higher Education: Protocol for a Systematic Integrative Review. *JMIR Res Protoc [Internet]*. 2024 [citado 4 Abr 2025];13: 59927. DOI: <https://doi.org/10.2196/59927>
40. Balán J. Expanding Access and Improving Equity in Higher Education: The National Systems Perspective. En: Schwartzman S. (eds) *Higher Education in Latin America and the Challenges of the 21st Century*. Springer; 2020. DOI: https://doi.org/10.1007/978-3-030-44263-7_5
41. Aquino Zúñiga SP, García Martínez V, Palmeros y Ávila G. Atención a grupos vulnerables e indicadores de equidad en educación superior: caso de una universidad pública en el sureste mexicano. *Dilemas Contemp Educ Política Valores [Internet]*. 2020 [citado 4 Abr 2025]; 7(2). DOI: <https://doi.org/10.46377/DILEMAS.V32i1.1995>
42. Tejera Techera A, Questa-Tortero M, Cabrera Borges C. Development and quality management to achieve equity in Higher Education: Policies and tools. *J Lat Am Educ [Internet]*. 2022 [citado 4 Abr 2025]; 22(5):2038-2050. DOI: <https://doi.org/10.1080/15348431.2022.2084097>
43. Caceres LR. Fiscal policy, quality of education, and economic growth in the Dominican Republic. *Int J Econ Finance [Internet]*. 2023 [citado 4 Abr 2025]; 15(10). DOI: <https://doi.org/10.5539/ijef.v15n10p57>
44. Caballeros M, Bran J, Castro G. Inclusive education in Central America and the Caribbean (CA-DR). *Oxford Research Encyclopedia of Education*; 2020 [citado 4 Abr 2025]. DOI: <https://doi.org/10.1093/ACREFORE/9780190264093.013.1273>
45. Torres Escobar AC. Subjectivities, diversity, and interculturality in the Mexican and Colombian education system. *Universal J Educ Res [Internet]*. 2021 [citado 4 Abr 2025]; 9(1):208-221. DOI: <https://doi.org/10.13189/UJER.2021.090123>
46. Pérez Mejía MA, Rodríguez YR. Educación con perspectivas de género en la educación superior en República Dominicana: avances y desafíos. *Pedag Constell [Internet]*. 2024 [citado 4 Abr 2025]; 3(2). DOI: <https://doi.org/10.69821/constellations.v3i2.63>
47. Bermúdez Rico RE, Melo Morales PJ, Cardona Saldarriaga AM. Observatorios para la equidad de género y diversidades en instituciones de educación superior en Colombia. *Lat Am Educ Estud [Internet]*. 2021 [citado 4 Abr 2025]; 17(1):224-243. DOI: <https://doi.org/10.17151/rlee.2021.17.1.11>
48. Montaña Medina GA. The influence of divergent thinking and creative personality on the quality of scientific production and

- innovation in a Dominican University. bioRxiv [Preimpresión]. 2024 [citado 4 Abr 2025]. DOI: <https://doi.org/10.1101/2024.11.27.625611>
49. Diaz K. COVID-19 and digital learning in the Dominican Republic: Implications for marginalized communities. *Curr Issues in Comp Educ* [Internet]. 2021 [citado 4 Abr 2025]; 23(2). DOI: <https://doi.org/10.52214/cice.v23i2.8560>
50. Batista V, Rodríguez Y, Estepan T, De la Rosa A. Desarrollo de capacidades en salud a través de la Iniciativa HEARTS en República Dominicana. *Rev Panam Salud Pública*. [Internet]. 2024 [citado 4 Abr 2025]; 48:e110. DOI: <https://doi.org/10.26633/rpsp.2024.110>
51. Warner ET, Huguet N, Fredericks M, Gundersen D, Nederveld A, Brown MC, et al. Advancing health equity through implementation science: identifying and examining measures of the outer setting. *Soc Sci Med* [Internet]. 2023 [citado 4 Abr 2025]; 331:116095. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2023.116095>
52. Saxena R, Ridi IN, Carnewale K. Towards inclusive excellence: Advancing diversity and equity in Medical Education. *Int J Res Publ Semi* [Internet]. 2023 [citado 4 Abr 2025]; 14(4). DOI: <https://doi.org/10.36676/jrps.2023-v14i4-026>
53. Sepúlveda MJ, Villarruel AM, Amaro HA. Achieving latino equity in Medicine, Nursing, and Dentistry Education: accelerating the path forward. *NAM Perspectives. Commentary, National Academy of Medicine, Washington, DC*; 2022 [citado 4 Abr 2025]. DOI: <https://doi.org/10.31478/202205a>
54. Pacheco-Salazar B, Amiama-Espailat C. Perfil lector de docentes de los primeros grados y sus conocimientos sobre la enseñanza de lectoescritura inicial. *Rev Educación* [Internet]. 2022 [citado 4 Abr 2025]; 46(2):67-83. DOI: <https://doi.org/10.15517/revedu.v46i2.47918>
55. Cavani M. Una propuesta para los procesos didácticos en la especialidad de matemática del nuevo currículo en la república dominicana en las tres dimensiones. *Revie* [Internet]. 2021 [citado 4 Abr 2025]; 8(2):68-84. DOI: <https://doi.org/10.47554/revie2021.8.24>
56. Cavani M. Un modelo epistemológico de referencia en torno al problema didáctico del nuevo currículo para la formación de profesores de matemáticas en la República Dominicana. *Revie* [Internet]. 2022 [citado 4 Abr 2025]; 9(2):7-28. DOI: <https://doi.org/10.47554/revie.vol9.num2.2022.pp7-28>
57. Bada GM, Adedayo OF, Olufemi OI. Fostering educational equity through leadership and policy innovations for sustainable development in higher education. *Int J Front Resn Multidiscip Stud* [Internet]. 2024 [citado 4 Abr 2025]; 4(1):35-44. DOI: <https://doi.org/10.56355/ijfrms.2024.4.1.0031>
58. Okonofua S, Rosenfeld A, Segall R, Leeies M, Yan M, Haw J, et al. Advancing a more inclusive blood and transplant system for marginalized group: Development and evaluation of a transfusion medicine health equity and advocacy curriculum. *Blood* [Internet]. 2023 [citado 4 Abr 2025]; 142(1):5047. DOI: <https://doi.org/10.1182/blood-2023-185491>
59. Shopo KD, Nuuyoma V, Chihururu L. Enhancing Cultural competence in undergraduate nursing students: An integrative literature review of strategies for institutions of Higher Education. *J Transcult Nurs* [Internet]. 2024 [citado 4 Abr 2025];

- 36(4). DOI: <https://doi.org/10.1177/10436596241301407>
60. Oliver L, Bell SB, Jarsaw C, Peake I, Kohli S, Forst E, et al. Student-led symposium on patient-centered reproductive healthcare. EfH [Internet]. 2024 [citado 4 Abr 2025]; 37(4): 396–401. DOI: <https://doi.org/10.62694/efh.2024.145>
61. Frank GC, Centinaje E, Gatdula N, Garcia M, Nguyen-Rodriguez ST, Bird M, et al. Culturally relevant Health Education: A foundation for building cultural competence of health professionals. CJHP [Internet]. 2021 [citado 4 Abr 2025]; 19(1):13–21. DOI: <https://doi.org/10.32398/CJHP.V19I1.2643>
62. Medvide MB. Teaching Cultural competence and social justice in a mental health counseling graduate course: Reflection and review of the literature. JSACP [Internet]. 2022 [citado 4 Abr 2025]; 4(1):94–105. DOI: <https://doi.org/10.33043/jsacp.14.1.94-105>
63. Sharon EC, Lauren JJ, Jordan RC, Abby AK, Sharon KP, Melody R, et al. A systematic review of global health assessment for education in healthcare professions. Ann Glob Health [Internet]. 2022 [citado 4 Abr 2025]; 88(1):1. DOI: <https://doi.org/10.5334/aogh.3389>
64. Dongarwar D, Adu-Gyamfi S, Malmberg E, Salihu H. Fifth annual summer research summit on health equity organized by the Center of Excellence in Health Equity, Training and Research, Baylor College of Medicine, Houston, Texas 77030, USA on May 17, 2022. Int J MCH AIDS [Internet]. 2022 [citado 4 Abr 2025]; 11(1):1-71. DOI: <https://doi.org/10.21106/ijma.596>
65. Castañeda Gómez MM, Dávila Cañas L, Correa González AJ, Correa Restrepo A, Usuga Guisao O. Liderazgos comunitarios de mujeres y expresiones de la incidencia política en la subregión de Urabá. El Ágora USB [Internet]. 2023 [citado 4 Abr 2025]; 23(1): 83–100. DOI: <https://doi.org/10.21500/16578031.6177>
66. Torres Torres ME, Bonilla-González GP. Políticas, cultura y prácticas inclusivas en los docentes de la facultad de salud. Rev Cient Arbit Cienc Soc Trab Soc Tejedora. [Internet]. 2025 [citado 4 Abr 2025]; 8(18):140–154. DOI: <https://doi.org/10.56124/tj.v8i17ep.009>
67. Youmans QR, Maldonado ME, Essien UR, Lupton KL. Building inclusion and belonging in training environments. J Grad Med Educ [Internet]. 2022 [citado 4 Abr 2025]; 14(3): 333–334. DOI: <https://doi.org/10.4300/jgme-d-22-00307.1>
68. Uwuseba O. Advancing health equity: a research review on culturally inclusive healthcare models for marginalised populations. IJRSI [Internet]. 2025 [citado 4 Abr 2025]; 12(2). DOI: <https://doi.org/10.51244/ijrsi.2025.12020018>
69. Bauer BC, Baum N. Cultural competency in healthcare. AAPL [Internet]. 2022 [citado 4 Abr 2025]; 9(1):52–57. DOI: <https://doi.org/10.55834/plj.4501273868>
70. Staccini P, Lau A. Consuming health information and vulnerable populations: factors of engagement and ongoing usage. Yearbook of Medical Informatics [Internet]. 2022 [citado 4 Abr 2025]; 31:173-180. DOI: <https://doi.org/10.1055/s-0042-1742549>
71. Burke C. Diversity and inclusion: addressing underrepresentation of students with disabilities in health care education. JPAE [Internet]. 2020 [citado 4 Abr 2025]; 30(1):61–63. DOI: <https://doi.org/10.1097/JPA.0000000000000244>
72. Ortiz-Alvarez O, Cozzi R, Blackburn H, Marmura H. 4 Adolescents identifying their barriers to access mental health and addiction services in a small Rural Canadian Town. PCH [Internet]. 2023 [citado 4 Abr

2025]; 28(1):2. DOI:

<https://doi.org/10.1093/pch/pxad055.004>

73. Denisova O, Lekhanova O, Gudina T.
Inclusive culture as an indicator of the
readiness of university specialists to support

inclusive higher education. Psihol Nauka
Obraz [Internet]. 2023 [citado 4 Abr 2025]
28(6):82–92. DOI:

<https://doi.org/10.17759/pse.2023280608>

Declaración de conflictos de intereses:

Las autoras declaran que no existen conflictos de intereses.

Contribución de los autores:

Altagracia Josefina Suárez Galán: conceptualización, curación de datos, análisis formal, investigación, metodología, supervisión, validación, visualización, redacción del borrador original, redacción, revisión y edición del artículo.

Theogene Nyirimanzi: curación de datos, análisis formal, investigación, supervisión, validación, visualización, redacción del borrador original, redacción, revisión y edición del artículo.

Ana Hilda Reyes Saldívar: curación de datos, análisis formal, investigación, metodología, validación, visualización, redacción, revisión y edición del artículo.

María Altagracia Jiménez Quezada: conceptualización, curación de datos, análisis formal, investigación, metodología, visualización, redacción, revisión y edición del artículo.

Estefanía Hilario García: conceptualización, curación de datos, análisis formal, investigación, metodología, redacción del borrador original, redacción, revisión y edición del artículo.

Financiación:

No se recibió financiación para el desarrollo del presente artículo.