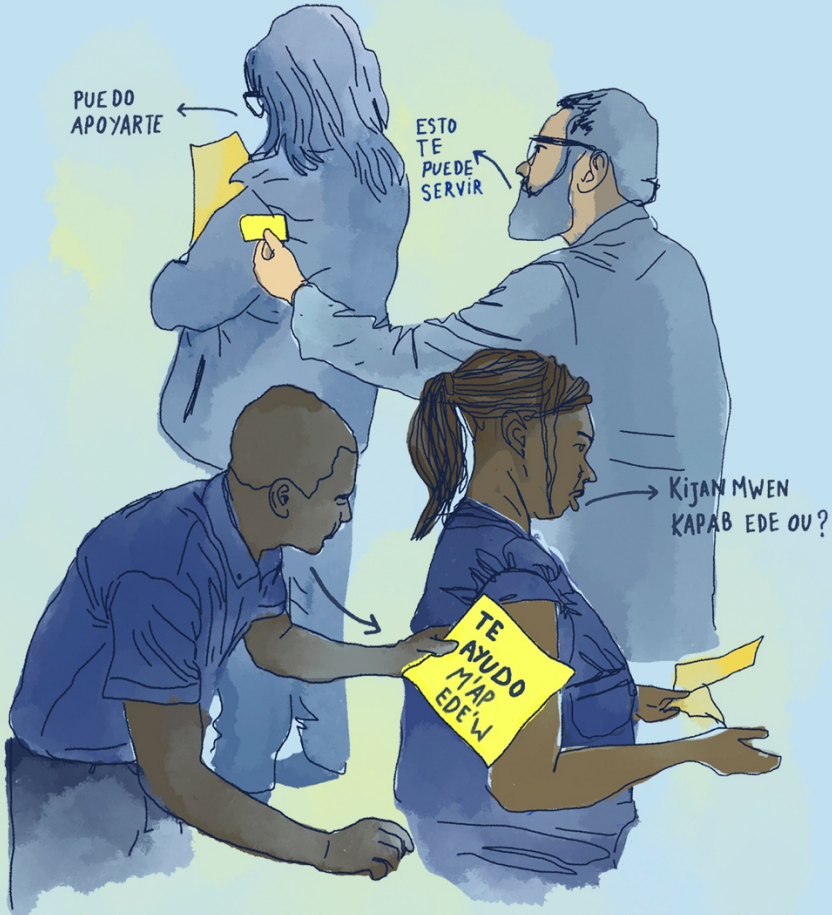


Cuidar desde la diversidad:

testimonios de facilitadores y anfitriones interculturales migrantes en el sistema de salud chileno

Editores:
Gonzalo Peña, Báltica Cabieses, Antonia Roberts

Facultad de Medicina
Universidad del Desarrollo
CeSGI
Centro de Salud Global Intercultural
Center for Global Intercultural Health
Facultad de Medicina
Clínica Alemana - Universidad del Desarrollo
SEREMI
Región Metropolitana
Ministerio de Salud
Agencia Nacional de Investigación y Desarrollo
Ministerio de Ciencia, Tecnología, Conocimiento e Innovación
Gobierno de Chile
Servicio de Salud Metropolitano Norte
Ministerio de Salud
Gobierno de Chile

Cuidar desde la diversidad:

testimonios de facilitadores y anfitriones interculturales migrantes en el sistema de salud chileno

Cuidar desde la diversidad: testimonios de facilitadores y anfitriones interculturales migrantes en el sistema de salud chileno
Centro de Salud Global Intercultural, Facultad de Medicina Clínica Alemana, Facultad de Psicología, Universidad del Desarrollo, Santiago, Chile.
SEREMI de Salud de la Región Metropolitana.
Servicio de Salud Metropolitano Norte.
Editores:
Gonzalo Peña, Báltica Cabieses, Antonia Roberts.
Santiago – diciembre de 2025.

ANITTA BRETT

Diseño e Ilustraciones: Ana Brett
Diagramación: Ana Brett
Imagen de cubierta: Ana Brett

ISBN DIGITAL 978-956-374-107-0
ISBN IMPRESO 978-956-374-106-3

Agencia Nacional de Investigación y Desarrollo
Ministerio de Ciencia, Tecnología, Conocimiento e Innovación
Gobierno de Chile

ANID, Subdirección de Investigación Aplicada, FONIS SA25I0155.
ANID, Subdirección de Investigación Aplicada, Fondecyt Regular 1201461.

Cuidar desde la diversidad:

testimonios de facilitadores y anfitriones interculturales migrantes en el sistema de salud chileno

Editores:
Gonzalo Peña, Báltica Cabieses,
Antonia Roberts

ANID, Subdirección de Investigación Aplicada, FONIS SA25I0155.

Agradecimientos

A cada facilitador y facilitadora que aportó con su testimonio, y a todos y todas quienes, día a día, realizan este aporte al sistema de salud en Chile.
A cada autor que colaboró con sus capítulos.
A Marcela Martínez del Servicio de Salud Metropolitano Norte, por su colaboración, trabajo y compromiso en la ejecución del libro.

Índice

Prólogo 1……**11**
Prólogo 2……**15**
Introducción……**19**

Capítulo 1: Conceptos de cultura, modelos de gestión de la diversidad cultural y su aplicación en el sistema de salud chileno con foco en personas migrantes internacionales ……**23**

Capítulo 2: Figura y rol de facilitadores y mediadores interculturales en el sistema de salud chileno para la atención a personas migrantes internacionales ……**47**

Capítulo 3: Testimonios de facilitadores y anfitriones interculturales……..**71**

Capítulo 4: Lenguaje, cultura y comunicación en salud: el poder de la palabra ……**137**

Capítulo 5: Aportes de este libro testimonial sobre anfitriones, facilitadores y mediadores interculturales para poblaciones migrantes al sistema de salud chileno ……**157**

Epílogo: Construyendo Puentes: Hacia una Interculturalidad Viva en Salud ……**181**

Acerca de los autores……**185**

Prólogo 1

Caterine Galaz

La intensificación de las movilidades a nivel mundial pone de relieve la importancia estructural de que los sistemas de salud desarrollen propuestas que atiendan a la diversidad cultural que caracteriza cada vez a nuestros Estado-Nación. Ya no es una excepcionalidad, sino una característica intrínseca de nuestras sociedades y, por tanto, nos obliga a re-pensar los modelos de cuidado y salud. En esta idea es fundamental resituar a la interculturalidad, la transculturalidad y la humanización de la atención como marcos analíticos indispensables para favorecer dispositivos institucionales que sean capaces de responder a contextos tan complejos y diversos.

Este libro contribuye a ello ya que permite resituar las figuras de facilitadores/as y mediadores/as interculturales, a partir de evidencia situada sobre el funcionamiento cotidiano de sus acciones dentro del sistema de salud chileno. La propuesta de este libro nos permite comprender cómo se traducen, negocian o tensionan los principios normativos generales con las prácticas concretas en los centros de salud; y también nos ayuda a visualizar los acoplamientos y/o fricciones entre el diseño y la experiencia directa. De esta manera, el libro nos abre posibilidades de cambio y de transformación sobre las condiciones materiales, culturales y organizacionales necesarias para hacer de estos dispositivos una apuesta efectiva.

Conceptos como interculturalidad y transculturalidad han sido ampliamente discutidos en América Latina desde diversas perspectivas. Estas nociones nos hablan de superar la simple coexistencia, para hablar de diálogo, discusión y negociación permanente, pero incluso, de caminar a configuraciones híbridas, evitando concepciones esencialistas de la cultura.

Ello nos exhorta a reconocer que los sistemas de salud no son culturalmente neutros, sino que se basan en supuestos respecto de la salud, el cuidado, la enfermedad, el cuerpo y la vida, lo que puede diferir con los marcos interpretativos de las personas que acuden a los servicios, y más cuando se trata de personas migrantes provenientes de distintos países. Estas nociones nos llevan a imaginar procesos de atención sincréticos que combinen prácticas biomédicas con los recursos que las propias personas portan de sus experiencias de vida sean tradicionales, espirituales, sociales o familiares. Pero, a la vez, implica también reconocer que la interacción cultural en salud ocurre en estructuras institucionales jerarquizadas donde no todas las voces tienen el mismo estatus epistemológico. De ahí, tal como se plantea en algunas secciones de este libro, es importante avanzar hacia una simetría relacional y el reconocimiento de la pluralidad de sistemas explicativos y terapéuticos.

Por otra parte, existe bastante evidencia internacional sobre la humanización del cuidado en salud ya que la relación clínica constituye, en sí misma, un proceso vulnerable al que las personas ingresan con distintos niveles de incertidumbre y

exposición emocional. En el caso de personas migrantes puede incidir, además, el desconocimiento del sistema y sus circuitos, la no comprensión de todos los derechos a los que tienen acceso, la distancia entre el sistema de salud de origen y destino, las barreras administrativas, lingüísticas y comunicacionales, experiencias de discriminación vividas, temor a la sanción administrativa, diferencias culturales en la forma de expresar síntomas, dolor o emociones, entre otros factores.

Pero no se trata de promover sólo un buen trato, de tener empatía y de establecer relaciones de amabilidad, sino que la humanización implica generar un conjunto de condiciones institucionales que habiliten esas relaciones de cuidado respetuosas y culturalmente pertinentes. En este sentido, la presencia de facilitadores/as y mediadores/as interculturales cumple una función indispensable: son agentes que permiten que la comunicación clínica adquiera densidad semántica, que los significados circulen de manera no distorsionada y que las personas puedan situar su experiencia dentro de esquemas comprensibles tanto para ellas como para el sistema.

Existen muchos casos a nivel internacional que avalan la importancia de estas figuras en los sistemas de salud. Los estudios sobre estas experiencias internacionales indican que la mediación intercultural profesional reduce errores clínicos, mejora la adherencia, disminuye prácticas de sobre-medicalización en la población migrante, contribuye a aminorar la desconfianza hacia el sistema y sus profesionales, y se reducen significativamente las consultas reiteradas por

falta de comprensión. El caso chileno dialoga con estas tendencias globales y, al mismo tiempo, presenta particularidades: la presencia de facilitadores/as interculturales evidencia un proceso de institucionalización reciente que, aunque avanzado, requiere consolidación y enfrentamiento de las problemáticas que en el libro se describen.

Como sea, la figura de los/las facilitadores/as y mediadores/as interculturales constituyen un dispositivo institucional cuya relevancia cubre diversas dimensiones. Por un lado, la técnica (traducción, interpretación, orientación en el funcionamiento del sistema), por otro, la comunicacional (construcción de puentes comunicacionales, decodificación de significados, gestión del diálogo clínico) y, por último, la dimensión afectiva (contención emocional y reducción de asimetrías).

Por tanto, considero que este libro es fundamental ya que permite relevar la importancia de estas figuras, pero también pone en evidencia las posibilidades y límites para la implementación práctica de la interculturalidad y la transculturalidad en la cotidianidad de los ambientes de salud.

Sin duda, nuestro país está inmerso en un cambio importante y el sistema de salud requiere integrar estructuralmente una visión crítica de estos conceptos, haciéndolos parte de un proyecto institucional sostenido y no sólo como mera voluntad de agentes individuales.

Prólogo 2

Juan Pablo González

La experiencia de los facilitadores interculturales constituye una ventana privilegiada hacia los desafíos y posibilidades de la interculturalidad en la práctica concreta de la política pública en salud. En sus voces se encarna el tránsito entre la norma y la vida cotidiana; entre la declaración de principios y la experiencia situada de las personas migrantes que buscan atención sanitaria en un sistema que aún se adapta a su diversidad.

Toda política pública se vuelve real en los puntos más finos, en las interacciones más simples y cotidianas. Es allí donde el Estado adquiere espesor y rostro humano. La inclusividad de una nación no se mide por la extensión de sus leyes, sino por la calidad de quienes las implementan: los funcionarios, equipos de salud y facilitadores que convierten en práctica el derecho a la salud. La interculturalidad, en este sentido, no es una aspiración abstracta, sino una práctica cotidiana de reconocimiento y diálogo.

Vivimos un tiempo en que el horizonte político se muestra incierto. Crecen los discursos que buscan explotar divisiones entre "nosotros" y "los otros", reforzando fronteras simbólicas que invisibilizan la riqueza de la diversidad. Frente a ello, este libro propone una afirmación contraria: la construcción de una sociedad justa comienza por la construcción de puentes. Puentes de comunicación, de empatía, de confianza, que

permitan reconocer en cada persona, chilena o extranjera, la misma dignidad y el mismo derecho a sanar.

La salud es un espacio íntimo. En ella, cuerpo y mente se exponen a un sistema que solo puede funcionar mediante la confianza. La prognosis médica, el tratamiento, la recuperación del bienestar requieren una relación de escucha y entendimiento mutuo. Los facilitadores interculturales operan precisamente en ese umbral: traducen lenguajes, interpretan gestos, median entre cosmovisiones, y en ese acto restablecen la posibilidad de una comunicación humana allí donde el idioma o la cultura podrían generar distancia.

Este libro también representa un diálogo entre mundos que pocas veces se encuentran: el académico y el técnico. Su mérito radica en hilvanar teorías sobre interculturalidad, comunicación y diversidad con la práctica viva de quienes, desde los servicios de salud, encarnan esos conceptos cada día. Los relatos reunidos aquí no son simples testimonios; son fragmentos de una pedagogía del encuentro, donde la teoría se hace práctica y la política se vuelve experiencia. "Cuidar desde la diversidad" es, por ello, más que una compilación de historias. Es una invitación a repensar la forma en que concebimos la salud y el rol de los actores que la hacen posible. Nos convoca a interrogarnos por la materialidad de las políticas públicas: cómo se viven, cómo se transforman, y qué desafíos emergen cuando la atención a la salud se entrecruza con la migración, la lengua, la espiritualidad y la diferencia.

Finalmente, la apuesta que plantea este libro por avanzar desde un paradigma biomédico tradicional hacia la Estrategia de Cuidado Integral Centrado en las Personas (ECICEP) constituye una contribución profunda. Este enfoque recentra la discusión sobre la política pública en salud en torno a la autonomía y la dignidad de las personas, la equidad en el acceso, la multidisciplinariedad y la participación efectiva de los usuarios en las decisiones sobre su propia salud. En esa transición, de la norma a la práctica, de la teoría al encuentro humano, se define el futuro de un sistema de salud verdaderamente inclusivo. Este libro nos recuerda que la interculturalidad no se decreta: se ejerce. Y que su ejercicio, paciente y cotidiano, es la condición necesaria para que la salud en Chile sea un derecho real para todas las personas.

Introducción

Gonzalo Peña

No se puede entender el acceso a la salud de las personas migrantes, sin resaltar la enorme contribución de la Política de Salud de Migrantes Internacionales del año 2017, que como marco, sentó las bases para desarrollar un sistema más pertinente y sensible con las comunidades extranjeras; además de propiciar la disminución de las brechas y barreras culturales, lingüísticas, administrativas, de derechos, de género, entre otras. En este contexto, una de las acciones que se concretó fue la creación del facilitador intercultural, con el fin de desarrollar funciones de traducción, interpretación y mediación cultural, particularmente con las personas provenientes de Haití y con los equipos de salud y administrativos de los establecimientos.

Cuando se piensa en facilitadores interculturales, las primeras ideas que se vienen a la mente son dedicación, paciencia, extraordinaria capacidad de escuchar, sentido de la responsabilidad, vocación de servicio, empatía, habilidad para comunicarse y generar confianza, fortaleza interior, humildad y la adquisición de competencias interculturales. Por lo mismo, una de las motivaciones para llevar adelante la empresa de este libro fue reflexionar sobre cómo estos "funcionarios de primera línea" abordan interculturalmente a usuarios que poseen idioma, creencias, normas, valores, formas de interpretar el mundo, concepciones religiosas, nociones y experiencias de salud tan distintas a las que se encuentran en

el "entorno de salud receptor" (si se me permite la frase). El rol de los facilitadores, en los espacios de salud es de una relevancia incuantificable. No solo traducen, interpretan y median interculturalmente, sino que también realizan trabajos administrativos, brindan atención sanitaria y resuelven una multiplicidad de situaciones que incluso van más allá de la salud.

Es muy importante dimensionar que, en la función de traducir (en particular) del creol al español, el facilitador procura representar la realidad tal y como la ven sus connacionales, cómo la perciben y la nombran (en específico, lo ligado a la salud). Cada cultura tiene su propia percepción de la realidad y cada una se vincula a ella de manera distinta. En esta diversidad, donde en salud se pone en contacto un "yo y un tú", un "nosotros y un ellos", los facilitadores median para humanizar a "este otro extranjero" y darles rostro a quienes, por idioma y códigos culturales, son ajenos o difíciles de comprender para equipos médicos, profesionales y administrativos.

Como se sabe, la migración haitiana en Chile tiene algo más de una década, por lo cual, desde lo experiencial, en los distintos CESFAM y hospitales de la Región Metropolitana se tiene un conocimiento mucho mayor sobre religión, formas de gestación y distintas formas de entender los procesos de curación/enfermedad, particularmente en las mujeres que provienen de dicho país.

Sin embargo, más allá de la familiaridad cultural, el rol que cumplen facilitadoras y facilitadores para transformarse en "puentes de comunicación", al día de hoy, es crucial, sobre todo, para dar a entender sobre el significado del vudú y la espiritualidad en la dinámica de salud; en el sensibilizar sobre representaciones erróneas en las formas distintas de vivir la maternidad; en concientizar sobre el valor que se le da a la medicina tradicional en contexto de alguna dolencia, el mostrarles a los equipos médicos el valor de esa cultura, a fin de reducir la mirada etnocentrista y paternalista. Luego, también el cómo despliegan sus diversas competencias interculturales, como la empatía, la escucha activa y la comunicación, entre otras, para lograr que las usuarias y usuarios entiendan las instrucciones clínicas, comprendan la pertinencia de la adherencia a los tratamientos o el funcionamiento del centro de salud, entre muchos otros temas.

Este libro, precisamente, rescata las experiencias de abordaje intercultural que tuvieron facilitadoras y facilitadores ante situaciones en salud, donde las creencias, los valores, las nociones y experiencias, en este ámbito, de los usuarios y usuarias pusieron a prueba a los equipos de salud. Para dar cuenta de aquello, el libro inicia con dos capítulos introductorios que revisan conceptos de cultura y la figura de facilitadores interculturales, luego continúa con el capítulo de relatos de facilitadores y un capítulo de reflexión y análisis a partir de ellos, para concluir con un capítulo que rescata los aportes de este libro para el sistema de salud. Finalmente, los desafíos en la actualidad para estos profesionales se relacionan con mejorar sus competencias, habilidades y

protocolos de atención, que profundicen en enfoques culturales relacionados con género, espiritualidad, alimentación e interculturalidad, además de ampliar sus conocimientos en el ámbito de la salud sexual y reproductiva, entre otros.

Capítulo 1: Conceptos de cultura, modelos de gestión de la diversidad cultural y su aplicación en el sistema de salud chileno con foco en personas migrantes internacionales

Antonia Roberts, Báltica Cabieses, Paula Madrid

Cuadro resumen

¿De qué se trata este capítulo?

- Cinco miradas sobre "cultura": De forma breve, introduce distintos enfoques para comprender la cultura y enfatiza la importancia de entender la existencia de procesos de hibridación entre culturas.
- Tres modelos para gestionar la diversidad: Contrasta asimilacionismo, multiculturalismo e interculturalidad y muestra de forma simple cómo se traducen en la atención en salud.
- El caso chileno: Revisa algunas políticas y normas recientes de interculturalidad, con un énfasis en la población en movilidad humana.

¿Cómo aporta este capítulo a la realidad?

- Entrega un marco práctico: Ofrece criterios sencillos para reconocer qué enfoque guía programas y servicios de salud dirigidos a personas en movilidad.
- Aclara diferencias clave: Esboza un mapa conceptual entre enfoques de cultura y modelos de gestión y sus implicancias generales en salud, abriendo reflexiones en relación con cómo se gestiona la diversidad cultural en salud desde la institucionalidad sanitaria.
- Sitúa el caso chileno y abre preguntas: presenta un panorama sintético de las políticas y tensiones actuales y deja preguntas orientadoras para analizar dispositivos concretos de interculturalidad en salud.

Capítulo 1: Conceptos de cultura, modelos de gestión de la diversidad cultural y su aplicación en el sistema de salud chileno con foco en personas migrantes internacionales

Este capítulo busca, a modo de introducción, contextualizar los conceptos de cultura y de modelos de gestión de la diversidad cultural para orientar la lectura de la movilidad humana y, con ello, situar el análisis en el ámbito de la salud en Chile. En primer lugar, se presentan de manera sintética cinco enfoques que han definido la cultura, destacando las dimensiones que cada uno privilegia. Luego, contrasta tres modelos de gestión de la diversidad cultural y su traducción al ámbito sanitario. Finalmente, revisa el caso chileno para abrir preguntas en relación con los lentes a través de los cuales la institucionalidad ha enfocado la atención sanitaria hacia las poblaciones en movilidad humana del país.

Definiciones de cultura para la comprensión de procesos de movilidad humana en Chile

Durante la última década, se ha observado un creciente aumento de los procesos de movilidad humana intrarregionales en el sur global. A pesar de que la población chilena que emigra hacia otros estados-nación suele priorizar como destino países del norte como Estados Unidos, Canadá o países europeos, Chile es reconocido como país de acogida para flujos migratorios sur-sur (1). Esto se ve reflejado actualmente en un fenómeno migratorio sin precedentes en el país, contando con 1.918.583 personas extranjeras residiendo

en el territorio nacional según cifras del 31 de diciembre de 2023, provenientes principalmente de países de Latinoamérica y el Caribe (2).

El contacto de grupos sociales y culturales diferentes insertos en contextos específicos no está exento de tensiones y desafíos (3). Por ello, analizar el concepto de cultura resulta importante para aproximarse a la comprensión de los procesos de movilidad humana y de los encuentros que se generan entre grupos humanos en este contexto.

Cultura se posiciona como un concepto históricamente cambiante, moldeado por debates filosóficos, científicos y políticos (3,4) que lo han definido de diversas maneras. Tener presente la multiplicidad de perspectivas al aproximarse a este concepto resulta fundamental para comprender el dinamismo que lo caracteriza. La cultura, concebida como el conjunto de conocimientos, creencias y hábitos adquiridos como miembro de una sociedad, dio origen a enfoques evolucionistas que jerarquizaron a las poblaciones según grados de desarrollo cultural en busca de leyes universales para explicar este proceso (3,4). Posteriormente, el estructuralismo la entendió como un sistema de signos y reglas regido por el lenguaje y sus lógicas inconscientes, mientras que las corrientes materialistas la concibieron como resultado de condiciones materiales, demográficas, ecológicas, tecnológicas y económicas que enmarcan a los grupos sociales (3,4).

Por su parte, las perspectivas simbólicas han vinculado la cultura a significados compartidos que emergen de la

interpretación de signos según códigos y contextos, donde los sujetos construyen sentidos y simbolizan el mundo de manera colectiva (4). En una línea distinta, el particularismo histórico sostiene que cada cultura es producto irrepetible de su trayectoria singular y solo puede comprenderse mediante una inmersión prolongada en sus contextos, lo que plantea la noción de pluralidad cultural: no una sola, sino múltiples culturas con sus propias lógicas (3,4).

En este sentido, es importante reconocer que cada lente desde el cual se define la cultura ilumina y oscurece aspectos distintos al leer los procesos de movilidad humana desde sus dimensiones culturales. Estos, tienen efectos diferentes en las formas concretas desde las cuales se abordan los movimientos migratorios, y por ende, resulta fundamental reconocer desde qué perspectiva se está definiendo la cultura al diseñar programas que abordan elementos vinculados a los encuentros culturales.

En el entendido de que enfrentarse a una cultura con prácticas y saberes que se escapan de lo conocido y validado por la cultura hegemónica en un territorio tiende a generar malestar, se pueden identificar ejercicios de segregación entre grupos por temor a que estas nuevas prácticas reemplacen tradiciones locales. Sin embargo, aunque estas culturas pueden entrar en conflicto, no se destruyen. La interacción entre culturas y su heterogeneidad también pueden acompañarse de y dar paso a procesos de hibridación cultural, desde los cuales nacen nuevas estructuras y nuevas prácticas (5).

A partir de esto, y en relación con la temática que guía el libro, es posible preguntarse: ¿desde qué mirada(s) comprende la cultura la institucionalidad chilena en salud? ¿qué efectos distintos podría tener cada una? Para profundizar en estas reflexiones, en las siguientes secciones se abordarán modelos de gestión de la diversidad cultural en salud y su aplicación a poblaciones en movilidad humana.

Modelos de gestión de la diversidad cultural en salud y su aplicación a poblaciones móviles

Aplicado al campo de la salud, el concepto de cultura constituye un eje de análisis relevante para comprender factores sociales involucrados en los procesos de salud y enfermedad (6). En el espacio de atención sanitaria ocurren una serie de prestaciones y acciones relacionadas con la salud que pueden interpretarse al mismo tiempo como rituales con mecanismos, objetos, tiempos y significados específicos, lo que lo posiciona como un escenario cultural (7). Las dimensiones cognitivas, simbólicas y materiales de la cultura se articulan en un modelo biomédico que enmarca la explicación de los procesos de salud-enfermedad y moldea las prácticas o procedimientos con los que se abordan los procesos de recuperación y mantenimiento de la salud desde la perspectiva convencional de los sistemas de salud. Estas dimensiones pueden diferir entre profesionales y pacientes, en función de las historias sociales y culturales de cada grupo y de sus procesos de socialización (6).

La cultura biomédica, modelo hegemónico propio de los sistemas de salud de todo el mundo, se ha establecido como el modelo capaz de resolver, si no todas, la mayoría de las enfermedades de la población, independientemente de los contextos sociales y culturales en los que se desarrollan las enfermedades. No obstante, se identifican importantes dificultades al no considerar la cultura de los usuarios como un aspecto clave e inalienable de toda interacción humana, lo cual también incide en los procesos de atención de salud. Reconociendo las diferencias y similitudes culturales entre usuarios y proveedores de salud (también conocidos como background culturales), se puede dar lugar a un intercambio técnico y humano de percepciones sobre los procesos de salud y enfermedad y las expectativas. Con ello, la interacción médico-paciente permite el reconocimiento y posible despliegue de diferentes conductas y acciones consensuadas en relación con la enfermedad, entre múltiples otros elementos (6). La movilidad humana y el contacto de grupos e individuos provenientes de diversos contextos culturales con el sistema de salud particular del país receptor también implican el encuentro con formas diversas de comprender los procesos de salud y enfermedad y los procesos de atención de salud.

Para gestionar las diferencias culturales en el campo de la salud, existen diversas estrategias. Para comprenderlas, es relevante conocer los modelos de gestión de la diversidad cultural que han implementado los Estados-Nación más allá del ámbito de la salud y que pueden sintetizarse en tres

corrientes principales: asimilacionismo, multiculturalismo e interculturalismo.

La asimilación corresponde al proceso mediante el cual una persona o grupo social adopta como propia la cultura dominante en una sociedad, al mismo tiempo que va abandonando su identidad cultural diferenciada (8). En las sociedades que se conciben a sí mismas como vinculadas a una única identidad nacional, las minorías culturales se perciben como no deseadas, por lo que se implementan activamente medidas de políticas públicas de diversos tipos para lograr su asimilación (9). De todas formas, cuando se habla de procesos de asimilación no hay que pensar únicamente en medidas de coerción explícitas, sino también se abordan dinámicas sociales y acciones institucionales implícitas (10). Aplicado a la salud, un enfoque asimilacionista buscaría unificar las prácticas y cuidados de salud de los diversos usuarios bajo las lógicas predominantes en un territorio, buscando que las nuevas culturas, entendidas como culturas minoritarias en este enfoque, se adapten y acomoden a las costumbres predominantes en un espacio de atención sanitaria.

Por otra parte, la multiculturalidad corresponde a una aproximación principalmente descriptiva que se refiere a la multiplicidad de culturas existentes en un determinado espacio, sin que necesariamente tengan relación entre ellas (11). A partir de esto, el multiculturalismo nace como un proyecto que busca gestionar la diversidad en circunstancias de convivencia multicultural real, en el cual el Estado debe

apoyar la diversidad étnica-cultural (11). Bajo este modelo, la renuncia a la cultura propia no puede imponerse como condición para participar en la vida en sociedad (8). En las democracias que incorporan el multiculturalismo, cuando existen enfrentamientos entre diversas culturas en ámbitos como autonomía, representación política, símbolos nacionales, entre otros, se definen por decisión de las mayorías (12). Aplicando este enfoque a la salud, el multiculturalismo no buscaría la renuncia a las costumbres de diversas culturas, sino que permitiría su coexistencia en el mismo territorio, sin necesariamente promover el encuentro entre ellas en la atención sanitaria. De existir enfrentamientos en el campo de la salud, estos se resolverían mediante la decisión de las mayorías.

La interculturalidad, si bien a veces se utiliza erróneamente como sinónimo de multiculturalismo, tiene implicancias distintas. A diferencia del concepto anterior, no solamente considera el reconocimiento de distintas culturas, si no que se centra en la interacción entre ellas de modo que mantengan cada una de ellas su identidad cultural, con una actitud crítica frente a lo que es propio y lo ajeno, y con la posibilidad de transformación cultural mutua mediada por dicha interacción (11). Dentro del concepto de interculturalidad, también se identifican múltiples perspectivas y un debate vigente sobre sus alcances e implicancias. Desde algunas visiones, implica el intercambio respetuoso de conocimientos y tradiciones, promoviendo la complementariedad, el diálogo y el aprendizaje continuo. Su enfoque implica reconocer al otro como un sujeto de derechos en un marco de comunicación

horizontal y equitativa (13). Desde perspectivas críticas sobre la interculturalidad, se sostiene que, para avanzar en esta dirección, resulta imprescindible cuestionar las jerarquías históricas de conocimiento y de poder que han privilegiado enfoques coloniales, los cuales han instaurado y reproducido relaciones de dominación sustentadas en categorías raciales que sitúan al otro en una posición de sujeto subalterno y que cimentan prácticas de racismo cotidiano (14,15). Así, se sostiene que el centro de la propuesta intercultural implicaría transformar estructuras y modificar relaciones asimétricas entre los grupos (16).

La perspectiva intercultural ha sido la que el sistema de salud chileno ha declarado como estrategia para gestionar la diversidad cultural en el ámbito sanitario. Por ello, resulta relevante profundizar en algunas perspectivas sobre la aplicación del enfoque intercultural en salud. La interculturalidad en salud puede entenderse como la búsqueda de un equilibrio entre modelos médicos que se asumen como antagónicos, por lo que se busca armonizar las tensiones entre sistemas, considerando sus saberes y prácticas. Así, se entiende que hay sujetos con códigos, representaciones y prácticas culturalmente distintas, que se resuelven mediante una mejor comunicación entre las partes (16). No obstante, hay perspectivas críticas de interculturalidad en salud que enfatizan la desigualdad en el acceso a estos servicios, y abordan la pobreza y desigualdad social como una parte central que forja las relaciones interculturales también en el campo de la salud (16).

A partir de esta discusión, podemos invitar a la reflexión sobre ¿qué concepción sobre la cultura prima en las propuestas de interculturalidad en el sistema de salud chileno? ¿de qué manera se ha implementado la interculturalidad en salud en el país? ¿en qué medida también se introducen enfoques y prácticas enmarcados en otros modelos de gestión de la diversidad cultural presentados? A continuación, se presentará una síntesis del sistema de salud chileno y de la incorporación del enfoque intercultural en salud, con el fin de contribuir a esta reflexión.

El sistema de salud chileno y la incorporación del enfoque intercultural en salud con foco en personas migrantes internacionales

El sistema de salud en Chile se puede caracterizar como uno de carácter mixto, ya que está compuesto por un sector público y un privado. No obstante, la cobertura es principalmente pública. De acuerdo con estimaciones recientes del año 2025, este sector cubre en torno al 84% de la población, y el privado cubre en torno al 13% (17). Además, existen otros seguros específicos que abarcan sectores menores de la población (18,19). La rectoría del sistema la ejerce el Ministerio de Salud (MINSAL), que formula, controla y fija las políticas de salud. El MINSAL está compuesto por dos subsecretarías: Salud Pública y Redes Asistenciales. La primera se enfoca en diseñar políticas, normas y programas en materia de promoción de la salud y vigilancia, prevención y control de enfermedades que afectan a la población, mientras que la segunda se encarga de la articulación y del desarrollo de la red

asistencial y de la regulación de la prestación de acciones de salud (20). El Fondo Nacional de Salud (FONASA) reúne los fondos provenientes de impuestos generales y de contribuciones obligatorias que financian las prestaciones para los afiliados al sector público. Por otra parte, el sector privado se financia mediante contribuciones obligatorias a las Instituciones de Previsión de Salud (ISAPRE) y los copagos de los afiliados (21).

En relación con los prestadores del sistema, estos pueden ser de carácter público o privado. Profundizando en los prestadores públicos se agrupan en el Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS), que contempla 29 servicios descentralizados distribuidos en distintas regiones (18). La Red de Atención se estructura a partir de la estrategia de la atención primaria de salud que actúa como puerta de entrada al sistema con un foco en prevención y promoción de salud, donde luego se deriva a los pacientes a los niveles secundarios y terciarios según pertinencia, exceptuando los casos de urgencia que pueden acceder directamente (22). El SNSS se enmarca en un Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria (MAIS) el cual comienza a implementarse en Chile con la reforma de salud del año 2005, y tiene un énfasis en la promoción, prevención y el fortalecimiento de la atención primaria, entre otros ejes relevantes (20). Este modelo se caracteriza por estar centrado en las personas, en una aproximación integral en términos de prevención y abordaje de las necesidades, y busca avanzar hacia la continuidad del cuidado en términos de otorgar cuidados a la salud coherentes

y conectados entre sí, además de asegurar la continuidad clínica, funcional y profesional (23).

Comprendiendo en términos generales la estructura y el funcionamiento del sistema de salud, es posible comenzar a analizar los antecedentes de los abordajes de la diversidad cultural en este sistema, los cuales se iniciaron dirigiéndose a la población indígena en Chile. Si bien el foco del capítulo está centrado en la interculturalidad con foco en población migrante internacional, dada la trascendencia del trabajo intercultural con poblaciones indígenas en materia de salud, es esencial realizar una revisión breve de algunos de los hitos principales en salud intercultural indígena, que sentaron las bases sobre la incorporación del enfoque intercultural en el sistema de salud.

En el plano de las políticas en salud, desde inicios de la década de los 90 comenzaron a implementarse iniciativas dirigidas a buscar la igualdad entre ciudadanos en el acceso y la oportunidad a la atención de salud independientemente de su identidad étnica y cultural (24). Bajo este objetivo surge el concepto de salud intercultural en el país y su consideración como eje de la atención a los pueblos indígenas del territorio chileno. De manera simultánea, a nivel global, la salud intercultural comenzó a surgir como un paradigma que reconoce que los sistemas biomédicos son limitados para resolver los problemas de salud, admitiendo la existencia de otros sistemas de salud, cuyos principios, especialistas, tratamientos, entre otros, corresponden a formas ancestrales de entender y practicar la medicina (25). En el caso particular

de la población indígena, se asume que los sistemas biomédicos por sí solos no son suficientes para abordar las demandas de salud de esta población, tanto en sus concepciones sobre salud y enfermedad como en la manera de alcanzar estados de salud. En esta línea, desde los 90' en adelante surgieron diversos programas como el Programa de Salud con Población Mapuche (PROMAP), centrado en mejorar la calidad de la atención de la población mapuche en los centros de salud, y el Programa Nacional de Salud y Pueblos Indígenas (PESPI), con el objetivo de entregar una atención de salud con pertinencia cultural que lograra superar las brechas de equidad que afectan a las poblaciones indígenas (26). Posteriormente, en los años 2000, se continuaron desarrollando iniciativas como el Programa de Desarrollo Integral de Comunidades Indígenas, conocido como Orígenes, que se focalizó, entre otras prioridades, en generar un modelo de salud intercultural que contribuyera a: (i) Fortalecer la medicina indígena, Sensibilizar a los funcionarios de la salud en aspectos de interculturalidad, y (ii) Mejorar la atención en salud de los pueblos indígenas (26).

El avance en materia de salud intercultural con poblaciones indígenas en Chile es reconocido a nivel internacional. No obstante, también han persistido algunas interrogantes y visiones críticas en relación con la aplicación del enfoque intercultural en salud en lo concreto. Por un lado, persisten interrogantes en relación a la validación de los saberes culturales indígenas en salud dentro del sistema de salud, los cambios reales en las actitudes y representaciones de proveedores y profesionales de salud respecto a la población

indígena, la capacidad real del sistema de salud de validar un diálogo de saberes horizontal cuando su estructura es esencialmente vertical, la desigual relación histórica de poder del mismo sistema de salud sobre su población, y la complejidad histórico-colonial que se asume como interculturalidad en salud (27). Visiones críticas plantean que, en Chile, más que interculturalidad, se ha introducido una versión reducida de multiculturalismo, específicamente un neoliberalismo multicultural. Este, en el discurso, promueve la expansión de derechos y formas de ciudadanía cultural, mientras que restringe derechos que entran en conflicto con intereses económicos transnacionales más profundos que no aseguran el reconocimiento de saberes alternativos como igualmente válidos (25).

En el caso de la interculturalidad en salud con foco en población migrante internacional, las políticas y programas son más recientes que el trabajo de décadas con comunidades indígenas. A continuación, sin pretender realizar una revisión exhaustiva, se ofrece un breve recorrido por algunos hitos en la materia.

Las primeras medidas específicas dirigidas a personas en movilidad se identifican en el año 2003, en las que se aseguró el acceso a servicios de salud orientados a la protección de la población de mujeres embarazadas migrantes internacionales. Luego se continuó avanzando en la materia al implementar el Equipo Asesor Sectorial de Salud de Inmigrantes en 2014, para el desarrollo de la Política de Salud de Migrantes Internacionales. De la mano de este trabajo se implementó el

Piloto de Salud Inmigrantes en 4 regiones, centrado en acciones en la atención primaria. En 2015-2016 se publicó el Decreto Supremo N°67 y la Circular A15, donde se fijó la circunstancia y el mecanismo para acreditar a las personas carentes de recursos como beneficiarias de FONASA, lo que tuvo por objetivo aportar a la eliminación de algunas barreras de acceso para este grupo. El 2017 se formuló y lanzó la Política de Salud de Migrantes Internacionales del Ministerio de Salud (28). Esta política entiende la migración como un aporte a la sociedad promoviendo una mirada inclusiva desde el enfoque de derechos humanos, y plantea homologar progresivamente los derechos entre chilenos y extranjeros, incluyendo entre ellos, a la salud (29). La Política de Salud de Migrantes Internacionales propone y define, entre sus enfoques, el de interculturalidad en salud, entendida en el marco de esta política como una relación entre culturas dinámicas, tendientes a la simetría en la interacción, al respeto al otro y a la diversidad cultural. Esto incluye un espacio de negociación simbólica, pero no se reduce exclusivamente al ámbito cultural (29).

Más recientemente, en la Ley de Migración y Extranjería N° 21.325 promulgada en 2025, se configuró el derecho a la salud de personas migrantes internacionales en igualdad de condiciones a los nacionales:

"Los extranjeros residentes o en condición migratoria irregular, ya sea en su calidad de titulares o dependientes, tendrán acceso a la salud conforme a los requisitos que la autoridad de salud establezca, en igualdad de condiciones que los

nacionales. Todos los extranjeros estarán afectos a las acciones de salud establecidas en conformidad al Código Sanitario, en resguardo de la salud pública, al igual que los nacionales" (30).

Pese a los avances observados en medidas para asegurar el acceso a salud, diversos estudios en el país reportan la persistencia de barreras de acceso en la atención en salud para personas migrantes internacionales y limitadas capacidades para otorgar una atención culturalmente sensible a sus necesidades (31–33). En este sentido, pese a declarar la incorporación de un enfoque intercultural y a avanzar en la mejora del acceso a la atención de salud de este grupo, la literatura detecta la persistencia de necesidades y tensiones que requieren fortalecer y profundizar la interculturalidad en el sistema de salud chileno.

En síntesis, este capítulo ha mostrado que las distintas definiciones de cultura ofrecen lentes diversos para leer la movilidad humana y que, según el modelo de gestión adoptado en un Estado, las respuestas en salud se orientan de manera distinta. El caso chileno muestra avances normativos y, a la vez, barreras materiales, simbólicas e institucionales, por lo que el desafío es continuar avanzando en la traducción de los marcos declarativos en prácticas concretas que apliquen la interculturalidad en los dispositivos de atención de salud desde una mirada crítica.

En miras a este objetivo, potenciar iniciativas en marcha que impliquen mejoras concretas en la atención de este grupo,

tales como la incorporación de facilitadores interculturales, constituye un paso inicial fundamental.

Referencias del capítulo

1. Cerrutti M, Parrado E. Intraregional Migration in South America: Trends and a Research Agenda. Annu Rev Sociol [Internet]. 2015 Aug 14 [cited 2025 Aug 31];41(Volume 41, 2015):399–421. Available from: https://www.annualreviews.org/content/journals/10.1146/annurev-soc-073014-112249
2. Instituto Nacional de Estadísticas, Servicio Nacional de Migraciones. Informe de Resultados de la Estimación de Personas Extranjeras [Internet]. 2024 Dec [cited 2025 Aug 31]. Available from: https://www.ine.gob.cl/docs/default-source/demografia-y-migracion/publicaciones-y-anuarios/migraci%C3%B3n-internacional/estimaci%C3%B3n-poblaci%C3%B3n-extranjera-en-chile-2018/informe-resultados-epe2023.pdf?sfvrsn=91b95f6f_10
3. Cabieses B, Obach A, Urrutia C, editors. Interculturalidad en Salud. Teorías y experiencias para poblaciones migrantes internacionales. Universidad del Desarrollo; 2021.
4. Harris M. El Desarrollo de la Teoría Antropológica. Historia de las Teorías de la Cultura. siglo veintiuno editores; 1979.
5. Canclini NG. Culturas híbridas y estrategias comunicacionales. Estudios sobre las Culturas Contemporáneas [Internet]. 1997 [cited 2025 Aug 31];3(5):109–28. Available from: https://www.redalyc.org/pdf/316/31600507.pdf
6. Alarcón M AM, Vidal AH, Neira Rozas J, Frontera L, Salud Araucanía Norte S, Especial A. Salud intercultural: elementos para la construcción de sus bases conceptuales. Rev Med Chil [Internet]. 2003 Sep [cited 2025 Jul 20];131(9):1061–5. Available from:

http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872003000900014&lng=es&nrm=iso&tlng=es
7. Urrutia Pérez C, Correa-Matus E, Cabieses Valdés B, Obach King A, Urrutia Pérez C, Correa-Matus E, et al. ¿Qué es lo cultural del encuentro intercultural de atención de salud de poblaciones migrantes internacionales en Chile? Algunas reflexiones antropológicas. CUHSO (Temuco) [Internet]. 2022 [cited 2025 Jul 20];32(1):493–513. Available from: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2452-610X2022000100493&lng=es&nrm=iso&tlng=es
8. Torres F. De la asimilación al pluralismo. Inmigración y gestión de la diversidad cultural en las sociedades contemporáneas. Arxius de Ciencies Socials. 2005;(11):61–87.
9. Beniscelli L, Riedemann A, Stang F, Beniscelli L, Riedemann A, Stang F. Multicultural y, sin embargo, asimilacionista. Paradojas provocadas por el currículo oculto en una escuela con alto porcentaje de alumnos migrantes. Calidad en la educación [Internet]. 2019 Jul 30 [cited 2025 Jul 20];50(50):393–423. Available from: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-45652019000100393&lng=es&nrm=iso&tlng=es
10. Usallán Méndez L. El pluralismo cultural y la gestión política de la inmigración en Chile: ¿ausencia de un modelo? POLIS, Revista Latinoamericana [Internet]. 2015 [cited 2025 Jul 20];42. Available from: https://journals.openedition.org/polis/11481?lang=fr
11. Hernández EÁ. Multiculturalismo, multiculturalidad e interculturalidad. una aproximación a sus significados. Revista Inclusiones [Internet]. 2023 Dec 29 [cited 2025 Jul 20];11(1):94–114. Available from: https://revistainclusiones.org/index.php/inclu/article/view/3492/3636

12. Cruz Rodríguez E. Multiculturalismo e interculturalismo: una lectura comparada. Cuadernos Interculturales [Internet]. 2013 [cited 2025 Jul 20];11(20):45–76. Available from: http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=55228138003
13. Cardona-Arias JA, Rivera-Palomino Y, Carmona-Fonseca J. Expresión de la interculturalidad en salud en un pueblo emberá-chamí de Colombia. Rev Cub Salud Publica [Internet]. 2015;41(1):77–93. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662015000100008&lng=es
14. McCoy D, Kapilashrami A, Kumar R, Rhule E, Khosla R. Developing an agenda for the decolonization of global health. Bull World Health Organ. 2024;102(2):130–6.
15. Canclini NG. ¿Qué será la interculturalidad? Virtual Brazilian Anthropology [Internet]. 2021 [cited 2025 Aug 31];18(e18801). Available from: http://doi.org/10.1590/1809-43412021v18a801
16. Castro AR. Hacia una tipología de la Interculturalidad en salud: alcances, disputas y retos. Andamios [Internet]. 2021 [cited 2025 Jul 20];18(45):535–52. Available from: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-00632021000100535&lng=es&nrm=iso&tlng=es
17. FONASA. Cuenta Pública Fonasa 2025 [Internet]. 2025 [cited 2025 Aug 7]. Available from: https://nuevo.fonasa.gob.cl/participacion-ciudadana/wp-content/uploads/sites/5/2025/07/Cuenta-Puiblica-Fonasa-20225-IXrev.pdf
18. Goldstein E. El sistema de salud en Chile y la Atención Primaria de Salud municipal. Marco para un debate sobre desmunicipalización. Biblioteca Nacional de Chile; 2018.
19. Familia M de DS y. Salud: síntesis de resultados [Internet]. 2017. Available from:

https://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/storage/docs/casen/2017/Resultados_Salud_casen_2017.pdf
20. González C, Castillo-Laborde C, Matute I, editors. ESTRUCTURA Y FUNCIONAMIENTO DEL SISTEMA DE SALUD CHILENO. Santiago: Facultad de Medicina CAS-UDD; 2019.
21. Becerril-Montekio V, Reyes J de D, Manuel A. Sistema de salud de Chile. Salud Publica Mex [Internet]. 2011 [cited 2025 May 5]; Available from: https://www.scielosp.org/pdf/spm/v53s2/09.pdf
22. Cardemil M. Estado de la Atención Primaria de Salud en Chile [Internet]. [cited 2025 Jul 20]. Available from: https://www.supersalud.gob.cl/observatorio/671/articles-4812_recurso_1.pdf
23. Subsecretaría de Redes Asistenciales. División de Atención Primaria. ORIENTACIONES PARA LA IMPLEMENTACION DEL MODELO DE ATENCION INTEGRAL DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA [Internet]. [cited 2025 Jul 20]. Available from: https://www.minsal.cl/portal/url/item/e7b24eef3e5cb5d1e0400101650128e9.pdf
24. Manríquez M, Lagos C, Rebolledo J, Figueroa V. Salud intercultural en Chile: Desarrollo histórico y desafíos actuales. Revista de Salud Pública [Internet]. 2020 Nov 16 [cited 2025 Jul 20];20(6):759–63. Available from: https://doi.org/10.15446/rsap.V20n6.65625
25. García PB. Neoliberalismo multicultural en el chile postdictadura: la política indígena en salud y sus efectos en comunidades mapuches y atacameñas. Chungará (Arica) [Internet]. 2012 Mar [cited 2025 Jul 20];44(1):135–44. Available from: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-73562012000100010&lng=es&nrm=iso&tlng=es

26. Poblete M, Goldstein E. Políticas de Salud Intercultural en Chile [Internet]. 2019 [cited 2025 Jul 21]. Available from: https://obtienearchivo.bcn.cl/obtienearchivo?id=repositorio/10221/27514/1/BCN_Poblete___Politicas_de_Salud_Intercultural_en_Chile_final.pdf
27. Manríquez M, Lagos C, Rebolledo J, Figueroa V. Salud intercultural en Chile: Desarrollo histórico y desafíos actuales. Revista de Salud Pública [Internet]. 2020 Nov 16 [cited 2025 Jul 21];20(6):759–63. Available from: https://doi.org/10.15446/rsap.V20n6.65625
28. Salud del Inmigrante - Ministerio de Salud - Gobierno de Chile [Internet]. [cited 2025 Jul 21]. Available from: https://www.minsal.cl/salud-del-inmigrante/
29. Equipo Asesor Sectorial de Salud de Migrantes, Ministerio de Salud, Fonasa, Superintendencia de Salud. POLÍTICA DE SALUD DE MIGRANTES INTERNACIONALES [Internet]. 2018 [cited 2025 Jul 21]. Available from: https://www.crececontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2018/01/2018-01-22-POLITICA-DE-SALUD-DE-MIGRANTES.pdf
30. Ley Chile - Ley 21325 - Biblioteca del Congreso Nacional [Internet]. 2021 [cited 2025 Jul 21]. Available from: https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1158549
31. Cabieses B, Oyarte M. Health access to immigrants: identifying gaps for social protection in health. Rev Saude Publica [Internet]. 2020 [cited 2025 Jul 21];54:20. Available from: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7017981/
32. Obach A, Hasen F, Cabieses B, D'Angelo C, Santander S. Conocimiento, acceso y uso del sistema de salud en adolescentes migrantes en Chile: resultados de un estudio exploratorio. Revista Panamericana de Salud Pública [Internet].

2020 Dec 1 [cited 2025 Jul 21];44:e175. Available from: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7778462/
33. Bernales M, Cabieses B, McIntyre AM, Chepo M. Challenges in the health care of international migrants in Chile. Rev Peru Med Exp Salud Publica [Internet]. 2017 Apr 1 [cited 2025 Jul 21];34(2):167–75. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29177373/

Capítulo 2: Figura y rol de facilitadores y mediadores interculturales en el sistema de salud chileno para la atención a personas migrantes internacionales

Báltica Cabieses, Antonia Roberts, Jovita Ortiz

Cuadro resumen

¿De qué se trata este capítulo?

- ¿Qué son y cuál es su función? Presenta las figuras de facilitador y mediador intercultural en salud como respuesta a barreras de acceso y uso que afectan a personas migrantes.

- ¿Qué hacen y en qué se diferencian? Delimita funciones y alcances, incorpora las tres dimensiones del rol (técnica, afectiva y comunicacional) y distingue perfiles profesionales e informales.

- ¿Dónde estamos en Chile? Sitúa su desarrollo en políticas recientes, nombra variantes locales y resume desafíos de implementación de esta figura.

¿Cómo aporta este capítulo a la realidad?

- Aclara el mapa: Ordena conceptos y roles para evitar confusiones frecuentes en términos referidos a la mediación intercultural.

- Sintetiza evidencia útil: Reúne hallazgos internacionales y nacionales sobre beneficios y límites de estas figuras, incluidos riesgos de la mediación informal.

- Enumera condiciones básicas: Identifica elementos mínimos para que el rol funcione (formación continua, ética y protocolos, tiempos y espacios de atención, coordinación con equipos), insumo útil para conversaciones y ajustes locales.

Capítulo 2: Figura y rol de facilitadores y mediadores interculturales en el sistema de salud chileno para la atención a personas migrantes internacionales

Este capítulo caracteriza la figura del facilitador y del mediador intercultural en salud como respuesta a las barreras de acceso y aceptabilidad que enfrentan las personas migrantes. Delimita sus funciones y diferencias y revisa su desarrollo en Chile a la luz de políticas recientes. A partir de la evidencia internacional y nacional, propone comprender la mediación desde tres dimensiones (técnica, afectiva y comunicacional), distingue perfiles profesionales e informales y discute desafíos de implementación de esta figura dentro de la atención sanitaria.

La figura del facilitador y mediador intercultural

Tanto en Chile como en todo el mundo, a pesar de reconocidos avances que hay en la materia, aún se constatan una serie de barreras tanto de acceso como de uso del sistema de salud en población migrante internacional. Por esta razón, se han desarrollado distintas iniciativas de acortamiento de brechas y barreras de acceso efectivo a la salud. Un ejemplo distintivo de ello en Chile es la estrategia nacional denominada Programa de Acceso a la Atención de Salud a Personas Migrantes (1) para acortar brechas de acceso y uso efectivo del sistema de salud por parte de esta población. Esta es una de las más relevantes estrategias desarrolladas a partir de la Política de Salud de Migrantes Internacionales del año 2017,

cuyo plan de acción se encuentra en evaluación en este momento (1). Más allá de avances como los descritos, se constatan obstáculos como, por ejemplo, la comunicación entre usuarios de salud migrantes y el personal de salud, lo que incluye tanto barreras lingüísticas, como también eventuales diferencias en las aproximaciones hacia los procesos de salud-enfermedad-atención, lo que dificulta el encuentro en salud (2). Dentro de las estrategias para aplicar la interculturalidad en salud en Chile dirigidas a personas migrantes internacionales, se ha implementado la figura de los facilitadores y mediadores interculturales, en algunos casos también llamados anfitriones interculturales, en distintos niveles de atención. Esta figura de apoyo a la atención de personas migrantes en Chile y el mundo replica y adapta la figura anterior de mediadores interculturales hacia personas pertenecientes a pueblos indígenas, redibujando los límites de la interculturalidad y planteando nuevos desafíos en materia de salud en todo el mundo.

Existen diversas aproximaciones teóricas y prácticas sobre el rol de facilitador y mediador intercultural. Con ello, la literatura especializada internacional ofrece definiciones diversas entre sí. De manera general, el facilitador intercultural (FI) es una figura emergente en los sistemas de salud que responde a la creciente diversidad cultural derivada de los procesos migratorios. Su rol ha sido particularmente estudiado en el contexto chileno, donde se ha institucionalizado como parte de la Política de Salud para Migrantes Internacionales. Según Sepúlveda y Cabieses (3), el FI cumple funciones clave como: (i) Traducción e interpretación lingüística, (ii) Educación sobre

el funcionamiento del sistema sanitario local, (iii) Apoyo administrativo y logístico, (iv) Mediación intercultural en situaciones de malentendidos o diferencias culturales, (v) Participación en actividades educativas dirigidas a personas migrantes. Este rol es percibido como un puente entre el sistema de salud y las personas migrantes, facilitando el acceso a servicios con pertinencia cultural y reduciendo barreras estructurales y simbólicas.

El mediador intercultural (MI), por su parte, tiene un enfoque más amplio y estructurado. Su función no se limita a la traducción o facilitación, sino que implica una gestión activa de la diversidad cultural en contextos institucionales. De acuerdo con Echauri Galván, Olivares Leyva y Pena Díaz de la Universidad de Alcalá (4) el MI: (i) Interviene en la resolución de conflictos culturales, (ii) Promueve la igualdad, la interacción positiva y la convivencia intercultural, (iii) Posee competencias en comunicación, negociación y conocimiento profundo de las culturas implicadas, (iv) Actúa como agente de cambio social, fomentando prácticas institucionales más inclusivas. El mediador intercultural es clave en sectores como la salud, la educación y los servicios sociales, donde la diversidad cultural puede generar tensiones si no se gestiona adecuadamente. Ambas figuras son fundamentales para promover la equidad en el acceso a servicios públicos en contextos multiculturales. Mientras el facilitador intercultural actúa como un puente operativo, el mediador intercultural se posiciona como un gestor de la diversidad y promotor de la transformación institucional hacia modelos más inclusivos.

De manera global, es necesario mencionar que el rol que cumplen facilitadores y mediadores interculturales en salud es reconocido como un valor importante de los sistemas de salud. Más aún, de acuerdo con algunos autores el desarrollo de este enfoque es crucial para lograr una inclusión real de esta población en los sistemas de salud, haciendo con ello efectivo los acuerdos internacionales en torno a la migración y la salud desde los principios de derechos humanos, del derecho a gozar de una buena salud, y de poder acceder de manera efectiva a los sistemas de salud disponibles en los diversos países de destino de migrantes (5). El cuadro a continuación distingue estas dos figuras, que de manera general para este libro se considerarán como similares e incluirán la categoría de anfitrión intercultural, que ha aparecido también en algunos centros asistenciales del país.

Cuadro 1. Paralelo entre figuras de facilitador y mediador intercultural, de acuerdo con la evidencia científica disponible

Dimensión	Facilitador intercultural	Mediador intercultural
Enfoque	Operativo y funcional	Estratégico y relacional
Funciones principales	Traducción, apoyo, educación sanitaria	Resolución de conflictos, promoción de convivencia
Formación requerida	Conocimientos culturales y lingüísticos	Formación en mediación, competencias interculturales
Ámbitos de acción	Salud, servicios públicos	Salud, educación, justicia, servicios sociales

De acuerdo con la literatura disponible y sistematizada por Urrutia y cols el 2021 (6), existen dos tipos de mediadores interculturales: los mediadores profesionales y los mediadores no profesionales o informales. El primer tipo de mediadores corresponde a personas que cuentan con algún tipo de formación que orienta su quehacer en el espacio de salud, ayudando a la comprensión entre trabajadores de la salud y usuarios. El segundo tipo de mediadores corresponde a aquellas personas que realizan mediaciones entre el personal de salud y los usuarios, pero sin contar con una formación en el área. Generalmente los mediadores informales son familiares, acompañantes significativos o personal de la salud, administrativos o de otro tipo que trabajan en los centros de salud y se pide su presencia cuando no existen mediadores profesionales o bien éstos no están disponibles. De acuerdo con Valverde Jiménez de España, la figura del mediador intercultural profesional es necesaria para la mediación con población migrante (7).

La evidencia mundial y nacional indica que los mediadores interculturales son necesarios para las atenciones de salud de poblaciones migrantes internacionales. Adicionalmente, la literatura da cuenta de algunas barreras y limitaciones para el ejercicio del rol de facilitador y mediador intercultural, que son de distinto tipo: idiomáticas, culturales, de formación o entrenamiento, de integración a equipos de salud, de trato, de formalidad y continuidad laboral, entre otros (6). Los facilitadores y mediadores interculturales necesitan una formación que oriente de manera profesional su quehacer en la mediación en atenciones de salud con población migrante.

Esto, porque la mayoría de la evidencia disponible en la actualidad sugiere que los mediadores informales pueden producir efectos negativos debido a la falta de conocimientos y distorsión de la información (8–10). Uno de los desafíos más importantes de esta figura se relaciona con la adecuada formación y ejercicio de la mediación intercultural como campo específico de acción en la atención de salud con enfoque intercultural, y que será desarrollada en la siguiente sección con mayor detalle.

La relevancia de la mediación intercultural en salud

La mediación intercultural, puede ser entendida como una estrategia de intervención en contextos de alta diversidad cultural, que busca el reconocimiento del otro, la comunicación y comprensión mutua, el aprendizaje compartido y la regulación de conflictos (11). Se distingue de otras formas de mediación por su enfoque en la interacción entre actores sociales o institucionalmente diferenciados y por su objetivo de promover tanto la integración entre sujetos como la adaptación de las instituciones a la diversidad cultural (11,12). La mediación intercultural se caracteriza por la diferencia etnocultural entre las partes y el impacto de esta en sus relaciones. Desde esta perspectiva, se considera la influencia del bagaje cultural del mediador y se tiene como objetivo promover relaciones libres de discriminación, basadas en el reconocimiento mutuo y el intercambio entre distintos actores (12). En el ámbito de la salud, su implementación requiere al menos dos elementos clave: lograr una comunicación efectiva entre usuarios y equipos

biomédicos, y construir espacios que permitan la validación y negociación cultural en el proceso de comunicación e intercambio. Esto implica mejorar el diálogo al construir terrenos de entendimientos comunes e incorporar modelos de comprensión de la salud y enfermedad diversos, considerando a la cosmovisión de los pacientes en el proceso terapéutico (13).

Los antecedentes de los facilitadores interculturales en salud en Chile se identifican en el Programa Especial de Salud y Pueblos Indígenas (PESPI) y en la Política de Salud y Pueblos indígenas (14,15). Desde estos lineamientos, el facilitador intercultural en salud es descrito como una persona perteneciente a alguno de los pueblos originarios nacionales, que cumple la función de articular las necesidades de los/as usuarios con la red de salud (16). De esta forma, su figura y rol se definen en términos amplios hablando de articular necesidades, pero no se establece en qué momentos de la atención intervendrá ni qué otros roles deben cumplir dentro del sistema de salud. En el caso de los facilitadores interculturales en salud dirigidos a población migrante internacional, que es el foco de nuestro capítulo y libro, se menciona su rol en la Política de Salud de Migrantes Internacionales, revisada en el capítulo anterior. Específicamente en su eje de aceptabilidad, se menciona la incorporación de facilitación lingüística y mediación intercultural, con el objetivo de disminuir barreras que se generan en la interacción de la población migrante internacional con las instituciones de salud (17).

La literatura nacional e internacional sobre mediación intercultural y facilitadores interculturales evidencia desafíos persistentes en la materia. Se observa que, en algunos países pese a contar con regulaciones en torno a acciones de mediación intercultural, como la traducción lingüística, las instituciones de salud no necesariamente cumplen los protocolos establecidos y muchas veces acompañantes de los pacientes, externos al sistema de salud, terminan desempeñando el rol de traductores (18,19). A la vez, se evidencia que el personal de salud no necesariamente recibe capacitaciones para el trabajo con facilitadores interculturales y que pueden emerger dificultades en esta interacción si no se realiza un encuadre previo de cómo se llevará a cabo el trabajo de mediación (20–22). Por otro lado, algunos estudios reportan que contar con intérpretes profesionales facilita la comprensión de la información y la adecuación de la información transmitida por el profesional de la salud a los usuarios (23,24).

Definiciones y dimensiones de la mediación intercultural en salud

¿De qué se está hablando cuando se habla de mediación intercultural en la práctica? La mediación intercultural es un proceso estructurado de intervención social que busca facilitar la comunicación, la comprensión mutua y la convivencia entre personas o grupos de diferentes culturas. Su objetivo principal es gestionar positivamente la diversidad cultural, especialmente en contextos donde esta diversidad puede generar tensiones, malentendidos o conflictos. Desde una

perspectiva académica, algunos expertos definen la mediación intercultural como una herramienta que permite transformar los conflictos derivados de la diversidad cultural en oportunidades de diálogo y enriquecimiento mutuo (25,26). Esta práctica no solo se limita a resolver disputas, sino que también promueve la equidad, la inclusión y el reconocimiento de las diferencias culturales como un valor social. La mediación intercultural se fundamenta en al menos los siguientes cuatro principios: (i) Imparcialidad del mediador o mediadora, (ii) Confidencialidad del proceso, (iii) Voluntariedad de las partes involucradas, (iv) Reconocimiento de la diversidad cultural como un derecho y una riqueza.

En contextos comunitarios, como señala Urruela Arnal y Bolaños Cartujo (27), la mediación intercultural adquiere una dimensión transformadora, ya que contribuye a la construcción de ciudadanía intercultural, fomentando la participación activa de las personas migrantes y autóctonas en la vida social y política de sus comunidades. Además, en sectores como la salud, la educación y los servicios sociales, la mediación intercultural se ha consolidado como una estrategia clave para garantizar el acceso equitativo a derechos y servicios, superando barreras lingüísticas, culturales y administrativas. En definitiva, la mediación intercultural no es solo una técnica de resolución de conflictos, sino una práctica social y política que promueve la justicia social, la cohesión comunitaria y el respeto por la diversidad en sociedades cada vez más multiculturales.

Adicionalmente, se pueden identificar al menos tres dimensiones de importancia a la hora de implementar la mediación intercultural en general y en los escenarios de salud: (i) la dimensión técnica, (ii) la dimensión afectiva, (iii) la dimensión comunicacional, que requiere de las dos primeras y también de entrenamiento adicional. Respecto de la dimensión técnica, los contenidos de formación deben contener al menos elementos básicos como la relación con los usuarios y los trabajadores de la salud, entender los sistemas de salud y el funcionamiento de los lugares donde están trabajando, pero también, formación en áreas específicas de la biomedicina y la salud mental como salud sexual y reproductiva, oncología, odontología, entre otros. Dentro de la formación de los mediadores, éstos deben estar capacitados en la utilización de tecnologías de la mediación y la comunicación, por ejemplo, poder interpretar mediante llamadas telefónicas, video conferencias y si es que existe, saber utilizar aplicaciones telefónicas. Del mismo modo, es importante que los trabajadores de la salud estén al tanto de estas herramientas para que puedan utilizarlas en conjunto y de manera fluida con los mediadores en las prestaciones de salud. Su rol debe ser claro en el espacio de las atenciones de salud, y debe estar claro también para los trabajadores de la salud y para los usuarios migrantes de los sistemas de salud.

La dimensión afectiva da cuenta de habilidades de contención y primeros auxilios psicológicos, de manejo de situaciones de estrés asociadas tanto al proceso migratorio como a procesos de salud-enfermedad que se estén enfrentando. También requiere de autorregulación emocional para manejo neutro de

situaciones difíciles y desafiantes emocionalmente. Respecto de lo comunicacional, se exigen en este encuadre relacional que la comunicación usuario-profesional de la salud, mediada por un facilitador o mediador intercultural como tercer actor (o cuarto, si la persona viene acompañada por un familiar o persona significativa) fomente el intercambio de percepciones, experiencias, significados e interpretaciones de los procesos de salud que se estén viviendo. El logro de una comunicación intercultural efectiva es el resultado de un proceso largo, que requiere de la formación y entrenamiento tanto del personal de salud como de facilitadores/mediadores interculturales. No hay un consenso en escalas internacionales que midan la interculturalidad en salud general, ni en poblaciones migrantes internacionales en particular. Sin embargo, muchos de los ejemplos encontrados en la literatura revisada se aplican a usuarios y a profesionales de la salud, e incluyen por ejemplo satisfacción usuaria, uno de los indicadores que determina la calidad de atención en salud.

Algunos desafíos y oportunidades de los facilitadores y mediadores interculturales en la atención a personas migrantes

Respecto a la situación en Chile, la escasa literatura sobre el tema evidencia que además de traducción e interpretación, los facilitadores interculturales cumplen funciones claves en educación sanitaria y orientación dentro del sistema para los usuarios, por lo que su presencia puede aportar a mejorar la eficiencia del sistema sanitario (28). No obstante, se identifican dificultades administrativas y relacionadas con la falta de

regulación del rol de esta figura. Además, se evidencia que los facilitadores enfrentan una alta carga emocional y laboral sin suficiente apoyo psicosocial para desempeñar sus labores. Como recomendaciones para abordar esta situación, se sugiere fortalecer su integración en los equipos de salud y capacitar a los profesionales sanitarios en interculturalidad (29), lo que permitiría fortalecer el trabajo conjunto en favor de la interculturalidad para personas migrantes. Considerando la relevancia que puede tener esta figura en la implementación de un enfoque intercultural adecuado, rescatar sus experiencias, historias y conocimientos resulta fundamental para robustecer la información sobre su rol dentro del sistema.

De acuerdo con lo evidenciado por Cabieses, Obach y Urrutia el 2021 (30), se reconocen los siguientes ocho aspectos esenciales de la figura de facilitadores y mediadores interculturales en salud para una mejor atención de salud, y que en muchos casos sigue siendo un desafío pendiente de los sistemas de salud:

Capacitación continua a mediadores interculturales en diversos temas, incluyendo la relación entre trabajador de la salud y usuario/a; términos y lenguaje médico, para superar la barrera de literacidad en salud. También a equipos de salud tanto en temas de interculturalidad y sensibilización, como en el trabajo con mediadores interculturales.

Definir funciones y roles generales y específicos de los mediadores interculturales. Se observó que muchas de las dificultades en la atención es el desconocimiento del rol que

cumple esta figura en las atenciones, más allá de la traducción lingüística que muchas veces realizan. Asimismo, la falta de reconocimiento del/a mediador intercultural como un trabajador de la salud también dificulta la relación entre éste y los otros trabajadores de la salud.

En muchos casos, los facilitadores interculturales y mediadores interculturales deben tener competencias reales en traducción idiomática.

Es necesario contar con mediadores interculturales que trabajen en áreas de salud específicas, como oncología, salud mental etc. Estos/as mediadores, además de capacitarse en sus funciones y roles generales, se formarían en los temas específicos en los que van a trabajar, adquiriendo conocimientos específicos y un lenguaje médico más preciso para comunicar hacia la población donde ejercen la mediación.

Es importante contar con un código ético o de buenas prácticas, que permita guiar el accionar de los/as facilitadores y mediadores interculturales que atienden a poblaciones migrantes internacionales. Este código ético es complementario a cualquier documento que detalle los roles y funciones de los/as mediadores interculturales.

Fortalecer y difundir la importancia de contar con mediador/facilitador/intérprete desde un enfoque de derecho, por lo tanto, es esencial que se informe al usuario de

su existencia y posibilidad de utilizarlo durante la atención de salud si se desea.

Se debe fortalecer el contar con un espacio físico adecuado, privado y tranquilo para las atenciones de salud. Además, es relevante considerar un tiempo de atención apropiado para llevar a cabo la atención de salud con enfoque intercultural. Esto puede variar de país en país conforme a la cultura y normativas de cada sistema de salud y modelo de atención, pero merece atención y revisión caso a caso.

Se debe conectar la interculturalidad en salud con el enfoque de atención centrada en el usuario y en sus necesidades y expectativas particulares de la atención de salud, por lo que una coordinación previa entre trabajador de la salud e intérprete es esencial para evitar situaciones complejas en las atenciones.

En conjunto, la experiencia comparada y el panorama chileno muestran que facilitadores y mediadores son piezas clave para traducir la interculturalidad desde los marcos declarativos hacia prácticas cotidianas de atención. Para que su aporte sea efectivo, se requiere claridad de funciones, protocolos y ética de actuación, formación continua y apoyo psicosocial, tiempos y espacios adecuados de atención, y mecanismos de coordinación con los equipos clínicos.

Hacia la profesionalización y sostenibilidad de la mediación intercultural en salud en Chile

La consolidación de la figura del facilitador y mediador intercultural en el sistema de salud chileno exige avanzar desde experiencias puntuales hacia un proceso de profesionalización y sostenibilidad institucional. No basta con reconocer la utilidad práctica de este rol: es necesario dotarlo de un marco normativo, formativo y laboral que garantice continuidad y calidad, en sintonía con los compromisos internacionales en materia de derechos humanos y equidad en salud.

La mediación intercultural debe ser entendida como parte del derecho a la salud y no como un recurso opcional. Desde la perspectiva de la OMS, la equidad en salud requiere eliminar barreras de acceso estructurales, culturales y lingüísticas (31). En Chile, la Política de Salud para Migrantes Internacionales reconoce la necesidad de mediación y facilitación como mecanismos para garantizar la aceptabilidad de los servicios. Sin embargo, su implementación sigue siendo desigual y sin estándares uniformes. El reconocimiento normativo del rol contribuiría a legitimar la mediación intercultural como parte de la oferta pública de salud y como condición para el cumplimiento de obligaciones estatales en materia de no discriminación y acceso universal (32).

Otro desafío central es asegurar la integración efectiva de los mediadores en los equipos clínicos. La evidencia internacional muestra que cuando los profesionales de salud no

comprenden las funciones de los facilitadores, surgen tensiones y desconfianza (33). Protocolos claros que definan cuándo y cómo se activa la mediación son clave para mejorar la calidad de la atención. Asimismo, se requiere garantizar apoyo psicosocial y prevención de la sobrecarga emocional. Los mediadores trabajan frecuentemente con personas en situaciones de alta vulnerabilidad, lo que genera un desgaste que no siempre es reconocido (34). La provisión de espacios de autocuidado y acompañamiento resulta fundamental para evitar la rotación temprana y el burnout. Es así que la profesionalización y sostenibilidad de la mediación intercultural requiere avanzar en tres frentes: reconocimiento normativo desde un enfoque de derechos, formación y formalización del rol, e integración efectiva en los equipos clínicos con apoyo psicosocial y mecanismos de evaluación. Estos pasos permitirán que la figura del facilitador y mediador no solo subsane barreras de acceso en salud, sino que también se consolide como una herramienta estratégica para la equidad, la justicia social y la cohesión intercultural en Chile.

El capítulo siguiente recoge las voces de quienes ejercen este rol: testimonios que iluminan su trabajo diario, los dilemas que enfrentan y las soluciones que han construido, insumos esenciales para continuar fortaleciendo estrategias dirigidas a la atención sanitaria de personas en movilidad humana.

Referencias del capítulo

1. Ministerio de Salud. P. Política de salud de migrantes internacionales. 2017.
2. Larchanché S, Bouznah S. La médiation transculturelle: un nouvel outil. . L'Autre . 2020 Mar 20;21(1):4–7.
3. Sepúlveda C, Cabieses B. Role of the intercultural facilitator for international migrants in chilean health centres: Perspectives from four groups of key actors. Rev Peru Med Exp Salud Publica [Internet]. 2019 [cited 2025 Aug 10];36(4):592–600. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31967250/
4. Pena Díaz C, Echauri Galván B, Olivares Leyva M. LAS FUNCIONES DEL MEDIADOR INTERCULTURAL EN EL ÁMBITO SANITARIO: HABILIDADES Y CONOCIMIENTOS. . 2014.
5. Sachin J. Experiential training for enhancing intercultural sensitivity - PubMed. J Cult Divers [Internet]. 2013 [cited 2025 Aug 10];20(1):15–20. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23614176/
6. Urrutia C, Molina X, Obach A, Cabieses B. Evidencia científica sobre interculturalidad en salud y mediación intercultural en la atención de salud a migrantes internacionales. In: Cabieses B, Obach A, Urrutia C, editors. Interculturalidad en salud: teorías y experiencias para poblaciones migrantes internacionales. 2021.
7. Jiménez V, Rosario M. Mediación intercultural en el ámbito sanitario de la Región de Murcia. Enfermería Global [Internet]. 2013 [cited 2025 Aug 10];12(29):383–90. Available from: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412013000100020&lng=es&nrm=iso&tlng=es
8. Kilian S, Swartz L, Dowling T, Dlali M, Chiliza B. The potential consequences of informal interpreting practices for

assessment of patients in a south african psychiatric hospital. Soc Sci Med. 2014;106:159–67.
9. Lauridsen IG, Terkildsen MD, Sørensen LU. A systematic review of whether the number of linguistic errors in medical interpretation is associated with the use of professional vs ad hoc interpreters. Archives of Public Health [Internet]. 2024 Dec 1 [cited 2025 Aug 19];82(1):1–13. Available from: https://archpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13690-024-01461-8
10. Flores G, Laws MB, Mayo SJ, Zuckerman B, Abreu M, Medina L, et al. Errors in Medical Interpretation and Their Potential Clinical Consequences in Pediatric Encounters. Pediatrics [Internet]. 2003 Jan 1 [cited 2025 Aug 19];111(1):6–14. Available from: /pediatrics/article/111/1/6/28542/Errors-in-Medical-Interpretation-and-Their
11. Giménez C. La naturaleza de la mediación intercultural. MIG [Internet]. Migraciones [Internet]. 1997;(2):125–59. Available from: https://revistas.comillas.edu/index.php/revistamigraciones/article/view/4888
12. Giménez C. Modelos de mediación y su aplicación en mediación intercultural. Migraciones [Internet]. 2001;10:59–110. Available from: https://revistas.comillas.edu/index.php/revistamigraciones/article/view/4376
13. Alarcón M AM, Vidal H A, Neira Rozas J. Salud intercultural: elementos para la construcción de sus bases conceptuales. Rev Med Chil [Internet]. 2003 Sep;131(9):1061–5. Available from: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872003000900014

14. Poblete M, Goldstein E. Políticas de Salud Intercultural en Chile [Internet]. 2019 Jul [cited 2025 Feb 26]. Available from: https://obtienearchivo.bcn.cl/obtienearchivo?id=repositorio/10221/27514/1/BCN_Poblete___Politicas_de_Salud_Intercultural_en_Chile_final.pdf
15. Servicio de Salud Metropolitano Sur. Programa Especial de Salud y Pueblos Indígenas-PESPI [Internet]. [cited 2025 Feb 26]. Available from: https://ssms.gob.cl/como-me-cuido/programas-de-salud/programa-especial-de-salud-y-pueblos-indigenas-pespi/
16. Ministerio de Salud. Política de Salud y Pueblos Indígenas 2003 [Internet]. 2003. Available from: http://www.bvsde.paho.org/bvsapi/e/paises/chile/politica.pdf
17. Equipo Asesor Sectorial de Salud de Migrantes, Ministerio de Salud, Fonasa, Superintendencia de Salud. POLÍTICA DE SALUD DE MIGRANTES INTERNACIONALES [Internet]. 2018 [cited 2025 Jul 21]. Available from: https://www.crececontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2018/01/2018-01-22-POLITICA-DE-SALUD-DE-MIGRANTES.pdf
18. Diamond LC, Wilson-Stronks A, Jacobs EA. Do hospitals measure up to the national culturally and linguistically appropriate services standards? Med Care. 2010;48(12):1080–7.
19. Ramsey KW, Davis J, French G. Perspectives of Chuukese Patients and Their Health Care Providers on the Use of Different Sources of Interpreters. Hawaii J Med Public Health [Internet]. 2012;71(9):249. Available from: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3443847/
20. Sorensen J, Norredam M, Suurmond J, Carter-Pokras O, Garcia-Ramirez M, Krasnik A. Need for ensuring cultural competence in medical programmes of European universities. BMC Med Educ. 2019 Jan 15;19(1).

21. Eklöf N, Hupli M, Leino-Kilpi H. Nurses' perceptions of working with immigrant patients and interpreters in Finland. Public Health Nurs. 2015;32(2):143–50.
22. Morina N, Maier T, Schmid Mast M. Lost in Translation? Psychotherapie unter Einsatz von Dolmetschern. Psychother Psychosom Med Psychol. 2010;60(3–4):104–10.
23. Silva MD, Genoff M, Zaballa A, Jewell S, Stabler S, Gany FM, et al. Interpreting at the End of Life: A Systematic Review of the Impact of Interpreters on the Delivery of Palliative Care Services to Cancer Patients with Limited English Proficiency. J Pain Symptom Manage. 2016 Mar 1;51(3):569–80.
24. Rosenberg E, Seller R, Leanza Y. Through interpreters' eyes: Comparing roles of professional and family interpreters. Patient Educ Couns. 2008;70(1):87–93.
25. Gímenez Romero C. Teoría y Práctica de la Mediación Intercultural: Diversidad, Conflicto y Comunidad. 1°. Madrid: Editorial Reus; 2019.
26. Novel Martí G. Mediación en salud: un nuevo paradigma cultural en organizaciones que cuidan. Editorial Reus; 2012.
27. Urruela I, Iñaki A, Cartujo B. Mediación en una Comunidad Intercultural Mediation at an Intercultural Community. Anuario de Psicología Jurídica [Internet]. 2012 [cited 2025 Aug 10];22:2012–119. Available from: http://dx.doi.org/10.5093/aj2012a11
28. Sepúlveda C. Estudio cualitativo del rol de los facilitadores interculturales en la atención de salud de migrantes internacionales en dos comunas de la Región Metropolitana: Quilicura y Santiago [Internet] [Internet] [Tesis para optar al grado de magíster en Gestión y Políticas Públicas]. [Santiago, Chile]: Universidad de Chile; 2019. Available from: https://repositorio.uchile.cl/handle/2250/170509

29. Sepúlveda C, Cabieses B. Role of the intercultural facilitator for international migrants in chilean health centres: Perspectives from four groups of key actors. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2019;36(4):592–600.
30. Cabieses B, Obach A, Urrutia C, editors. Interculturalidad en Salud. Teorías y experiencias para poblaciones migrantes internacionales. Universidad del Desarrollo; 2021.
31. Blas E, Sivasankara A. Equity, social determinants and public health programmes [Internet]. World Health Organization. Geneva; 2010. Available from: http://www.who.int/social_determinants/
32. United Nations. United Nations Treaty Collection [Internet]. 2000 [cited 2025 Aug 19]. Available from: https://treaties.un.org/pages/ViewDetails.aspx?src=TREATY&mtdsg_no=IV-13&chapter=4
33. Eklöf N, Hupli M, Leino-Kilpi H. Nurses' perceptions of working with immigrant patients and interpreters in Finland. Public Health Nurs [Internet]. 2015 Mar 1 [cited 2025 Aug 19];32(2):143–50. Available from: /doi/pdf/10.1111/phn.12120
34. Jiménez R. Mediación intercultural en el ámbito sanitario de la Región de Murcia. Enfermería Global [Internet]. 2013 [cited 2025 Aug 19];12(29):383–90. Available from: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412013000100020&lng=es&nrm=iso&tlng=es

Capítulo 3: Testimonios de facilitadores y anfitriones interculturales

Los siguientes testimonios de facilitadoras, facilitadores y anfitriones interculturales en salud muestran diversas experiencias sobre cómo se abordaron diferentes situaciones de encuentro cultural en el contexto de la atención en CESFAM y en hospitales, con pacientes provenientes, particularmente, de Haití. En estos acompañamientos quedan de manifiesto algunas competencias interculturales que los facilitadores aplican en lo cotidiano, tales como: la empatía, la escucha activa, el reconocimiento y la comunicación intercultural, así como la adaptación y la flexibilidad.

EMMANUELLA DASTINOT

Ser facilitadora intercultural significa ser un puente de comunicación y comprensión entre personas migrantes y el sistema de salud, ayudando a garantizar una atención digna, respetuosa y culturalmente
He trabajado con personas que llegan al hospital con mucho miedo: miedo de no entender, de no ser comprendidos, de ser discriminados o de recibir un trato injusto. Algunas veces han vivido experiencias difíciles antes de llegar a Chile, o aquí mismo, en otros servicios. Por eso, cuando se encuentran con alguien que les habla en su idioma, que comprende su cultura y que los trata con respeto, su actitud cambia. Se abren, confían, participan más activamente en su atención. Eso no tiene precio.

Ser facilitadora intercultural me ha enseñado que la comunicación va mucho más allá de traducir palabras: se trata de comprender emociones, contextos y culturas. Aprendí que escuchar con empatía es clave para que las personas migrantes se sientan seguras y respetadas. También entendí que la salud se vive de forma distinta en cada cultura, y que es necesario mediar con respeto entre esas diferencias.

He desarrollado paciencia, resiliencia y la capacidad de generar cambios desde lo cotidiano, incluso en espacios difíciles. Este trabajo me confirmó que la diversidad no es un obstáculo, sino una riqueza que puede transformar el sistema de salud en algo más humano e inclusivo.

Uno de los desafíos más frecuentes ha sido el desconocimiento del rol del facilitador intercultural. Muchas veces, el personal de salud no entiende completamente en qué consiste nuestro trabajo y lo limita a una simple traducción, sin considerar la importancia de la mediación cultural y emocional que realizamos.

También he enfrentado situaciones de discriminación y prejuicios, tanto hacia mí como hacia los pacientes migrantes. Hay momentos en los que se nota una falta de sensibilidad o de trato digno, lo que afecta profundamente la experiencia del paciente y genera frustración en nuestro trabajo.

Otro desafío constante ha sido la falta de recursos y apoyo institucional. A veces trabajamos sin horarios definidos, con mucha carga emocional y sin espacios formales de autocuidado o capacitación continua. Esto puede afectar nuestra salud mental y física. Además, me he enfrentado al dolor de acompañar procesos difíciles, como diagnósticos graves o pérdidas, sin siempre tener el respaldo emocional que este tipo de trabajo requiere. Acompañar a alguien en su idioma es también compartir su sufrimiento, y eso deja huella. Sin embargo, a pesar de todos estos desafíos, sigo convencida de que nuestro rol es esencial. Cada dificultad me ha fortalecido y reafirmado el valor de estar presente como puente entre culturas, con respeto, compromiso y humanidad.

"Ser facilitadora intercultural ha sido construir puentes de confianza y dignidad entre culturas, en los momentos más humanos del cuidado en salud"

He desarrollado paciencia, resiliencia y la capacidad de generar cambios desde lo cotidiano, incluso en espacios difíciles.



En un turno llegó una pareja de personas haitianas, era el caballero quien hablaba poco el español y fue quien en todo momento identificó los síntomas por las cuales traía a su esposa a la Emergencia. Indicó que su mujer estaba mal porque "le había bajado la luna" señalando el abdomen de la señora. Al ver el abdomen redondo y abultado de la señora, pregunté al caballero que si su esposa estaba embarazada y me respondió que no sabían y que por eso estaban en el SAPU. Pregunté al caballero que si su esposa sentía dolor o ardor al orinar respondió que no. Pregunté si estaba sangrando y me dijo que sí. Pregunté si la señora tenía dolor de cabeza o fiebre o algún dolor intenso en su abdomen como para escribirlo y a todo me respondió que no, que ella estaba bien, sin dolores, solo que luego de muchos meses a su esposa "le había bajado la luna".

Para el abordaje intercultural, primero consulté el conocimiento de otros idiomas al paciente y al personal de salud. Como en el SAPU no tenemos intérpretes, consulté a los médicos de turno si alguno de ellos hablaba francés o creole y me dijeron que solo español e inglés intermedio. Le pregunté al esposo si la señora hablaba inglés y me respondió que no. Para resolver la situación, llamé a una facilitadora intercultural haitiana con la que me he capacitado en temas de interculturalidad y salud, y aceptó servir de intérprete, y la doctora también aceptó la ayuda, solo con fines de poder comunicarse con la paciente de forma más clara y obtener más detalles específicos de su situación.

BERLINCE MIRVIL

Para mí ser un facilitador intercultural implica actuar como un puente entre diferentes culturas, ayudando a personas de diversos orígenes a comunicarse y entenderse de manera efectiva especialmente a mis compatriotas (haitianas).

Una de mis experiencias fue una vez, una paciente estaba descompensada porque no entendía las indicaciones, cómo tenía que tomar los medicamentos y cómo inyectar las insulinas. De repente me llamaron para una educación de insulina y después de unos meses, volvió el paciente a agradecerme, porque le salieron muy bien sus exámenes, debido a que dijo que ahora sabe muy bien cómo se puede administrar sus fármacos. Me dijo que eso sucedió gracias a mi porque le explicaba muy bien en creole cómo tenía que administrarlas.

Como facilitador, uno de los principales desafíos que enfrenté es superar la discriminación de algunos usuarios.

Gracias a ser facilitador intercultural:

- Aprendí a tener más acercamiento con mis compatriotas.
- Aprendí a ayudar en lo que está a mi alcance.
- Aprendí a darles información efectiva y actualizada.

"Buen trato al usuario(a)"

Facilitadores migrantes



DARLINE BLANCHET

Para mí, ser facilitador/a intercultural es: Promover la integración, ayudando a las personas migrantes a entender y participar activamente en la vida comunitaria, educativa, laboral, cívica, salud, entre otros. Acompañarlo en trámites burocráticos, acceso a servicios de salud, educación, empleo, por nombrar algunos. Traducir no solo el idioma, sino también los códigos culturales y las formas de comportamiento.

Los/las pacientes evangélicos en sus discursos son siempre <Dios puede curar todo>. Los/las pacientes que son cristianos, siempre creen que Dios, es un Dios todopoderoso que puede sanar cualquier enfermedad.

Había una paciente embarazada con alto riesgo de perder al bebé por presión arterial alta (hipertensión) y por diversos diagnósticos más. La paciente es una pastora muy, pero muy creyente, el equipo médico la convocó a una reunión para poder dejar claro lo que podría pasar a futuro con el bebé o en cualquier momento durante el embarazo y tenía que venir a los controles semanalmente, pero hay ocasiones que no aparecía. A pesar de lo que le estaba contando la paciente no tomaba el peso de la situación y faltaba mucho en los controles.

Estrategia verbal para persuadirla de que tiene que venir a los controles: Le dije que es muy bueno confiar en Dios, Él tiene el poder y la capacidad de cambiar la situación, pero a los profesionales médicos Dios les entregó alto conocimiento y

capacidades para ayudarnos en los momentos difíciles bajo su amparo. Ten en cuenta que el hombre propone, pero Dios dispone; sin embargo, el Señor juzga los motivos, por qué pasan las cosas.

Si usted tenía todas las posibilidades, la facultad para salvar su vida y la del bebé y usted no las consideraba, después no podrá culpar a Dios. Porque las atenciones médicas son unas bendiciones de Dios, la fe en la palabra de Dios trae sanidad en nuestra salud con la ayuda de los profesionales de salud también.

Como final feliz, desde ese día asistió a todos los controles y tuvo a su bebé, aunque él nació prematuro y está hospitalizado, pero dentro de todo él está estable.
He aprendido mucho acerca de las Habilidades de Comunicación Asertiva y Mediación. La comunicación es un eje clave.

Como facilitadora, aprendo mucho a:

- Escuchar activamente, prestando atención no solo al lenguaje verbal, sino también al lenguaje corporal y a los matices culturales.
- Mediar conflictos que pueden surgir por malentendidos culturales, utilizando herramientas como el diálogo constructivo, la reformulación y la negociación intercultural.
- Adaptar el lenguaje y los mensajes para que sean comprendidos en diversos contextos culturales y

lingüísticos, lo que mejora enormemente la capacidad de comunicación efectiva.

Desafíos a los cuales me he enfrentado al desempeñarme como facilitadora intercultural es:

- Gestión emocional y empatía intercultural
- Manejo de frustraciones: de vez en cuando se enfrentan incomodidades o tensiones internas al intentar mediar entre posturas muy distintas o ante actitudes discriminatorias.
- Empatía y neutralidad: Lograr mantener una postura empática sin caer en parcialidades o juicios es fundamental, pero difícil cuando las diferencias culturales involucran temas sensibles.

"Fui puente entre saberes ancestrales y la medicina occidental para mejorar la atención en salud"

ZAHRA HOSAINI

Ser facilitador intercultural es ser una figura mediadora entre el sistema de salud público y sus equipos de atención, la persona indígena enferma y su familia, y los agentes de salud propios de los pueblos originarios.

Yo soy afgana y sé más o menos español. Llevo 11 años en Chile. Hace 4 años más o menos llegaron afganos escapando de Talibán en Afganistán. Yo conocí a varios de ellos y les ayudé a ingresar al sistema de salud público, a los que necesitaban urgentemente o normalmente.

Siendo facilitadora, aprendí los requisitos que necesitan las personas para ingresar al sistema de salud público. Además, aprendí cómo sacar horas en caso de emergencia. Además, conocí a unas gentes tan buenas en Cesfam que siempre ayudan a las personas que no saben el idioma. Igual, a veces hay unas personas que exageran mucho y no dan facilitación a las personas que no entienden el idioma y necesitan luego atención y no les gustan los extranjeros.

"Puentes de diálogo y comprensión: facilitando la atención en salud para todos, respetando la diversidad cultural"

JEAN WESLER IRAM

Ser Facilitador intercultural para mi implica ser, un mediador entre diferentes culturas, facilitando la conversación, la comprensión y la colaboración entre dos personas de diferentes orígenes. Nosotros, como haitianos tenemos un sistema de salud muy distinto al sistema de salud chileno y a veces es muy difícil para nosotros entender las indicaciones de los médicos. Por ejemplo, un médico chileno, sus indicaciones para tomar medicamento es cada 4 horas o cada 8 o cada 24 horas. Mientras para nosotros es como tres veces o dos veces al día, y eso genera dificultad a mi comunidad para entender eso. Recuerdo que estaba en un box con un paciente de nacionalidad haitiana y tenía que tomar un medicamento cada 4 horas, y yo tenía que contarle que son cuatro veces al día que tiene que tomar ese medicamento.

El trabajo de facilitador me ha enseñado muchas cosas, como, por ejemplo:

- Tener la capacidad de adaptar mi enfoque a diferentes entornos culturales
- Cómo traducir conceptos de salud, enfermedad y sanación desde una perspectiva intercultural.
- La resolución de conflictos de manera multicultural.

Para mí, los principales de desafíos que he enfrentado es superar la barrera idiomática, culturales y de comunicación en contextos de diversidad. La promoción de la inclusión y el respeto por la diferencia. En la gestión de la diversidad y la resolución de conflictos interculturales. "Mediador"

DARLINE BLANCHET

Para mí, ser facilitador/a intercultural es:

- Fomentar la comprensión mutua.
- Sensibilizar a las comunidades receptoras sobre la cultura, valores y experiencias del migrante.
- Combatir estereotipos, prejuicios y discriminación mediante el diálogo y la educación intercultural.
- Educar y empoderar.
- Brindar herramientas para que el migrante sea autónomo y sepa desenvolverse con confianza.
- Promover el desarrollo de habilidades lingüísticas, sociales y laborales.

Recuerdo que un paciente extranjero con una trombosis venosa profunda, se le formó coágulos de sangre (trombo) en muchas partes del cuerpo, principalmente en una pierna. Él estaba con muchos dolores, aparte tenía ciertas enfermedades que afectaron la forma en que coaguló su sangre en general.

Por otro lado, el paciente tenía insuficiencia cardíaca (cardiomegalia) su corazón estaba muy grande, resulta que tenía que operarse urgentemente y el usuario niega la cirugía. Dijo: si yo estuviera en mi país sería mejor, debido a que podría preparar algunos remedios caseros que podrían recuperarme. El cirujano le manifestó que ningún remedio casero le puede salvar de eso, solo la cirugía. Entonces, me llamaron para conversar con él, al llegar lo primero que me preguntó es si en

Chile vende o si existe una planta que se llama (BOULDIMAS) me dijo que es muy bueno para la coagulación.

Le contesté: la verdad no sé dónde están vendiendo esa planta. Estrategia verbal, le pregunté: ¿acaso no crees en lo que estaba diciendo el médico? Porque dijo, solo la cirugía te puede salvar de eso y si no aceptas la cirugía, la probabilidad de fallecer es altísima. Lo otro, la posibilidad de amputación de la pierna el día de mañana es de 80% porque su pierna no podrá esperar por mucho más tiempo. Aunque tuviera la posibilidad de comprar esa planta, tu pierna ya llegó al límite, no podrá esperar más.

Por último, le dije: ten fe en que todo puede salir bien. Porque el mayor miedo que tenía el paciente es que después de la cirugía se podría quedar con algunas secuelas o alguna discapacidad física. Al final aceptó la operación y todo salió muy bien, después de 4 días le dieron de alta.
He aprendido sobre diversas culturas. Al trabajar con personas de diferentes orígenes, se adquiere un conocimiento directo y vivencial de:

- Normas sociales, rituales y prácticas de distintas culturas.
- Sistemas de valores, estructuras familiares, percepciones del tiempo, la autoridad o la comunidad.
- Dinámicas de poder, inclusión y exclusión, especialmente en contextos de migración, colonización o desigualdad estructural.

Los principales desafíos a los cuales me he enfrentado son acerca de estereotipos y prejuicios, tales como:

- Propios y/o ajenos: El facilitador debe estar constantemente revisando sus propios prejuicios y estereotipos, así como ayudando a las partes involucradas a cuestionar los suyos.
- Microagresiones y discriminación: Debe ser capaz de identificar formas sutiles de discriminación y abordarlas sin agravar el conflicto.

"He traducido no solo el idioma, sino también las emociones y prácticas culturales en espacios clínicos"

ARGENIS GARCÍA

Una paciente de nacionalidad venezolana, se acerca al Cesfam Dr. Luis Ferrada para ser atendida, ya que ella tiene un año de haber llegado a Chile. Me refiere y dice cómo realizarse algunos exámenes y que, si la campaña de vacunación era como en Venezuela, debido a la adaptación en el país, tuvo miedo de no ser atendida, en principio, por carecer de recursos. Sin embargo, se le da las orientaciones, le comento sobre la campaña de vacunación de la influenza, manifiesta no estar de acuerdo con las vacunas dice que son las causas de las enfermedades y que por eso ella no se quería vacunar, por todo lo que se informa en los medios de comunicación.

Me comentó que cuando llegó no quiso participar en la jornada de vacunación, me dice que no creía como lo mencionó anteriormente. Afirma que durante todo este tiempo se ha sentido bien y que para ella no era necesario vacunarse de la influenza. Le recalco la importancia de vacunarse y los beneficios que ello conlleva al momento de estar inoculado, derribando los mitos, que hay en contra de las vacunas.

Que más bien las vacunas ayudan a que el organismo desarrolle inmunidad, para no provocar la enfermedad y más concretamente que el sistema inmunológico produzca los anticuerpos protectores necesarios. No estaba muy convencida; no obstante, le explico de la importancia que tiene y de la cantidad de usuarios migrantes que han participado en las jornadas, a lo que me respondió que lo iba

hacer porque si le llegaba a pasar algo entonces iba a ser muy tarde para una recuperación. Finalmente, se realiza la vacunación para esta usuaria para su beneficio y su seguridad de la vacuna de la influenza.

FABIESKY DESPEIGNE

El 28 de mayo de 2024, una usuaria de nacionalidad haitiana del Cesfam Pdta. Michelle Bachelet se acercó al SOME de su sector para solicitar una hora con la asistente social. La funcionaria del SOME, con el objetivo de brindar una atención de calidad, pidió los servicios de la facilitadora intercultural de migrantes, debido a la barrera idiomática.

La usuaria informó a la funcionaria del SOME que, al programar la cita, también debía contactar a un hogar infantil X (llevaba consigo el número de teléfono del hogar) para informar que estaba cumpliendo con la indicación que le habían dado. Al tratarse de un proceso irregular y evidenciar una clara señal de desesperación en la usuaria, en mi rol de facilitadora y alertada por la situación, le pregunté la razón de esta solicitud.

La usuaria comenzó a relatarme que le habían quitado a sus hijos por motivos que en ese momento desconocía. Explicó cómo la policía llegó a su casa sin previo aviso y, de manera brusca, le arrebató a sus hijos. Además, se debe mencionar que la usuaria es analfabeta, tiene un español muy limitado y contaba con casi nula información sobre el motivo de esta resolución.

Días después, indagando con la asistente social -encargada del caso- logré contactar al hogar infantil y obtuve información sobre la resolución. El motivo de la intervención había sido un caso de violencia intrafamiliar, que incluía violencia verbal y física entre la pareja, así como castigo corporal hacia los hijos.

Por resolución del Tribunal de Familia, como facilitadora y en conjunto con el hogar infantil, inicié talleres sobre buenas prácticas de crianza, donde se abordaron distintos métodos educativos y se explicó a los padres que los niños son sujetos de derechos. Se enfatizó que en Chile el castigo corporal está condenado, y se conversó sobre la propia infancia de los padres y cómo la cultura del castigo físico, profundamente arraigada en algunas familias haitianas, había afectado tanto sus relaciones como sus prácticas de crianza.

Finalmente, la pareja decidió separarse. En la actualidad, se sigue trabajando en los talleres para mejorar la forma de educar desde una perspectiva de respeto hacia las creencias y pertinencia cultural. Además, se logró establecer un lazo de confianza entre los padres y el hogar infantil, lo que permitió coordinar la entrega de los niños a uno de los progenitores.

BERLINCE MIRVIL

Hace poco llegó un paciente desesperado con problema de salud mental. Justo iba entrando a trabajar, y me llamaron para ir a apoyar como facilitador lingüístico, sin olvidar que el paciente estuvo acompañado con su hermano mayor y un amigo que viven a 2 cuadras del Cesfam donde laboro. Cuando llegué lo primero que realicé fue presentarme y les pregunté ¿hace cuanto se encuentra así?

Me dijeron que hace unas dos semanas más o menos, según lo que me contó su amigo, que además relató que su hermano también estuvo un año hospitalizado en independencia, también con un problema de salud mental. Supuestamente, según lo que logré rescatar, es un problema familiar.

Por ende, la persona enferma empezó a hablar de muchas cosas sin sentido. Según lo que me contó, supuestamente hay alguien en Haití que le está haciendo "brujería" y por eso tienen problemas de salud mental. Después de unos minutos, el médico lo hizo pasar para atenderle, su hermano entró también en el box, y el doctor empezó a realizar distintas preguntas. Cabe mencionar que ellos dijeron que es un tema de "brujería", que tienen que llevarlo de vuelta a Haití para que le puedan dar un tratamiento, porque si se queda acá va a empeorar. La pregunta que realicé al hermano mayor que también estuvo enfermo hace un tiempo de hecho hospitalizado por un año, le dije ¿es verdad que usted también estuvo hospitalizado por el mismo problema?

El me respondió que sí, y yo le pregunté ¿cómo te sientes ahora? Me dijo me siento bien. Entonces le repliqué, por el mismo problema te llevaron a un centro para empezar con el tratamiento y en el día de hoy tú te encuentras bien, no crees que tu hermano también podría recibir el mismo tratamiento para mejorar igual que tú, que no es necesario viajar a Haití.

Me respondió que, si está de acuerdo conmigo, y de allí lo llevamos en la ambulancia hacia la posta central por lo cual le atendieron y desde entonces, le dejé mi contacto telefónico para que me llamara cuando lo necesitara, porque él no manejaba el idioma español, tampoco su hermano mayor. Para finalizar, hace poco su hermano me llamó y me dijo que le dieron el alta porque ya se recuperó.

DARLINE BLANCHET

Para mí, ser facilitador/a intercultural es: Ser una figura de apoyo que escucha sin juzgar, reconociendo los desafíos emocionales del proceso migratorio. Crear espacios seguros para que las personas migrantes puedan expresarse y ser escuchadas. Ser facilitador/a intercultural es ser un puente humano entre culturas, ayudando a las personas migrantes a no solo sobrevivir, sino florecer en una nueva realidad, sin perder su identidad.

En diferentes ocasiones, las personas migrantes prefieren utilizar la comunicación no verbal en lugar de expresarse. La comunicación no verbal implica gestos, expresiones faciales, las posturas, movimientos casi imperceptibles, en general, todo tipo de comportamientos durante una conversación. Por ejemplo: el caso de un paciente migrante que tenía a su hijo, menor de edad, hospitalizado. Durante el proceso de alta médica, la doctora estaba explicando al papá del menor todos los procedimientos asistenciales al que fue sometido el niño, su diagnóstico y el tratamiento final. En el momento de las indicaciones para el tratamiento, yo, como facilitadora intercultural, estaba presente y tenía el contacto visual con el papá, yo estaba muy atenta a sus movimientos y cualquier tipo de gesto. Resulta que, en algún momento durante las indicaciones, la doctora menciona una cuchara de café de un jarabe por día. En este instante, me di cuenta que el paciente hizo un gesto (cómo quería decir, ¿por qué eso?). Luego, la doctora le preguntó, si está todo claro, el papá contestó, sí, entendió todo.

Posteriormente, le pregunté, ¿usted entendió esta parte? donde decía una cuchara de café. Enseguida, me dijo, ¿y por qué tengo que dar a mi hijo una cucharada de café todos los días? En este momento me di cuenta de que no había entendido la indicación de cómo administrar el medicamento. Iba a dar al niño cada día una cuchara de café exactamente como lo escuchó. Por lo tanto, el contacto visual y la interpretación de la comunicación no verbal ayudaron a salvar la vida del niño y, a su vez, a modificar la cuchara de café en cantidad de mililitros.

Como facilitadora, he aprendido a adoptar una perspectiva decolonial, que valora y respeta los saberes originarios, locales o no normativos. He aprendido a ser más humilde. Aprendí a construir redes y comunidad. Aprendí a tejer redes entre personas, instituciones y comunidades, creando lazos duraderos basados en la confianza y el respeto mutuo.

Los principales desafíos que me he enfrentado son:

- Evaluación de impacto: Es difícil medir los avances en procesos interculturales, ya que muchas veces el éxito se percibe en cambios de actitud a largo plazo.
- Confidencialidad y transparencia: Manejar información delicada sin traicionar la confianza de los participantes y sin vulnerar los principios del proceso intercultural.
- Desarrollo de competencias interculturales.
- Formación continua: El facilitador necesita estar en constante aprendizaje sobre nuevas culturas, dinámicas sociales y herramientas metodológicas.

- Autorreflexión: Evaluar sus propias reacciones, prejuicios, límites y sesgos culturales es parte del trabajo constante.

"Acompañé a pacientes migrantes en sus procesos de atención, resguardando su cosmovisión"

NATHALIE JOSEPH

Ser facilitador no es un trabajo menor de ningún tipo de profesión; es tener paciencia, ser discreto; también es sentir la necesidad de ayudar a los demás sin pensar en recibir nada a cambio. Es un trabajo de corazón.

Al principio del año, tuve un caso con una madre haitiana que estaba en su primer trimestre de embarazo. A ella le habían indicado hacerse una ecografía para ver cómo estaba su bebé. Fue a tomarse la ecografía y, al recibir los resultados, le dijeron de manera urgente que debía presentarse en el Cesfam correspondiente, porque tenía el cuello uterino corto. Como no entendía bien lo que eso significaba, llegó al centro llorando, muy angustiada y en pánico. La tranquilicé lo mejor que pude. Tomamos un número y fuimos al sector correspondiente, avisamos, y por suerte había una matrona disponible. Ella nos explicó bien el caso, y yo le traduje a la paciente lo que debía hacer, explicándole que no se trataba del cuello del bebé, sino del cuello uterino.

Como a ella le había costado mucho quedar embarazada, tenía mucho miedo al escuchar que esto podría provocar un aborto. La matrona la derivó urgentemente al hospital. Como no había ambulancia disponible y ella no tenía teléfono con internet, le gestioné un Uber. También me entregó el teléfono de su pareja, y lo llamé para explicarle que ella debía irse de forma urgente al hospital. Lo tranquilicé por teléfono y le pedí que fuera directamente a apoyarla.

Le di mi número a ella y le ofrecí llamarme en cualquier momento, a cualquier hora, si necesitaba ayuda. Una vez que ingresó al hospital, ella se comunicó conmigo. El médico a cargo me explicó la situación y yo le traduje todos los pasos que iban a seguir, para que pudiera entender todo lo que estaba ocurriendo.

Gracias a Dios, después de todos los esfuerzos y los cuidados que ella tuvo que seguir, todo salió bien. Hace poquito nació su bebé sano.

Yo me sentí bien de poder ayudarla en ese momento, porque si ella no hubiera tenido esa orientación, podrían haber pasado cosas más graves. Por eso creo que este proyecto de facilitadores es muy importante. A veces pasamos desapercibidos, pero el trabajo que hacemos no es menor, y lo hacemos de corazón.

En mi rol como facilitadora intercultural y orientadora de sala en el Cesfam, he aprendido a promover la inclusión, el respeto por la diversidad cultural y a facilitar la comunicación entre usuarios y el equipo de salud. He fortalecido habilidades en contención emocional, resolución de conflictos y trabajo colaborativo, contribuyendo a una atención más cercana, humanizada y culturalmente pertinente. Me he enfrentado al desafío de la dificultad para articular redes de apoyo adecuadas.

"Siento una profunda alegría cada vez que puedo acompañar y apoyar a alguien en su proceso de atención en salud."

ENECK MANIGAT

Ser facilitador es disminuir la brecha intercultural e idiomática entre los funcionarios de salud y los migrantes.

Muchos niños vienen llegando a reunirse con sus padres, y el proceso es muy difícil para ellos, eso hace que los funcionarios pueden diagnosticar algo que no es, y a través de mi intervención hemos logrado avanzar y determinar mejores resultados. El placer y el agradecimiento de los funcionarios y los padres te dicen todo, o sea, ha valido mucho la pena.

Ha sido un aprendizaje ver y sentir la impotencia en las personas, a través de su expresión facial y verbal cuando sienten que no son escuchados, y sentirse frustrados y limitados para expresar sus inquietudes. Con mi aporte, me siento ya parte del equipo y he aprendido que siempre hay alguien que nos necesita, aunque no lo vea.

Me sorprende que la brecha idiomática e intercultural entre funcionarios y usuarios era tan activa dentro de los centros de salud. Y la falta de entendimiento sobre la cultura de los migrantes de parte de los funcionarios de salud.

"La salud chilena necesita mucho de los facilitadores interculturales y más sensibilización en salud intercultural para nuestros funcionarios"

ANA DELGADO ANDARCIA

A los pocos meses de estar trabajando en el Cesfam Barros Luco me informaron que debía atender a una familia afgana, conformada por cinco personas: Papá, mamá y tres hijos adolescentes, donde la madre necesitaba una atención inmediata; el caso es que solo el hijo de 17 años hablaba un poco de español. Era todo un reto y un gran compromiso.

Hablé con el joven para primero hacer la inscripción en el consultorio, luego realizar la solicitud de horas médicas para cada uno de ellos. El joven me comenta: A mi mamá y a mis hermanas solo las pueden atender doctoras, ya que nuestra cultura no permite que las examinen hombres. Yo estuve con ellos en todo momento y les expliqué a mis compañeros del Some central cuál era la situación de esta familia.

Todos fueron atendidos con los exámenes preventivos y las primeras consultas médicas. Siendo la madre la única que fue remitida al hospital, ya que presentó problemas serios en su sistema digestivo.Esta familia llegó al país con visa de refugio y se logró dar prioridad en su atención.

Como facilitadora migrante, una de mis principales funciones es educar al paciente y enseñarles que la atención primaria en Chile puede ser muy distinta a la que recibían en sus países de origen.

DARLINE BLANCHET

Para mí, ser facilitador/a intercultural significa, actuar como puente entre diferentes culturas para apoyar a personas migrantes en su proceso de adaptación, integración y participación en una nueva sociedad. Además, implica una combinación de empatía, conocimientos culturales, habilidades comunicativas y compromiso.

Una paciente haitiana, tenía a su hijo hospitalizado por problemas respiratorios, la mamá es creyente del vudú y el abuelo del menor es un Chamán y está en Haití. La mamá no quiso consentir el diagnóstico y aceptar el tratamiento, quería que le dieran de alta al niño. Resulta que su papá le dijo que no tenía que hacer caso de las instrucciones médicas, ya que el problema del niño proviene desde Haití. Un familiar del bebé que le está haciendo daños místicamente y si se quedaba en el hospital, iba a empeorar.

Primero, le pregunté: ¿usted se ha dado cuenta de que el menor no puede respirar por sí mismo? Me dijo que sí, entonces, le dije que el niño tiene dos problemas. Uno, es que quieren lastimarlo desde allá, aparte de eso, tiene un problema respiratorio.

Por la parte mística, su papá tiene un poder sobrenatural, él puede curar al niño desde allá y en cualquier parte donde se encuentre el niño, ya sea en la casa o en el hospital, puede hacerse cargo de eso. Pero, por la parte respiratoria, el niño necesita oxígeno si no se va a morir y usted cómo mamá nunca

va a dejar que pase algo así, ¿cierto? Por otro lado, el niño tiene derecho a la salud y usted, como mamá, debe garantizar este derecho.

Al final aceptó hacer el tratamiento y el niño logró recuperarse muy bien.
Los principales aprendizajes que he obtenido al desempeñarme como facilitadora intercultural: La adquisición y fortalecimiento de la competencia intercultural, que involucra la capacidad de interactuar de manera efectiva y respetuosa con personas de diferentes culturas. Por otra parte, he aprendido a tener consciencia cultural, empatía cultural, flexibilidad y adaptabilidad.

Los principales desafíos que he enfrentado al desempeñarme como facilitadora intercultural: En primer lugar, la comunicación no verbal: los gestos, posturas, contacto visual y espacios personales tienen significados diferentes en cada cultura. Un gesto inofensivo en una cultura puede ser ofensivo en otra.

Estilos de comunicación: Algunas culturas son más directas, otras indirectas. Esto puede provocar percepciones erróneas de rudeza, evasión o falta de claridad. Choque de valores y normas culturales.

"Promoví el entendimiento y respeto mutuo entre equipos de salud y comunidades migrantes, facilitando una atención más humana y culturalmente pertinente"

SADRACK ZEPHYR

Durante la pandemia un médico solicitó apoyo de un facilitador, a través de la página Saludresponde.cl (agenda Kreyol) para un paciente haitiano que tenía COVID positivo asintomático, pero estaba con complicaciones de encefalopatía como delirio, confusión y pérdida de memoria.

Los médicos tenían problemas de comunicación y dificultad para comprender la realidad cultural del paciente, y aunque la esposa del usuario indicaba que su marido no tenía COVID, ni complicaciones de encefalopatía. Según ella, su esposo estaba poseído por un espíritu maligno por la forma en que hablaba y actuaba.

Ella informa que su marido había tenido un episodio similar anteriormente y el paciente se recuperaba a través de un procedimiento de exorcismo realizado por un brujo. El equipo tenía que evaluar al paciente según las normas de salud de Chile, mientras se enfrentaba a una realidad nunca antes vista. Por esta razón, era importante un profesional de la salud haitiano que conociera el sistema, las normas de salud chileno y, además, la cultura haitiana.

Aquel día la atención duraba más de 4 horas de las siguientes fases:

1. Explicar a la familia la labor del equipo médico según las normas de salud.
2. Realizar la facilitación entre los médicos y la familia paciente

3. Educar al equipo médico sobre la religión, la brujería y algunas cosas a considerar, también hacer hincapié en los deberes y los derechos del paciente.
4. Facilitación entre carabineros, médicos y la familia porque el paciente se puso agresivo durante el evento y tuvieron que llamar a carabineros.
5. Acompañar telefónicamente a la familia después del procedimiento policial para hacerles entender que es algo normal. En caso de desorden, tienen que actuar las fuerzas legales y que no era un arresto.

Luego del procedimiento de Carabineros (reducir al paciente y trasladarlo en ambulancia para luego recibir tratamiento), el equipo médico quedaba en el lugar para hablar con la familia porque tenía la autorización para realizar el exorcismo en una sala del hospital, pero la señora no quiso porque, según ella, no era el lugar indicado. Los médicos insistían en que el paciente era un caso positivo de COVID y, según las normas de aquel tiempo, no se podía romper la cuarentena salvo en caso de problema de salud.

Para concluir, reconozco que los médicos actuaron con profesionalismo, cuidaron todos los detalles y respetaron la decisión de la familia, su forma de pensar y ver las cosas. Aquel día se comprendió realmente el alcance y el rol de un facilitador intercultural en el sistema de salud chileno.

Si es cierto que tenemos cultura distinta, forma de pensar distinta, sistema de salud distinto y niveles de educación diferentes, por esta razón, implementar la política de tener un

facilitador en cada centro de salud es muy importante porque a través ello podemos educar al equipo, hacer el puente lingüístico con el fin de entregar una atención de calidad, oportuna y completa en todos los aspectos respetando la realidad de cada ser humano.

Para terminar, posterior a 17 días, el paciente, junto a su esposa, me contacta desde Salud Responde a través de la agenda Kreyol para agradecerme por el apoyo que les daba, y el paciente me informaba que tenía su epicrisis que le entregaba el hospital Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak, siguiendo su tratamiento.

Los principales aprendizajes que he obtenido durante mi labor son los siguientes: Conocer el sistema de salud chileno, Fortalecer el concepto ´´trabajar en equipo´´, Empatía (entender o vivir la frustración que tiene un usuario que no habla español durante una consulta médica).

"Ser facilitador representa la columna de una edificación formada por el equipo de salud y los pacientes"

JOSNEL INNOCENT ANTENOR

Como facilitador, tengo algunas experiencias de abordaje intercultural. La primera sucedió en un operativo en terreno donde llegó un joven haitiano acompañado de chilenos que tenían un centro de rehabilitación. No contaba con documentos de identidad ni tampoco con redes de apoyo ni con familia (en un primer momento). Además, no podía caminar y solo hablaba creole muy poco. El equipo del Cesfam no pudo entenderse con él, ya que igual tenía una actitud muy cerrada y le costaba hablar. Saqué un lápiz y le pedí que escribiera su nombre, con mucha dificultad lo hizo y así pude enterarme de cómo se llamaba, de que tenía un primo en Quilicura e hijos en Haití. Debido a su condición, fue muy difícil la comunicación. Hubo que tener mucha paciencia, empatía y habilidad para generar un vínculo. Aparentemente consumía drogas. Se creó un NHC por tratarse de una persona en situación de calle. Gracias al trabajo de intermediación se pudo avanzar en salud con esta persona.

Otra situación intercultural ocurre con ciertos usuarios haitianos que son un poco más cerrados ante temas de salud mental. No les gusta ver psicólogos porque piensan que su vida privada no debe ser contada a los demás. Por lo mismo, se realizaron charlas en iglesias (evangélicas) donde se enfatizó la importancia y los beneficios de la salud mental. Para conectar bien con los usuarios, procuro propiciar la conexión a través de un trato amable, cordial, empático, con buena energía.

Otro tema ocurrió con una familia haitiana que llegó a inscribirse. Se le solicitó al adulto que acreditara con algún documento que era el padre de los niños. Ante este requerimiento, este papá tuvo una actitud agresiva y respondió como si se pudiera pensar que no era el padre, casi como si lo estuvieran acusando de traficar niños. Le respondí: tú eres padre, yo también soy padre y esta no es la forma de resolver el problema. Acá no perjudicamos a nadie, pero hay protocolos que seguir, en cada lugar hay reglas y obligaciones. Tú tienes tus derechos, pero también obligaciones. Ve a buscar el documento que te pedimos, colabora conmigo. Todo lo planteé con amabilidad, haciéndole entender. Finalmente, comprendió y a los siguientes días trajo el documento.

ASTRIDE LOHIER

Trabajo cada día mediando entre las familias haitianas y el equipo clínico en un contexto de alta demanda y carga laboral. Atiendo cerca de 20 pacientes por día y somos solo dos facilitadoras para todo el hospital, que además es centro de referencia nacional en salud infantil.

En mi comunidad conviven tres religiones principales: vudú, cristianismo y catolicismo. No se viven como opuestas, sino como caminos que se complementan. Cuando una no da resultado, muchas personas recurren a otra. Esta forma de entender la fe influye directamente en la adherencia a los tratamientos médicos, porque las familias confían tanto en la medicina como en lo espiritual.

En la cultura haitiana, la paternidad se asocia muchas veces a un derecho de propiedad sobre los hijos, y existe una fuerte desconfianza hacia el Estado, los hospitales y las policías, vistos como figuras punitivas. Por eso, algunas madres sienten temor de llevar a sus hijos al hospital, por miedo a ser juzgadas o perder su custodia si ocurre algún accidente.

Mi rol es mediar entre esas creencias y el sistema de salud chileno, explicando que aquí rige el principio del interés superior del niño y que los hospitales no buscan castigar, sino proteger a la niñez. Dedico una parte importante de mi trabajo a promover la comprensión de los derechos infantiles entre las familias haitianas y a generar confianza con el equipo médico.

También trabajo temas de alimentación infantil y enfermedades crónicas, donde los padres a veces no comprenden la importancia de seguir las indicaciones médicas. Aun así, siempre respeto las prácticas religiosas y rituales haitianas y permito que se expresen dentro del hospital siempre que no interfieran con el tratamiento. Mi regla es clara: "El rito puede acompañar, pero el tratamiento médico siempre prima."

Los casos más complejos que enfrento son los de salud mental infantil. En muchos de ellos, los padres atribuyen los síntomas neurológicos o psicológicos al vudú o a causas místicas. Frente a esto, desarrollo estrategias de comunicación para explicar la naturaleza médica de las enfermedades, con respeto hacia su cosmovisión, aunque sé que las creencias culturales muchas veces limitan la comprensión total.

Considero que mi mayor aporte ha sido defender los derechos de los niños y niñas migrantes desde un enfoque intercultural. He visto cómo, con el tiempo, ha disminuido la desconfianza hacia el hospital y cómo se han fortalecido los vínculos de confianza entre las familias haitianas y el equipo de salud.

Sin embargo, reconozco que existe una sobrecarga laboral importante, dado el alto volumen de casos y la falta de más facilitadores. Por eso, creo necesario contar con formaciones específicas en salud mental infantil, psicología intercultural y prácticas religiosas haitianas, para seguir fortaleciendo una atención integral y culturalmente pertinente.

Mi trabajo como facilitadora intercultural me ha enseñado que la salud no solo se trata de lo biológico, sino también de los valores, las creencias y la dignidad de las personas. Cada día debo poner en práctica la escucha activa, la empatía y la flexibilidad cultural para tender puentes entre dos mundos: el haitiano y el chileno.

Me siento orgullosa de ser parte de un sistema de salud que, aunque aún tiene desafíos, avanza hacia un trato más humano y respetuoso con la diversidad. Creo firmemente que el rol de las facilitadoras interculturales debe ser reconocido formalmente dentro de los equipos clínicos, porque somos una parte esencial del proceso de atención y de la construcción de confianza con las comunidades migrantes.

Mi experiencia en el Hospital Roberto del Río representa un modelo de mediación intercultural en salud infantil. He aprendido que es posible combinar respeto cultural, defensa de derechos y gestión institucional sin perder la humanidad en el proceso. Creo que esta experiencia puede replicarse en otros hospitales del país, siempre que se fortalezca el rol de las facilitadoras como agentes clave de inclusión, acompañamiento y confianza dentro del sistema de salud chileno.

SONNY SANON

Cuando comencé a trabajar en el programa, el trabajo era muy exigente. No solo acompañábamos a los pacientes, sino que también apoyábamos a los funcionarios en la comunicación con personas migrantes y les enseñábamos cómo realizar una primera entrevista con sensibilidad cultural. En ese tiempo existía una comunidad muy unida de facilitadores; compartíamos experiencias, nos apoyábamos y había una coordinación constante. Hoy esa red se ha ido debilitando, y eso ha afectado la continuidad del acompañamiento, especialmente después del alta o cuando los usuarios son trasladados a otros establecimientos. Creo que es fundamental construir una red de cuidados continua entre hospitales y Atención Primaria de Salud (APS), para que podamos mantener contacto entre los facilitadores y garantizar un seguimiento real a las familias migrantes en todos los niveles del sistema.

Desde mi experiencia, dentro de la comunidad haitiana el esposo suele tener un rol central en las decisiones de salud, sobre todo en los casos de embarazo o hospitalización. Esta figura de proveedor y autoridad familiar influye mucho en la adherencia a los tratamientos y controles médicos. También he observado que muchos niños son criados de manera colectiva, con la participación de abuelos, tíos u otros parientes, lo que a veces puede afectar el vínculo madre-hijo y el apego temprano. Por eso, creo que, en el Hospital San José, que es la maternidad más grande del país, es clave reforzar los cuidados infantiles y el acompañamiento a las madres. Es necesario

promover la educación sobre el apego madre-hijo, la alimentación del recién nacido y también, la prevención de embarazos consecutivos en menos de 18 meses, para proteger la salud tanto de la madre como del bebé.

Aunque soy protestante, considero que las personas haitianas deberían tener espacios donde puedan practicar libremente tanto el cristianismo como el vudú, porque ambas expresiones son parte de nuestra identidad espiritual y cultural. En mi trabajo veo que la fe, la oración, los sueños y las prácticas místicas son una fuente de contención y esperanza para muchas personas.

"La fe nos da fuerza. Muchos dicen 'voy a la iglesia, voy a la Biblia', y eso los calma. Hay que respetar esa espiritualidad, porque también los ayuda a sanar." Para mí, respetar la espiritualidad no significa reemplazar la medicina, sino integrarla como un componente psicosocial del bienestar y la salud integral.

En estos años he visto grandes avances en el hospital. Cada vez más profesionales de la salud comprenden y utilizan frases básicas en creole, lo que ha mejorado mucho la comunicación y la confianza con los usuarios haitianos. A la vez, muchas mujeres haitianas han aprendido español, lo que ha reducido las barreras idiomáticas y favorecido una atención más fluida. He notado que la demanda de atención de población haitiana ha disminuido, probablemente por el proceso de integración y la mayor autonomía de las familias. Sin embargo, creo que todavía debemos reforzar la continuidad de cuidados y

mantener una red activa de facilitadores entre los distintos establecimientos de salud.

Mi acompañamiento combina traducción, escucha activa y contención emocional. Entiendo que el rol del facilitador no se limita a traducir palabras, sino también emociones, contextos y significados culturales. En muchas situaciones, ayudo tanto a los pacientes como al equipo médico a encontrar una manera más respetuosa y comprensiva de comunicarse. Esto evita malentendidos y favorece la confianza.

En el Hospital San José, nuestro abordaje intercultural se basa en:

- Escucha activa y respeto por las creencias religiosas.
- Integración de la fe como un factor de resiliencia emocional.
- Promoción de la empatía del personal clínico hacia los pacientes migrantes.
- Coordinación entre niveles de atención para asegurar la continuidad del cuidado.

Desde mi experiencia propongo:

- Reforzar la red interhospitalaria y de APS entre facilitadores interculturales, para garantizar un acompañamiento continuo a las familias migrantes.
- Crear espacios institucionales para la práctica espiritual y cultural, respetando tanto el cristianismo como el vudú.
- Fortalecer la educación materno-infantil y la prevención de embarazos repetidos, con enfoque en el autocuidado y el bienestar familiar.

- Mantener capacitaciones al personal de salud en creole básico y mediación cultural.
- Sistematizar las buenas prácticas interculturales del Hospital San José como modelo para otros servicios de salud del país.

DARLYN LAURENT

Cuando llegué a Chile, no sabía nada de español. Todo me daba susto y no entendía cómo funcionaba el sistema de salud. Pero en el Hospital San José me enseñaron con paciencia, me formaron y me dieron la oportunidad de ayudar. Aprendí paso a paso, y descubrí que mi alegría, mi cariño y mis ganas de acompañar eran una parte importante de mi trabajo. El hospital me enseñó el idioma, pero la empatía siempre la tuve. En esos años llegaron muchas personas haitianas, sobre todo mujeres embarazadas. En Haití no existe el control prenatal preventivo: se consulta solo cuando hay dolor fuerte o una emergencia, y para lo demás se usan hierbas del cerro. Muchas nunca habían visto una ecografía ni sabían cuántas semanas tenían. Llegaban tensas, nerviosas y confundidas. Yo me sentaba con ellas, les hablaba en creole, les explicaba con calma y les decía que aquí el control es para protegerlas.

También acompañé a muchas mujeres con VIH. En Haití existe mucho miedo y vergüenza. Yo les explico que la enfermedad tiene tratamiento, que no es mortal y que si siguen las indicaciones pueden llevar una vida normal. También les digo que si tienen VIH no deben amamantar, porque es peligroso para su bebé. Cuando me entienden en creole, se tranquilizan. A las mujeres que no tienen VIH yo les explico que sí deben amamantar, porque la lactancia protege al bebé. Algunas no quieren porque sienten dolor los primeros días o tienen miedo, pero yo les digo que aunque les duela, deben hacerlo porque la leche materna ayuda a que su hijo crezca sano, fuerte y protegido. El dolor pasa, y aquí nadie las va a criticar.

En los trabajos de parto también acompaño mucho. A mí no me gusta cuando las mujeres gritan demasiado, porque más se tensan y más les duele. Entonces las tomo de la mano, les hablo en creole, les enseño a respirar y se calman. Eso ayuda a que el proceso sea menos traumático y más seguro.

He visto muchos casos difíciles: hipertensión, ACV, crisis emocionales y depresión postparto. Recuerdo una joven haitiana que llegó al hospital cuando tenía solo 20 años, muy mal emocionalmente y sin redes. Yo la acompañé durante años, la escuché, la ayudé a seguir su tratamiento. Hoy tiene 28 años y cuando la veo en la calle es otra persona: tranquila, estable, distinta. La empatía también salva vidas.

Ahora el trabajo es menos focalizado que antes, porque la población haitiana ha bajado mucho y muchas personas ya hablan mejor español o conocen más el sistema de salud. También hay menos facilitadores que en esos años. A veces extraño ese tiempo en que éramos más unidos, cuando trabajábamos juntos y había tanta gente que necesitaba apoyo para entender todo. Era un trabajo duro, pero muy humano. Hoy es distinto, pero yo sigo ayudando desde donde puedo.
También he apoyado en psiquiatría, donde las creencias espirituales, los sueños y el duelo migratorio se mezclan con las enfermedades mentales. Cuando me llamaban, yo iba, porque sé lo importante que es para una persona haitiana tener a alguien que la comprenda.

Todos los países son difíciles, pero aquí he sobrevivido con mi hijo, he aprendido, he crecido y he ayudado a muchas

personas. Me gustaría tener más actividades para compartir, pero mi tiempo es poco porque soy mamá. Aun así, sigo acompañando desde donde puedo, porque sé cuánto significa para nosotros tener a alguien que nos entienda.

Abordaje intercultural:

- Traducción creole – español en controles, partos, urgencias y psiquiatría.
- Educación sanitaria en VIH, lactancia, HTA, ACV y embarazo de alto riesgo.

NOUNDY CHARLESTON

Cuando trabajaba como facilitadora intercultural en el Cesfam Huertos Familiares, una de las tareas que más realizaba era explicarles a las mujeres haitianas la importancia de los controles prenatales. Muchas me contaban que en Haití solo se acude al médico cuando hay un problema grave y que, para todo lo demás, se utilizan hierbas o remedios tradicionales. Varias habían tenido a sus hijos en la casa y no estaban acostumbradas a un sistema preventivo como el chileno.

Yo les explicaba con calma por qué aquí era necesario controlarse, cómo funcionaban las ecografías, qué señales debían observar y por qué era importante acudir al consultorio, aunque no sintieran molestias. Les decía que en Chile la salud materna es preventiva y que eso se hace para protegerlas. Me gustaba orientar a las mujeres porque yo también tuve que aprender todo esto cuando llegué al país.

Con el tiempo, las personas empezaron a buscarme directamente porque entendían mejor cuando yo les explicaba en creole. Sentían confianza conmigo y eso me hacía sentir que estaba aportando. Sin embargo, la manera en que algunas funcionarias reaccionaron a esa cercanía terminó afectándome, y finalmente tuve que dejar el Cesfam.

Hoy trabajo en el Cosam de Til Til y, aunque no puedo volver al Cesfam porque estar ahí me hace mal, sigo apoyando desde donde puedo. A veces me llaman del hospital para acompañar a mujeres haitianas que no hablan español o me contactan por

teléfono cuando tienen dudas sobre controles, medicamentos o procedimientos. Aunque la migración haitiana en Til Til ha disminuido, todavía hay usuarias que necesitan comprender el sistema de salud. Yo traduzco, explico y acompaño desde donde estoy, porque sé lo difícil que es llegar a un país tan distinto al mío. Estuve toda la pandemia trabajando, pero cuando una hace muy bien el trabajo, a veces comienzan los problemas con los compañeros.

Abordaje intercultural:

- Explicación clara del modelo preventivo chileno en salud materna.
- Traducción creole–español de indicaciones clínicas y administrativas.
- Escucha activa y contención para mujeres embarazadas que vienen de otro sistema.
- Adaptación cultural para explicar diferencias entre prácticas haitianas y chilenas.
- Acompañamiento telefónico a usuarias que no hablan español.
- Coordinación con equipos del hospital cuando requieren apoyo lingüístico.

VEBERDRE ALEXANDRE

Hace un tiempo tuve a un usuario adulto mayor en urgencia y le informaron que tenía una enfermedad posiblemente letal, le explicaron el diagnóstico, le iban a realizar exámenes adicionales y esta persona dijo que no quería el tratamiento. Siendo inmigrante, quería regresar a su país a tratarse. El médico sabiendo lo que pasaba en el país de origen de la persona migrante, le indica que el tratamiento que necesita es probable que no lo encuentre en su nación de origen, en cambio acá si tenía la posibilidad de atenderse: Sin embargo, unas horas más tarde, en vez de seguir las instrucciones del doctor se fugó de la urgencia. Se trata de un usuario que llevaba 9 años en Chile y que ya habla español. No obstante, esta persona, al llegar a urgencias, se asustó tanto que no quería quedarse allí. Nunca había estado en un hospital tan grande; tampoco había estado en urgencias donde ve el panorama, es decir, personas gritando, reanimaciones, bisturí, sangre. En ese contexto, cómo se sentía esta persona que, aun entendiendo el español, le dijeron que le iban a realizar un examen, pero este usuario pensó que le iban a efectuar una cirugía y le iban a cortar el pie. Él en su pensamiento, reflexionó que, teniendo dos pies no puede auto sustentarse económicamente ni tampoco a su familia, ¿cómo va a vivir como inmigrante, fuera de su país y en un lugar donde existe mucha discriminación? Por lo mismo, a los días se fugó.

Después de unos cuantos días, lo trajeron nuevamente a esta persona, que casi no respiraba de dolor; se agravó y, apenas le dieron el calmante, dijo lo mismo: que quería irse del

hospital. En ese momento me llamaron, acudí con él y le pregunté por qué quería irse. Lo escuché con detenimiento y ahí me di cuenta de que el usuario creía que le iban a cortar el pie. Por otro lado, tenía que realizarse muchos exámenes y me ofrecí como garante para estar a su lado lo más que se pudiera, incluso le dije que podía llamarme en la noche en caso de que le hicieran algún procedimiento. Recién esa persona se dejó tratar.

¿Qué hubiera pasado si no hubiera una facilitadora capaz de escuchar al usuario o de tener paciencia para entender su relato y, de ahí, con una expresión dentro de la conversación, pude comprender qué estaba pasando con él? Entonces, en este caso, al usuario lo diagnosticaron, está en rehabilitación, anda con bastón y sigue las sesiones de kinesiología y tiene altas probabilidades de recuperar su vida normal.

No entender lo que está pasando, el miedo, la cosmovisión de los tratamientos, pudo comprenderse gracias al rol que tuve como facilitadora intercultural para propiciar el entendimiento de ambas partes, es decir, médicos y paciente, sobre cuál es su situación real o lo que está pasando.

MANU MANOUCHEKA

Llegué a Chile hace nueve años. Vine siguiendo a mi esposo, que había migrado primero buscando estabilidad ante el colapso social y político en Haití. Para mí, quedarme no era opción: el Estado no funcionaba, la violencia aumentaba y muchas veces trabajaba sin sueldo o con meses de retraso. Con mis niños pequeños, sentía que la vida allá podía cambiar de un día para otro.

Mis dos hijos nacieron en Haití, en centros ligados a programas internacionales como Food for the Poor y Hospital The Children. Llegué a esos programas casi por casualidad: alguien me avisó, y para conseguir atención tuve que dormir en el hospital para obtener uno de los primeros números. Esa experiencia marcó mi relación con la salud: en Haití no hay sistema, solo oportunidades que aparecen si una tiene suerte y resistencia. Extraño Haití, pero sé que volver no es posible. La inseguridad es tan grande que incluso los niños van con miedo al colegio por la violencia y la presencia de grupos armados.
Cuando llegué a Chile, no hablaba español. Lo aprendí trabajando: escuchando a los médicos, repitiendo palabras, traduciendo como podía. Nunca recibí capacitación formal. Todo lo que sé lo aprendí en la práctica cotidiana.

Trabajo en el Hospital Roberto del Río, un hospital pediátrico, con jornada de 8:30 a 17:30, pero mi rol no tiene horario real. Estoy en "movilidad": si una familia no entiende, si una madre llora, si un padre se niega a firmar, si un niño necesita contención, me llaman a mí. Hago rondas por salas

hospitalarias para ver quién necesita ayuda, quién está confundido o quién no entendió la indicación médica.

En OIRS, donde también trabajo, enfrento otra tensión: algunos usuarios chilenos me miran con desprecio. A veces imito el gesto, labio torcido, ceja levantada, y luego me río, aunque duele. Aun así, atiendo igual y resuelvo trámites que son claves para que los niños accedan a controles y tratamientos.

Las mujeres haitianas me llaman constantemente: "Manu, me llamaron del hospital, ¿por qué?" Muchas veces ni ellas saben para qué son citadas. Yo investigo, pregunto, reviso. "Tengo que ser PDI", digo riéndome. Sin mí, muchas familias quedarían fuera del sistema.

Conozco profundamente las creencias haitianas: la existencia de la magia blanca y negra y cómo influyen en decisiones de salud. Aclaro que soy cristiana y no practico nada de eso, pero lo entiendo culturalmente. Por eso, cuando un padre se negaba a dar un medicamento a su hijo porque temía que afectara su espíritu, le dije: "El espíritu me habló. Me dijo que tú debes darle ese remedio a tu hijo." El padre accedió. Fue una estrategia cultural desde mi fe cristiana, sin burlarme y sin imponer, solo buscando proteger al niño.

También he debido acompañar experiencias de duelo en el hospital. Recuerdo el caso de una madre cuyo hijo estaba en fase terminal. Aunque los médicos explicaron el pronóstico y el equipo intentó preparar a la familia, cuando el niño

empeoró, la madre terminó culpando al hospital. Revolvió dolor, rabia, miedo y desesperación.

Yo estaba ahí, al lado de ella. Intenté consolarla, contenerla y explicarle nuevamente lo que los médicos habían dicho, pero reconozco que no sé realmente cómo manejar esas situaciones. En Haití, el duelo se vive de forma distinta: no hay apoyo psicológico formal, no hay acompañamiento estructurado, no hay talleres de duelo. Solo la familia, la comunidad y la fe.

Por eso, aunque en Chile existen cursos, protocolos y especialistas, siento que en ese momento la técnica no alcanza. Lo que sostiene es mi presencia, mi voz en creole y mi capacidad de recibir la rabia de una madre que está perdiendo a su hijo.

Digo que hay personas en duelo que no hablan, y otras que "se desquitan con nosotros". Sé que no es personal: es el dolor buscando salida. Me quedo ahí, acompañando sin saber si lo estoy haciendo bien, pero sabiendo que es lo único que puedo hacer.

- Escucho el miedo detrás de la rabia, el silencio o la desconfianza.
- Acompaño situaciones complejas, incluso cuando los padres piensan que el hospital quiere hacer daño.
- Contengo a madres y padres en crisis emocionales.
- Atiendo fuera de horario porque las familias no entienden las citaciones.

- "Hago de PDI" para descubrir por qué llamaron a una usuaria.
- Me adapto a urgencias, hospitalizados, OIRS, rondas y casos judicializados.
- Paso de quemaduras a diabetes infantil o trámites migratorios sin perder la calma.
- Interpreto gestos y silencios antes que palabras.
- Traduzco creencias espirituales cuando es necesario, con respeto y desde mi fe cristiana.
- Traduzco idioma, emociones, creencias y temores.
- Integro la cosmovisión haitiana (magia blanca y negra) sin practicarla, pero comprendiéndola.
- Uso estrategias culturales para mejorar la adherencia a los tratamientos.
- Reconozco que Haití no tiene Estado funcional, que la salud es pagada y que los niños viven con miedo.
- Medio en conflictos como el caso de la niña quemada con intervención de carabineros.
- Explico derechos, trámites, citaciones y procedimientos médicos complejos.
- Acompaño duelos y reacciones emocionales sin ridiculizar creencias.
- Hago rondas para detectar barreras culturales antes de que crezcan.

"Soy puente entre el lenguaje técnico chileno y la vivencia migrante haitiana"

JEAN FRANÇOIS THIMA

Me llamo Jean François Thima y soy de Puerto Príncipe, Haití. Llegué a Chile hace nueve años. En Haití trabajaba como profesor, pero el sueldo no alcanzaba para vivir y no veía futuro. Por eso migré. Aquí empecé desde cero: trabajé como panadero, después en distintas cosas, hasta llegar al Hospital San José, donde hoy soy facilitador intercultural en la urgencia adulto.

Aprendí español completamente aquí: escuchando, preguntando, equivocándome. Nunca tuve cursos ni capacitación formal. Viví un tiempo en Los Lagos/Puyehue, donde enfrenté las mismas barreras de idioma y cultura que enfrento hoy. Hace nueve años que no veo a mi mamá; ella sigue en Haití. Mi hermano mayor vive en Canadá. Yo quiero irme "de buena forma", sin cruzar países ni arriesgarme como muchos haitianos que se fueron a Estados Unidos por rutas ilegales. Siempre digo: "Chile no es perfecto, pero me han tratado bien." Soy parte de una iglesia chilena, Hermanos de Cristo, que ha sido un apoyo fuerte para mí.

Trabajo por turnos. Y siempre digo: "Cada trabajo es una bendición." En la urgencia adulto veo de todo. Lo que más enfrento no es el miedo: son exigencias. Yo lo digo así: "No es miedo. Es que exigen. En Haití todo es pagado y, peor, no atienden. Aquí no pagan y tampoco tienen paciencia." Muchos haitianos reclaman que "no los atienden rápido". Yo les explico que la urgencia funciona por gravedad, no por orden de llegada. A veces les digo: "Mi hermana vive en Canadá y

también espera horas en la urgencia." A veces me frustro. Lo admito: A veces me dan ganas de decir: "si no les gusta, váyanse a Haití…" Pero enseguida me detengo: "…pero yo no soy chileno para decir eso. Mis compañeros podrían decirlo. Yo no."

Vivo esa contradicción todos los días: entiendo a los haitianos y entiendo al sistema chileno, pero no pertenezco del todo a ninguno.

Cuando llegan sin información, muchos haitianos llegan diciendo: "Me llamaron del hospital." Yo pregunto: "¿De qué Cesfam vienen?" Y me dicen: "No sé." Entonces les digo: "Sácale una foto al Cesfam y me la mandas." Lo mismo con la leche: "¿Dónde te entregan la leche?" "No sé."

Muchos llegan sin NIP, y cuando eso pasa les cobran 50 mil pesos. Ellos reclaman y yo también me sorprendo: "Pensé que eso ya no se cobraba… pero sí cobran." Tú me dijiste que el SEREMI aseguró que no se cobra en urgencia. Yo me quedé mirándote. Porque lo que dicen arriba no siempre es lo que pasa abajo.

Trabajo turnos de 12 horas. A veces estoy dos días seguidos en el hospital, pero eso no me molesta. Me gusta porque me pagan extra. En diciembre es mejor aún, porque todos piden los días libres y yo aprovecho de subir mi sueldo. Todos los días debo enviar un reporte de hospitalizados a las 15:00 hrs. Se me hace fácil, pero igual es mucha carga cuando se junta con urgencias complejas.

Un día un haitiano habló en la mañana con su esposa hospitalizada. En la tarde vino a verla… y ella había fallecido. Yo no sabía qué decir. No hay protocolo. Solo me quedé ahí, acompañándolo en silencio. También llegaron haitianos golpeados o atacados que no hablan. Les pregunto qué pasó… no hablan. Quizás estaban en algo malo, no sé. Pero igual tienen que ser atendidos. Ese silencio pesa.

Yo sé que la desconfianza haitiana no nace en Chile. Viene de Haití. Allá, el Estado no funciona, los sueldos no se pagan, la salud depende del dinero o los favores, la violencia marca todo, los niños van con miedo al colegio.

Cuando llegan a Chile, muchos haitianos exigen, comparan y reclaman. No vienen vacíos: vienen llenos de historia.

También están las creencias espirituales. Y yo crecí viéndolas, no solo escuchándolas. En Haití uno puede ver: magia negra, magia blanca, gente que desaparece, gente que se vuelve invisible. A mí mismo me han amenazado con brujería. Y sé que en Quilicura hay personas que aún practican esas cosas. Y lo digo tal cual, porque yo lo vi, yo vi una vez en Haití cuando la policía acribilló a un haitiano… y las balas le rebotaban. Ese es el mundo cultural que muchos haitianos traen a Chile. Y yo tengo que traducirlo.

Yo no me siento discriminado en el hospital. No me junto solo con haitianos, me junto con todos. Si uno se queda aislado solo con sus coterráneos, no aprende, no cambia, no se integra. Eso hace que las creencias falsas sigan igual. A mí me gusta hablar

con todos, chilenos y extranjeros, porque así uno realmente entiende cómo funciona este país.

Mi trabajo es explicar: el sistema chileno, la vida haitiana, la espiritualidad, la frustración, la exigencia, el enojo, y la confusión.

A veces defiendo a los pacientes. A veces explico al hospital. A veces solo escucho. Y al final lo digo así: "Pero aquí estoy… y agradezco mi trabajo."

MARIO JOSÉ MARTÍNEZ VERA

Soy ecuatoriano y llevo 7 años en Chile. Mi camino no fue fácil. Estudié Técnico en Enfermería en mi país, pero como ese título no está acreditado en Chile, cuando llegué solo pude trabajar como auxiliar. Y desde entonces, en salud uno termina haciendo de todo.

Viví primero en Argentina. Mi mamá me decía: 'Tu primo está en Chile, ándate para allá'. Así fue como terminé llegando. Después mi primo volvió a Ecuador y yo quedé aquí solo. Trabajé cuidando pacientes, con turnos eternos, casi sin dormir, hasta que el paciente falleció. Quedé sin trabajo. Luego entré a una empresa externa del Hospital San José, en cirugía ambulatoria. Hacía las entrevistas antes de la anestesia, pero sin contrato. Después me fui de vacaciones, estudié un tiempo en Argentina y regresé. No salí de Ecuador porque quisiera; salí porque allá estaba difícil: mafias, delincuencia, extorsiones.

Hace dos años y medio entré al Cesfam Dr. Agustín Cruz Melo como auxiliar, y con el tiempo pasé a facilitador intercultural. Aquí atendemos cerca del 80% de la población extranjera y del 20% de la chilena. Me relaciono bien con venezolanos, peruanos y ecuatorianos. Con la población haitiana no tengo tanta llegada; ellos prefieren comunicarse con otros haitianos y la otra facilitadora los ve más.

En Chile se trabaja mucho. En Ecuador la jornada era de 7 horas y media; aquí el ritmo es mucho más fuerte. Gano el

mínimo, vivo solo y envío dinero a mi familia. A veces no me alcanza. A fin de año me deprimo un poco porque me gustaría estar con ellos. Como ecuatoriano, me siento muy cercano a colombianos y venezolanos; siempre digo que somos parte de la antigua Gran Colombia. Eso me ayuda a conectar con muchas personas que llegan al Cesfam.

Siempre trato de atender a los usuarios con cariño. Les hago bromas, los trato con respeto, pero también sé leerles la cara: sé cuándo puedo reírme y cuándo no. Mucha gente llega enojada porque no hay horas, y mi primera tarea es escuchar sin interrumpir y tratar de ayudarlos.

Aunque no me corresponde, gestiono NIP, busco horas, reviso nombres para evitar duplicaciones, explico qué documentos necesitan y por qué deben cuidar sus papeles. También apoyo en archivo con la digitalización y colaboro en citología cuando falta personal. Todo eso para que nadie quede perdido en el sistema.

En terreno me encuentro con muchas realidades: casas sin luz, sin controles, colegios con niños sin vacunas. Siempre oriento: 'Cuide sus documentos', 'Cuide sus horas', 'Avíseme si no puede venir'.

Los usuarios llegan con frustración: problemas económicos, migratorios, enfermedades graves. A veces descargan su enojo en ventanilla porque no hay horas. Yo los escucho, explico la situación y busco alternativas. En terreno he visto casos que duelen. Un niño peruano de 5 años sin vacunas ni

controles, después de un año y medio en Chile. Mujeres que nunca vienen porque trabajan o cuidan a otros. Con ellas las acompaño para que se hagan la citología o el Papanicolaou y las ingreso cuando el equipo está ocupado.

También entiendo a los migrantes que se sienten solos. A mí me pasa en fin de año: quisiera estar con mi familia en Ecuador. A veces recibo comentarios xenófobos o trato brusco, pero sigo trabajando.

Con las distintas nacionalidades me conecto de formas distintas. Con venezolanos, ecuatorianos y colombianos compartimos historia y cultura; con ellos es más fácil. A la población haitiana la atiende más otra facilitadora, porque ellos prefieren comunicarse con personas de su propio país. Siento que a muchos haitianos no les interesa la salud; vienen porque los trámites migratorios los obligan, pero no hay seguimiento. Lo psicológico tampoco es tema para ellos: vienen cuando el colegio los manda.

Mi rol es explicar el sistema chileno: el certificado de residencia debe ser de la Junta de Vecinos, no sirve un papel de farmacia; deben firmar ciertos documentos; deben cuidar sus horas y sus NIP.

Muchas personas no entienden por qué se les pide tanto, y yo traduzco esas normas para que no queden fuera de la atención.

RALPH BAPTISTE

Mi trabajo actual es en el Instituto Psiquiátrico Horwitz Barak. Aquí, acompaño los casos más frágiles que he visto: haitianos con esquizofrenia, psicosis, demencia, trauma severo, judicialización, calle y abandono total. Yo estimo que solo un 30% de los haitianos que atendemos logra recuperarse. Los demás llevan encima el peso del duelo, la pobreza, el racismo, el no entender el idioma, el no tener familia ni red afectiva. La mente se quiebra sola cuando la vida está tan difícil.

Cuando ya no hay forma de que una persona se sostenga en Chile, empiezo a gestionar la repatriación. Tengo un correo directo con el Hospital Central de Haití. Buscamos familia, coordinamos camas y los derivamos. Muchos mejoran cuando vuelven a su tierra. Otros, ni allá.

He visto muchas historias que me han marcado profundamente.

- El hombre con tumor cerebral: Venía del Hospital San José. Su cerebro sangraba, desarrolló demencia. Cada vez que lo dábamos de alta, su esposa llegaba llorando. Finalmente fue repatriado. Nunca se recuperó.
- El hombre que creía fabricar dinero: Decía que tenía una máquina para producir dinero. Era psicosis, trauma y deterioro extremo. Lo acompañé durante su tratamiento.
- La madre que perdió a su hija: Viajó hacia México, fue abusada en la ruta, llegó con su hija pequeña. En Chile recibió clozapina, subió mucho de peso, se deprimió. En la

feria donde trabajaba no le pagaban. Intentó suicidarse. El Estado le quitó a su hija, que hoy está internada y podría ser dada en adopción. A ella la acogió una familia haitiana amiga después de su hospitalización.

- El hombre que cayó en calle y disparó un arma: Perdió su trabajo, vivió en calle, consumió drogas, pedía dinero en Mall Alto Las Condes. Los guardias lo expulsaban. En un forcejeo tomó el arma de un guardia y un disparo se escapó. Fue golpeado en la cárcel, su esquizofrenia se agravó. El juez ordenó derivarlo al Psiquiátrico.
- El hijo del pastor: Venía de una familia buena en Haití. En Chile cayó en consumo, vivió con una menor, anduvo en la calle, lo maltrataban. En una riña tiró una piedra y mató a un hombre. Hoy está en pericia psiquiátrica.
- El hombre que rompía vidrios buscando calor: Entraba a casas para tener un lugar caliente. Con el tiempo desarrolló una patología severa. Agredió a un carabinero. En la cárcel llegó a comer excremento. Fue derivado al Psiquiátrico.
- El caso UCSM: Tenía una patología psiquiátrica previa. Su primo intentó cuidarlo. La carpeta investigativa dice que mató a su sobrina. Tiene 17 años de condena y requiere tratamiento permanente.

Yo siempre digo: Estos casos son pocos, un 3% o 5%… pero son dolorosos, porque son migrantes que vinieron por un futuro mejor y terminaron enfermos o presos.

La mitad de los haitianos no sigue el tratamiento, porque creen que su enfermedad es fruto de "brujería" o de un conflicto

espiritual. He visto pacientes que dicen que el diablo los persigue porque pertenecen a un linaje de sacerdotes vodú. Uno mostraba una marca en la piel y decía que era un hechizo. Otro decía que su espíritu estaba atrapado en Haití y que debía volver. Una vez se subió a un árbol, y después de mucho hablar, logré que bajara: "Entre haitianos nos entendemos."

Yo no les digo que abandonen sus creencias. Les digo: "Haz tu rito… y toma también tu remedio." El rito calma el alma. El remedio calma la mente.

Una vez un profesional me dijo: "Tú no traduces todo, traduces pedazos." Entonces traduje palabra por palabra. Y ahí yo entendí que cada gesto, cada silencio, cada tono y cada metáfora es parte del diagnóstico. No traducimos solo palabras. Traducimos mundos.

Yo siempre estoy estudiando. Los médicos me pasan libros, me preguntan qué creo yo que tiene el paciente. A veces me ven casi como un psiquiatra. En el Psiquiátrico nunca he sentido discriminación. La salud mental reconoce que la cultura importa. Y mis compañeros saben que, sin mi lectura cultural, no se puede atender bien a un haitiano.

Cuando ya no podían renovar mi honorario, me dieron 22 horas más como secretario. Siento que el hospital me valora. Organizo horas, telemedicina, atiendo a haitianos y chilenos. Me siento parte del equipo.

"No hay forma de resetear tu mente. Migras con tu cultura, tu historia y tu enseñanza."

Yo soy un puente. Entre Haití y Chile. Entre espirituales y clínicos. Entre el dolor y la dignidad. Entre la psiquiatría occidental y la espiritualidad africana. Yo acompaño para que las personas no se queden atrapadas entre dos mundos, sino que encuentren un lugar donde puedan existir.

En mi trabajo la escucha es lo primero. Yo recibo a personas haitianas y de otros países que llegan desorientadas, sin entender el sistema, sin red familiar y con mucha confusión. Mi tarea cotidiana es escuchar sin apurar, traducir lo que dicen y lo que no pueden decir, porque muchas veces llegan con miedo a los doctores o a las instituciones. Acompaño a los pacientes a sus controles, les explico cómo funciona el hospital y les ayudo a organizar sus trámites. También gestiono repatriaciones cuando ya no pueden sostenerse en Chile. Organizo horas médicas, telemedicina y agendas, tanto para haitianos como para chilenos. Esa parte administrativa también es acompañamiento: les permito entrar al sistema sin perderse en él.

La salud mental duele más cuando uno está solo, y la mayoría de los haitianos que llegan acá están completamente solos. Yo acompaño emocionalmente a pacientes en crisis, con psicosis, con traumas de la ruta migratoria, con duelos por hijos que quedaron en Haití o por familias rotas.

A veces tengo que hablar largo rato para calmar a alguien que escucha voces, o para convencerlo de que baje de un árbol porque cree que su espíritu está atrapado en Haití. Acompaño en sala, converso en creolé, traduzco emociones, no solo palabras. Sigo los casos más graves, los visito después de las altas, veo si están tomando los tratamientos, y si no los siguen, pregunto por qué, porque sé que muchas veces creen que el problema es espiritual.

También ayudo en la UEPI con pacientes judicializados. Algunos cometieron delitos graves, pero venían de años de deterioro. Yo los acompaño desde lo emocional, sin justificar lo que hicieron, pero entendiendo desde dónde se rompieron. La cultura haitiana está llena de espiritualidad africana, vodú, simbolismos, linajes y creencias profundas. La psiquiatría occidental no siempre entiende eso, y ahí entro yo.

Mi trabajo es traducir mundos, no solo traducir palabras. Les explico a los equipos clínicos qué significa cuando un paciente dice que el "baka" lo persigue, o cuando asegura que su espíritu está tomado, o cuando atribuye su enfermedad a un hechizo. También explico a los pacientes que pueden hacer sus ritos y tomar su tratamiento, que ambas cosas pueden convivir. La cultura calma el alma; el medicamento calma la mente.

Trabajo para que el equipo entienda que un gesto, un silencio o una metáfora pueden ser un síntoma. Y también para que el paciente entienda que el psiquiatra no está en contra de su espiritualidad. Creo firmemente que el facilitador es una

profesión: no solo traducimos idiomas, traducimos cosmovisiones. Y eso es clave para que un paciente haitiano pueda ser atendido dignamente en Chile.

“No hay forma de resetear tu mente. Migras con tu cultura, tu historia y tu enseñanza.”



Y al final lo digo así: “Pero aquí estoy… y agradezco mi trabajo.”

Capítulo 4: Lenguaje, cultura y comunicación en salud: el poder de la palabra

Alejandra Carreño, Andrea Ortega

Cuadro resumen

¿De qué se trata este capítulo?

- Reflexiones antropológicas sobre los testimonios de facilitadores interculturales, presentados en el capítulo 3, rescatando aprendizajes y desafíos.

- Reflexiones teóricas sobre el lenguaje, la cultura y la comunicación: explica los aportes de la antropología del lenguaje y su conexión con los desafíos de la comunicación en el espacio sanitario.

- Reflexiones sobre el rol de facilitadores interculturales como puentes entre prácticas de salud locales y biomédicas; destacando la importancia del lenguaje no verbal y los vínculos de confianza como elementos clave en la disminución de brechas en resultados de salud que enfrenta la población migrante.

¿Cómo aporta este capítulo a la realidad?

- Entrega un marco teórico respecto a la importancia del lenguaje y la comunicación en el espacio terapéutico.
- Reconoce la centralidad que adquieren facilitadores interculturales en el ejercicio del derecho a la salud de la población migrante.

Capítulo 4: Lenguaje, cultura y comunicación en salud: el poder de la palabra

La comunicación, aquella capacidad que implica complejos procesos neurológicos, físicos y sociales, tan propias de nuestra especie, salva vidas. ¿Qué habría sido sin comunicación de la vida del paciente de Berlince que aprende a usar la insulina, del paciente de Jean que comprende el horario de administración de los medicamentos o del paciente de Darline que concuerda una compleja intervención quirúrgica?

Los relatos aquí reportados son una representación clara y manifiesta de la importancia que tiene la comunicación en el espacio terapéutico, especialmente cuando se trata de un espacio intercultural en el que los sujetos implicados pertenecen a culturas diversas.

Desde la antropología, la comunicación es entendida como un proceso inmerso en la cultura sin la cual es imposible construir y mantener la vida social (1). Se trata entonces no solo de emitir, transferir y recibir mensajes, sino de ser parte de un sistema de signos que se rigen por estructuras compartidas que ordenan la realidad sociocultural, permitiéndonos hacer comprensible un mundo común (2). La teoría que subyace a la larga tradición de estudios culturales inaugurada por Levi Strauss, se basa en los hallazgos que tempranamente el padre de la lingüística, Ferdinand de Saussure hace en torno al lenguaje y la vida humana. Saussure nos recuerda que el lenguaje y la comunicación son procesos que no solo

requieren capacidades físicas y cognitivas específicas, sino que son producto de una compleja construcción social de larga duración (3). El lenguaje humano, explica Saussure, tiene la maravillosa capacidad de sintetizar la estructura y el cambio al que están sujetas todas las sociedades humanas (69). Esto significa que el lenguaje está compuesto por una dimensión de orden estable -la lengua, que responde a un conjunto de convenciones adoptadas por un grupo social para comunicarse- y al mismo tiempo es capaz de integrar transformaciones propias del momento histórico que viven los hablantes y de las subjetividades de cada persona que utiliza el habla en modo diverso para expresar pensamientos, creencias y emociones.

Dicho esto, ¿Cómo nos comunicamos con otro que no solo habla un idioma diferente al nuestro, sino que pertenece a un universo cultural diverso, muchas veces desconocido para los equipos de salud? ¿Cómo convergen dos sistemas de creencias en una sola comunicación en el espacio sanitario? ¿Por qué la traducción de conceptos al parecer simples, como "una cuchara de café" puede transformarse en un momento clave, capaz de definir el itinerario terapéutico que seguirá una determinada necesidad de salud?

Los trabajos de Wittgenstein aplicados a la antropología del lenguaje nos han permitido comprender que el lenguaje debe ser entendido como una serie de juegos, es decir, elementos sociales que, si bien cuentan con ciertas normas, éstas pueden ser adaptadas mientras más partícipe se haga el usuario de él (4-6). La maleabilidad del lenguaje da origen a una inmensidad

de usos, lo que implica que el contenido de las palabras varía según el contexto en el cual éstas sean proyectadas haciendo referencia a distintos objetos, es decir, el significado de las palabras varía según su uso en el juego del lenguaje (4,7,8)

Vena Das, basada en la teoría de Wittgenstein, sostiene que el lenguaje es una práctica vivida que permite exponer normas, costumbres y prácticas culturales, y simultáneamente puede ocultar estados internos, como creencias y dolores, indescriptibles lingüísticamente (74). El lenguaje, entonces, es inseparable a la cultura, en tanto esta es aprendida, pero también dinámica a las realidades sociales (7,8). Esto justifica cuán importante son traducciones aparentemente simples, como "la cuchara de café" (sin la cual se corría el riesgo de dar cafeína a una persona enferma [sic]) o la traducción de la clásica prescripción médica "cada ocho horas" como "tres veces al día" para la administración de un medicamento. En los testimonios presentados, aun cuando los pacientes y sus familiares manejan cierto nivel de idioma español, en cuanto "nuevos jugadores del juego comunicativo" del español chileno en el espacio sanitario, se muestran confundidos a ciertas formas sociales y/o reglas que, sin la figura de los facilitadores interculturales, constituirían nuevos espacios de exclusión.

Además, el rol de los facilitadores es sumamente significativo pues al ser un "puente" entre ambas lenguas deben adaptar las reglas para que el mensaje sea entendido con mayor fidelidad, salvaguardando un justo equilibrio entre la literalidad de la traducción y la capacidad comunicativa del

concepto. Al respecto, Hanks (9) señala que en el proceso de traducción el contenido no siempre será transmitido completamente, debido a que cada lengua presenta particularidades que la hacen única y diferente a otra, por ello la traducción debe buscar un equilibrio entre el sentido y fidelidad del mensaje, puesto que una traducción excesivamente literal también puede hacer que se pierda el significado que queremos comunicar. Es aquí donde la capacidad de los facilitadores interculturales al adaptar culturalmente mensajes hace eficaz sus estrategias de mediación.

Hasta hace algunos años, dentro de los sistemas de salud existía la creencia que el rol de la comunicación en salud se remitía exclusivamente a un sentido instrumental. Es decir, se consideraba que el sistema biomédico, desde la evidencia científica alcanzaba una "verdad" absoluta y objetiva, que debía ser transferida al paciente, receptor e ignaro de tal verdad, quien a su vez se esperaba que la asumiera como propia y se comportara coherentemente. Bajo esta perspectiva, que ve a los pacientes como receptores vacíos de información, los facilitadores interculturales serían simples traductores de códigos generados por el personal biomédico, emisores, decodificadores y notificadores de verdades absolutas a ser recibidas por los ignaros pacientes migrantes. Sin embargo testimonios como el de Darline y Emanuella nos muestra que los procesos comunicativos en el espacio sanitario son mucho más que la emisión y recepción de mensajes, puesto que más que "verdades objetivas" en torno a patologías, lo que se comunica son horizontes de sentido en

torno a la experiencia de la salud, en la que los participantes son mucho más que transmisores y receptores, son seres humanos que desde sus distintas historias, culturas, saberes y perspectivas, hacen posible la construcción de un mundo común, una realidad compartida incluso más allá de las diferencias lingüísticas.

La transición desde un paradigma que entiende la comunicación en salud como simple disuasión de los pacientes sobre las verdades absolutas del personal sanitario, hacia la idea de la comunicación como elemento clave de la construcción común del espacio terapéutico, no habría sido posible sin algunos cambios históricos en la comprensión de la definición misma de la salud, que surgen a partir de mediados del siglo XX (10). En este periodo, luego de los significativos éxitos del desarrollo científico y tecnológico en materia de saneamiento y disminución de la mortalidad a nivel global, se hace evidente que la sola existencia de los servicios sanitarios, diseñados desde el paradigma biomédico occidental, no garantizan el acceso a salud universal. Es decir, que el solo hecho que los servicios sanitarios existan, no es suficiente para que las personas los utilicen y en consecuencia puedan ejercer su derecho humano a la salud, entendiendo como tal el derecho de toda persona a "disfrutar del más alto nivel posible de bienestar físico, mental y social, incluyendo el acceso a servicios de salud de calidad, medicamentos esenciales, agua potable, un entorno laboral y ambiental saludable, y condiciones que permitan una vida plena" (11). De hecho, ya en el año 1978 a través de la declaración de Alma Ata (12) se reconoce que uno de los principales problemas en

materia sanitaria a nivel global es la desigualdad en salud y que las alarmantes diferencias entre los niveles de salud internas a un país y entre países son inaceptables y han de ser revertidas a través de compromisos internacionales en el ámbito económico, político y social. Esta constatación reconoce que, si bien la disponibilidad y el acceso a servicios de salud es parte de la solución, ésta seguirá siendo parcial si no incorpora la participación plena de las comunidades interesadas. La participación de las comunidades surge entonces, como un elemento clave para que los servicios de salud reflejen las necesidades locales y sean socialmente aceptables, además de valorizar los recursos terapéuticos que existen en los territorios y que van más allá de los conocimientos y tecnologías biomédicas.

Estos cambios históricos posicionan al centro del debate sobre equidad en salud al concepto de cultura y comunicación, que es integrado como dimensión fundamental del ejercicio del derecho humano a la salud. Se entiende entonces que "el uso efectivo de los servicios de salud" no depende solo de la existencia de estos, sino que está sujeto a la interacción de factores complejos y variados como son el costo, la distancia, la calidad y la aceptabilidad de sus prestaciones, entre otros (13). El concepto de aceptabilidad, en particular, refiere a la necesidad que los servicios respondan a los valores y demandas de los usuarios de manera que los motive a utilizarlos apropiada y dignamente. En el caso particular de la población migrante, diversos estudios han revelado que la aceptabilidad es una de las dimensiones que presenta barreras significativas de acceso a salud para población

migrante, en cuanto es una dimensión que incluye los horizontes de significado que surgen en torno a la experiencia de salud-enfermedad (14), incluyendo la percepción de las prestaciones y los conflictos culturales que puedan surgir en el espacio sanitario respecto a normas y expectativas de comportamiento, uso y cuidado del cuerpo, valores, trato y privacidad, entre otros.

Ser un puente entre saberes tradicionales y biomedicina

Darline, facilitadora intercultural de nacionalidad haitiana, relata dos experiencias de mediación en la cual se evidencia lo importante que resulta en el espacio terapéutico el ser consciente de las creencias y practicas espirituales de los pacientes. En un primer relato, se encuentra con una madre haitiana cuyo hijo estaba hospitalizado por graves problemas respiratorios. Sin embargo, en un primer momento se registra que la madre se mostró reacia a las indicaciones del personal médico. En el relato, la madre no desconoce la gravedad del cuadro respiratorio de niño, sino que existen dudas sobre la etiología del mal, es decir, para ella el origen del malestar estaba en Haití y correspondía a un "daño", situación intraducible (e inaceptable) dentro del marco del diagnóstico biomédico. Darline, conocedora del lenguaje del sufrimiento propio de la cultura haitiana, elige un camino que permite la co-existencia de dos culturas en un espacio común: explica a la madre que el niño no enfrenta un solo malestar sino dos: uno con raíces en Haití, que ya estaba siendo tratado por la familia a distancia, y otro de origen respiratorio, que solo podría ser abordado en el hospital y para el que los médicos tienen

suficientes instrumentos de acción. En lugar de negar y persuadir, Darline permite la existencia de un doble significado sobre el mismo mal, uno del orden biomédico y otro del orden espiritual.

En un segundo relato, Darline es llamada por un médico para conversar con un paciente con insuficiencia cardíaca que se rehusaba a ser operado, pese a las recomendaciones y urgencia de su caso. Al conocerlo, el paciente le explicó a la facilitadora sus miedos y preferencia por remedios caseros, como plantas medicinales propias de Haití. Ante las estrategias de mediación de Darline el paciente aceptó la operación. Queda por reflexionar, cuán positivo habría sido para el paciente, haber podido ofrecerle también acceder a la herbolaria tradicional propia de su país de origen.

En ambos relatos, se valida tanto el diagnostico familiar como la explicación biomédica del servicio. Aceptar la posibilidad de que ambos diagnósticos coexistan, dando un status epistemológico a las diversas formas de entender la salud-enfermedad, permitiendo que universos culturales a menudo en tensión (lo tradicional v/s lo biomédico) se encuentren. La facilitadora no busca exigirle a la madre que renuncie a sus creencias ni subordinarla a un saber ajeno biomédico, sino que reconoce que ambos pueden convivir en un mismo espacio para el bienestar de los pacientes. A través del lenguaje, Darline no solo transmite una traducción, sino que logra una coexistencia de dos sistemas de signos socioculturalmente diversos (2,8), en el primer caso con el fin de garantizar el derecho a salud de las niñeces, y en el segundo lugar

humanizando la atención en salud de alguien que, desde el sufrimiento, expresa miedo e incertidumbre.

El lenguaje no verbal como una oportunidad y un desafío

En los relatos aquí recogidos, la capacidad de adaptar el lenguaje según el contexto, creencias culturales, posiciones y sentimientos, hacen a los facilitadores interculturales figuras clave para garantizar el acceso a salud de población migrante en Chile. Cabe destacar que dichas mediaciones no serían posibles sin la capacidad de observar el lenguaje no verbal y la confianza establecida con pacientes.

Öhrling et al. (15) señalan que tanto las expresiones verbales como las no verbales sostienen la confianza y comprensión de un otro. En el contexto de salud, elementos no verbales como gestos, contacto visual, movimientos corporales, e incluso la tonalidad de la voz, contienen información clave para el tratamiento y diagnóstico de un paciente (15,16). Es decir, el lenguaje no verbal puede ser un acercamiento a los pensamientos y emociones de los pacientes, en especial si se presentan conflictos, tensiones u otras situaciones que impidan a los pacientes verbalizar sus malestares.

Eneck, quien hace más de un año desempeña el rol de facilitador intercultural, ha aprendido como a través de la expresión facial es posible ver la frustración e impotencia de los pacientes al no sentirse escuchados por el equipo médico o la consternación de quien no entiende, pero no tiene los instrumentos para pedir más explicaciones. Así mismo, Darline

es capaz de identificar la confusión de un padre a las indicaciones de una doctora, pese a que verbalmente afirmaba lo contrario. Al darse cuenta de aquello Darline no procede a traducción de manera literal del mensaje, sino que busca develar cómo éste fue interpretado por el tutor del paciente. Por ello cuando el padre le pregunta ¿y por qué tengo que dar a mi hijo una cuchará de café todos los días?, Darline descubre el malentendido que habría obstaculizado el éxito del tratamiento. El trabajo del mediador implica, entonces, aprender a observar el lenguaje no verbal que, al ser un lenguaje, también presentan usos y significados que varían según la cultura (2). En palabras de Darline: "en diferentes ocasiones, las personas migrantes prefieren utilizar la comunicación no verbal en lugar de expresarse. La comunicación no verbal implica gestos, expresiones faciales, las posturas, movimientos casi imperceptibles, en general todo tipo de comportamientos durante una conversación". La decodificación de estos malentendidos será clave en invertir jerarquías que suelen existir en el espacio terapéutico entre quien provee de atención, el médico y quien la recibe, el paciente (15,16).

Facilitadores interculturales y la construcción de puentes de confianza

Por último, de manera transversal en los relatos aquí recogidos, se evidencia como la confianza hacia el facilitador intercultural es esencial para una comunicación efectiva, especialmente en situaciones de riesgo o vulnerabilidad que pueden enfrentar comunidades migrantes en sus experiencias

en atención en salud (17). Las relaciones de confianza se establecen al sentirse visto y comprendido por los facilitadores interculturales, aun cuando no se comparta la identidad étnica, nacionalidad o incluso la lengua en común. Tal como señala Emmanuella, la actitud de las personas cambia al sentirse que se valida su existencia, su presencia, su voz y su lengua, el ser escuchado por uno otro que habla su mismo idioma y los trata con respeto; en especial si sienten miedo e incertidumbre derivados de experiencias previas de discriminación.

El rol de la mediación intercultural se convierte en una figura de confianza que expresa claridad e información comprensible, actúa como un "puente" entre el personal de salud y las familias migrantes, haciendo posible compartir un dialogo entre dos sistemas de creencias (2,3,9). Sin embargo, la mediación no se limita a la traducción de términos médicos, sino que orienta, interpreta, acoge y acompaña la experiencia del otro (18). La confianza que el paciente deposita al mediador permite transformar las barreras como el miedo, confusión y la desesperación que surgen al no comprender un idioma, en un diálogo abierto (17) que supera la ausencia de confianza, una de las principales barreras que enfrenta la población migrante. Sin confianza el proceso comunicativo se fractura y en consecuencia las inequidades se intensifican (17). Ahora bien, ante la falta de recursos y saturación de la atención de salud, no siempre es posible contar con facilitadores que manejan un mismo idioma, por lo cual facilitadores y facilitadoras deben ser capaces de atender a personas de distintas nacionalidades, aun cuando éstas no hablen el mismo idioma. Por ejemplo, Ana, facilitadora intercultural venezolana,

relata su mediación entre una familia afgana en un hospital público, en la cual gracias a su intervención y aún sin hablar el idioma se logró comunicar la importancia de que la madre y sus hijas fueran atendidas únicamente por doctoras mujeres, respetando las creencias religiosas y de género de la familia.
La construcción de lazos de confianza y respeto mutuo en la mediación también conlleva una carga emocional que muchas veces es poco considerada al no tener espacios de autocuidado ni herramientas específicas de contención ante situaciones médicas complejas. Esta dimensión se intensifica por la alta carga horaria, el escaso reconocimiento institucional y de otros profesionales de salud de su rol. Como expresa Emmanuella:

> *A veces trabajamos sin horarios definidos, con mucha carga emocional y sin espacios formales de autocuidado o capacitación continua. Esto puede afectar nuestra salud mental y física. Además, me he enfrentado al dolor de acompañar procesos difíciles, como diagnósticos graves o pérdidas, sin siempre tener el respaldo emocional que este tipo de trabajo requiere. Acompañar a alguien en su idioma es también compartir su sufrimiento, y eso deja huella (Emmanuella Dastinot)*

A pesar de ello, los relatos revelan el compromiso y la vocación con que personas que suelen ser llamadas "extranjeras" aportan a nuestro sistema de salud, haciéndolo más equitativo y eficiente. En sus prácticas los profesionales incluso crean estrategias que van más allá de sus obligaciones laborales para

garantizar el trato digno de los pacientes. Ejemplo de ello es la historia de Nathalie, quien relata un encuentro con una mujer embarazada de nacionalidad haitiana que llegó al consultorio angustiada luego de recibir un diagnóstico de "cuello uterino corto", diagnóstico que recibió sin un mínimo de contexto o explicación. El estado emocional de la mujer se debía a que ella había comprendido que el problema afectaba al cuello de su bebé. Ante la angustia de la paciente, Nathalie le explicó a la paciente que era lo que realmente sucedía. La paciente debió ser derivada a un hospital, pero por la falta de recursos, la misma facilitadora fue quien gestionó el transporte por su cuenta, contactó a sus familiares y se aseguró de acompañarla por vía telefónica, realizando mediación con el médico tratante en el hospital. ¿Qué habría pasado con la salud mental de esta mujer gestante sin la intervención de Natalie?, ¿con quién habría sentido la confianza de desahogar su angustia, de compartir su preocupación si no se hubiese dado ese espacio de palabra, de validación de la presencia del otro, con sus válidas preguntas e incomprensiones frente a un diagnóstico comunicado con premura?

Conclusión

En síntesis, este capítulo ha reflexionado teóricamente las experiencias, aprendizajes y desafíos enfrentados en los testimonios de facilitadores interculturales expuestos en el capítulo 3. A partir de ellas se refuerza la importancia de la pertinencia cultural en salud y del complejo trabajo que implica la traducción y la mediación en el espacio terapéutico. Estos testimonios muestran que el lenguaje no actúa aislado de las diversidades culturales, tanto sus componentes verbales como no verbales integran cosmovisiones y habitan en las experiencias de usuarios que a menudo no son vistos, ni escuchados ni legitimados en el espacio terapéutico. Reconocer el rol que cumplen los facilitadores interculturales implica también abandonar una mirada superficial al rol que cumple la participación y la comunicación en salud, asumiendo que se trata de dimensiones fundamentales para la promoción del derecho a la salud como un derecho humano a ser ejercido por todas y todos.

Agradecimiento

Proyecto ANID FONIS SA24I0033. Barreras y facilitadores de acceso y uso de los servicios de atención primaria en adolescentes migrantes de la Región Metropolitana: Generando soluciones participativas para la incorporación del enfoque de interculturalidad.

Referencias del capítulo

1. Duch L, Chillón A. Un Ser De Mediaciones: Antropología De La Comunicación, Vol. 1. Barcelona: Herder; 2012.
2. Levi Strauss C. Las estructuras elementales del parentesco. Barcelona: Paidos; 1981.
3. Bigot M. FERDINAND DE SAUSSURE: EL ENFOQUE DICOTÓMICO DEL ESTUDIO DE LA LENGUA. In: Apuntes de lingüística antropológica. Centro Interdisciplinario de Ciencias Etnolingüísticas y Antropológico-sociales; 2010. p. 43–69.
4. Cavell S. Excursus sobre la visión Wittgensteiniana del lenguaje. In: Reivindicaciones de la razón. Madrid: Síntesis; 2003. p. 241–67.
5. Cordua C. Análogos del Lenguaje. In: Wittgenstein reorientación de la filosofía. Santiago: Dolmen; 1997.
6. Cordua C. El lenguaje y los juegos. In: Wittgenstein reorientación de la filosofía. Santiago: Dolmen; 1997.
7. Schaffhauser P. Los juegos de la regla: Wittgenstein y las ciencias sociales de la acción. Intersticios sociales [Internet]. 2012;(4). Available from: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-49642012000200001
8. Das V. Wittgenstein and Anthropology. Annu Rev Anthropol [Internet]. 1998;27:171–95. Available from: http://www.jstor.org/stable/223368
9. Hanks WF. The space of translation. HAU. 2014 Sep;4(2):17–39.
10. Hernández LR. Comunicación en salud: Conceptos y modelos teóricos. Perspectivas De La Comunicación [Internet]. 2011;4(1):123–40. Available from: https://www.perspectivasdelacomunicacion.cl/index.php/perspectivas/article/view/111

11. Naciones Unidas. El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud. Observación General 14. E/C.12/2000/4. In: COMITÉ DE DERECHOS ECONÓMICOS, SOCIALES Y CULTURALES. Ginebra; 2000.
12. World Health Organization, United Nations Children's Fund. Report of the Conference on Primary Healthcare, Alma Ata. In: Alma Ata Primary Healthcare Conference [Internet]. 1978. Available from: https://www.unicef.org/media/85611/file/Alma-Ata-conference-1978-report.pdf
13. Hirmas Adauy M, Poffald Angulo L, Jasmen Sepúlveda AM, Aguilera Sanhueza X, Delgado Becerra I, Vega Morales J. Barreras y facilitadores de acceso a la atención de salud: una revisión sistemática cualitativa. Rev Panam Salud Publica [Internet]. 2013;33(3):223–9. Available from: https://iris.paho.org/handle/10665.2/9196
14. Román-López P, Palanca-Cruz M del M, García-Vergara A, Román-López FJ, Rubio-Carrillo S, Algarate-López A. Barreras comunicativas en la atención sanitaria a la población inmigrante = Communication barriers in health to immigrants. Revista Española De Comunicación En Salud [Internet]. 2015;6(2):204–12. Available from: https://e-revistas.uc3m.es/index.php/RECS/article/view/2939
15. Öhrling C, Sernbo E, Benkel I, Molander U, Nyblom S. "They must have seen it, you know." Body talk, extension talk, and action talk: A qualitative study on how palliative care patients and their significant others express experiencing these nonverbal cues. PLoS One. 2024 Apr 17;19(4):e0299112.
16. Mast MS. On the importance of nonverbal communication in the physician–patient interaction. Patient Educ Couns. 2007 Aug;67(3):315–8.
17. Filmer D, Sturiale M. Trust, identity, and the intercultural mediator's role in the migrant crisis on the South East coast of

Sicily. In: Flight and Migration from Africa to Europe. Verlag Barbara Budrich; 2020. p. 84–104.
18. Sepúlveda C, Cabieses B. Rol del facilitador intercultural para migrantes internacionales en centros de salud chilenos: perspectivas de cuatro grupos de actores clave. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2019 Dec 6;36(4):592–600.

Capítulo 5: Aportes de este libro testimonial sobre anfitriones, facilitadores y mediadores interculturales para poblaciones migrantes al sistema de salud chileno

Báltica Cabieses

Cuadro resumen

¿De qué se trata este capítulo?

- Este capítulo se describe la relevancia de la figura del anfitrión, facilitador y mediador intercultural hacia poblaciones migrantes y desplazadas para enfoques prominentes del sistema de salud en la actualidad.
- Se focaliza en particular en la Estrategia de Cuidado Integral Centrado en las Personas (ECICEP), el desempeño, la resiliencia y la calidad de la atención en salud.

¿Cómo aporta este capítulo a la realidad?

- La Estrategia de Cuidado Integral Centrado en las Personas – ECICEP: La ECICEP promueve un enfoque integral y humanizado que reconoce las dimensiones sociales y culturales de la salud, lo cual se alinea con las funciones de los facilitadores como mediadores lingüísticos y culturales, educadores sobre el sistema sanitario y articuladores entre usuarios y equipos de salud.
- El rol del facilitador y mediador intercultural para el desempeño del sistema de salud: La incorporación de facilitadores y mediadores interculturales en la atención a personas migrantes puede contribuir de manera significativa al desempeño de los sistemas de salud, especialmente en los indicadores de proceso y de calidad de la atención.
- El rol del facilitador y mediador intercultural para la resiliencia del sistema de salud: Integrar mediadores y facilitadores interculturales en los procesos asistenciales fortalece la resiliencia al reducir barreras lingüísticas y culturales, mejorar la comunicación clínica y garantizar el acceso equitativo en contextos de alta vulnerabilidad.
- El rol del facilitador y mediador intercultural para la calidad de la atención en salud: La incorporación de facilitadores y mediadores interculturales en la atención de salud para poblaciones migrantes y desplazadas representa un aporte sustantivo a la calidad de la atención, pues contribuye a garantizar la pertinencia cultural y la comunicación efectiva, reduciendo barreras lingüísticas y socioculturales. Su intervención impacta directamente en dimensiones clave de la calidad, como la seguridad del paciente, al disminuir errores derivados de la falta de comprensión, y en la satisfacción usuaria.

Capítulo 5: Aportes de este libro testimonial sobre anfitriones, facilitadores y mediadores interculturales para poblaciones migrantes al sistema de salud chileno

Este capítulo se propone describir la relevancia de la figura del anfitrión, facilitador y mediador intercultural hacia poblaciones migrantes y desplazadas para enfoques prominentes del sistema de salud en la actualidad, tales como la Estrategia de Cuidado Integral Centrado en las Personas (ECICEP), el desempeño de los sistemas de salud, la resiliencia de los sistemas de salud y la calidad de la atención en salud.

La Estrategia de Cuidado Integral Centrado en las Personas - ECICEP

La Estrategia de Cuidado Integral Centrado en las Personas (ECICEP) es una política sanitaria implementada en Chile en el marco del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario, orientada a la promoción, prevención y manejo de la cronicidad en el contexto de la multimorbilidad. Esta estrategia busca transformar el enfoque tradicional centrado en la enfermedad en uno centrado en la persona, considerando sus dimensiones físicas, emocionales y sociales, y promoviendo la participación activa en la toma de decisiones sobre su salud. La ECICEP se basa en principios como la continuidad del cuidado, la estratificación por riesgo, el trabajo en red y el apoyo al automanejo, con el objetivo de garantizar cuidados integrales y sostenibles que mejoren la calidad de vida y reduzcan la carga sobre el sistema sanitario.

Además, incorpora herramientas para la gestión del cambio y la reorganización de procesos asistenciales, fortaleciendo la gobernanza y las competencias del equipo de salud en todos los niveles de atención (1, 2).

Los objetivos específicos de la ECICEP en Chile se orientan a garantizar cuidados integrales, continuos y centrados en las necesidades individuales, promoviendo la prevención y el manejo de la cronicidad en el contexto de multimorbilidad. Entre sus objetivos destacan: mejorar la calidad de vida de las personas con condiciones crónicas, optimizar la gestión del riesgo mediante la estratificación, fortalecer el automanejo y reorganizar los procesos asistenciales para asegurar la continuidad del cuidado en la red. Los principios rectores de ECICEP incluyen el respeto a la autonomía y dignidad de las personas, la participación activa en la toma de decisiones, la comunicación efectiva, la equidad en el acceso, la integralidad del cuidado y el trabajo colaborativo en equipos multidisciplinarios. Estos principios buscan transformar el modelo tradicional centrado en la enfermedad en uno centrado en la persona, incorporando dimensiones físicas, emocionales y sociales y fomentando la corresponsabilidad en salud (1, 4, 5).

El modelo tradicional centrado en la enfermedad se caracteriza por una atención fragmentada, orientada principalmente al diagnóstico y tratamiento de patologías específicas, con un enfoque biomédico que prioriza la resolución de episodios agudos y la aplicación de protocolos estandarizados. Este paradigma limita la consideración de

factores sociales, emocionales y culturales, y reduce la participación activa de las personas en la toma de decisiones sobre su salud. En contraste, la ECICEP representa un cambio de paradigma hacia un enfoque integral, continuo y personalizado, que reconoce la multimorbilidad como un desafío central y promueve la estratificación por riesgo, el automanejo y la corresponsabilidad en salud. ECICEP se sustenta en principios como la autonomía, la dignidad, la comunicación efectiva y el trabajo interdisciplinario, e incorpora dimensiones físicas, psicológicas y sociales en la planificación del cuidado. Este modelo busca garantizar la continuidad asistencial en las redes y mejorar la calidad de vida, reduciendo la carga sobre el sistema sanitario mediante intervenciones preventivas y colaborativas (1-3, 5).

La implementación de la ECICEP en Chile enfrenta diversos desafíos y limitaciones que condicionan su efectividad. Entre los principales retos se encuentra la fragmentación histórica del sistema de salud, que dificulta la continuidad del cuidado y la articulación entre niveles asistenciales. Asimismo, la escasez de recursos humanos capacitados en enfoque integral y multimorbilidad limita la cobertura y calidad de las intervenciones. Otro desafío relevante es la resistencia al cambio organizacional, dado que la estrategia implica una transformación profunda del modelo tradicional centrado en la enfermedad hacia uno centrado en la persona, lo que requiere procesos de sensibilización y formación sostenida. Además, persisten brechas tecnológicas y de interoperabilidad de sistemas de información, que obstaculizan la estratificación por riesgo y el seguimiento

longitudinal. Finalmente, la heterogeneidad territorial y las diferencias en capacidades locales generan inequidades en la implementación, especialmente en zonas rurales y vulnerables. Estos factores evidencian la necesidad de fortalecer la gobernanza (6), la inversión en infraestructura y la capacitación continua para garantizar la sostenibilidad del modelo.

El enfoque de la ECICEP ofrece una interesante oportunidad para fortalecer el rol de anfitriones, facilitadores y mediadores interculturales para personas migrantes y refugiadas en Chile, especialmente en la atención primaria y en contextos de alta diversidad migratoria. ECICEP promueve un enfoque integral y humanizado que reconoce las dimensiones sociales y culturales de la salud, lo que se alinea con las funciones de los facilitadores como mediadores lingüísticos y culturales, educadores sobre el sistema sanitario y articuladores entre usuarios y equipos de salud. Al incorporar principios de participación activa y pertinencia cultural, la estrategia potencia la capacidad de estos actores para reducir las barreras idiomáticas, mejorar la comprensión de las indicaciones clínicas y favorecer la adherencia terapéutica en población migrante. Además, su integración en equipos multidisciplinarios contribuye a la continuidad del cuidado y a la construcción de relaciones de confianza, elementos esenciales para la implementación efectiva de ECICEP en territorios con alta heterogeneidad sociocultural. Reconocer y formalizar este rol en el marco de la estrategia no solo optimiza la calidad de la atención, sino que también responde a los

desafíos de equidad y acceso en salud en un país con creciente diversidad migratoria (7-9).

La institucionalización del rol de facilitadores interculturales en la atención primaria chilena, en el marco de la ECICEP, constituye un paso clave para garantizar la pertinencia cultural y la equidad en salud en contextos de creciente diversidad migratoria. ECICEP, al promover un enfoque centrado en la persona y la integralidad del cuidado, ofrece un marco normativo que permite formalizar la incorporación de estos actores como parte de los equipos multidisciplinarios, reconociendo su función en la mediación lingüística, la interpretación cultural y la educación sanitaria. La institucionalización implica definir competencias, establecer mecanismos de financiamiento y protocolos de coordinación que aseguren su participación en procesos de estratificación por riesgo, planificación del cuidado y acompañamiento en la toma de decisiones. Este avance no solo contribuye a reducir barreras de acceso y mejorar la adherencia terapéutica, sino que también fortalece la humanización del sistema y la implementación efectiva de ECICEP en territorios con alta heterogeneidad sociocultural.

La formalización del rol de facilitadores interculturales en la Atención Primaria de Salud (APS) ofrece beneficios sustantivos para la equidad y calidad de la atención en contextos de diversidad migratoria. Entre las principales ventajas se encuentra la reducción de barreras lingüísticas y culturales, lo que mejora la comunicación clínica, la comprensión de indicaciones y la adherencia terapéutica. Además, su

incorporación estable en equipos multidisciplinarios contribuye a la humanización del cuidado, incrementa la satisfacción usuaria y fortalece la confianza en el sistema sanitario. La institucionalización también permite definir competencias, garantizar financiamiento y establecer protocolos que aseguren continuidad del cuidado y pertinencia cultural. Experiencias internacionales exitosas, como los programas de cultural mediators en Italia y community health workers en Canadá y Estados Unidos, han demostrado impactos positivos en la disminución de inequidades, el aumento del acceso a servicios y la mejora de resultados en salud para poblaciones migrantes y minorías étnicas (9, 10). Estos casos evidencian que la formalización del rol no solo responde a necesidades locales, sino que se alinea con estándares globales de atención centrada en la persona y con pertinencia cultural.

El rol del facilitador y mediador intercultural para el desempeño del sistema de salud

El desempeño de los sistemas de salud se entiende como la capacidad de estos para cumplir sus funciones esenciales y alcanzar los objetivos de cobertura universal, equidad, calidad y eficiencia en la atención sanitaria. Este concepto implica evaluar no solo los resultados clínicos, sino también la gobernanza, la financiación, la provisión de servicios y la respuesta ante las necesidades de la población. Su importancia radica en que permite identificar fortalezas y brechas, orientar políticas basadas en evidencia y optimizar el uso de recursos para mejorar la salud poblacional. En América

Latina, la medición y mejora del desempeño han sido clave para enfrentar desafíos como la fragmentación, la inequidad y la carga creciente de enfermedades crónicas. Iniciativas regionales impulsadas por la OPS/OMS han promovido marcos de evaluación que vinculan funciones del sistema con resultados, contribuyendo a fortalecer la resiliencia y la capacidad de respuesta ante emergencias sanitarias y a reducir desigualdades en el acceso y la calidad de los servicios. Este enfoque ha permitido avanzar hacia sistemas más integrados y centrados en las personas, alineados con los principios de la cobertura universal de salud (11,12).

La evaluación del desempeño de los sistemas de salud requiere indicadores que reflejen tanto resultados sanitarios como procesos y capacidades institucionales. Entre los indicadores más utilizados se encuentran: cobertura efectiva de servicios esenciales, que mide el acceso y uso oportuno de intervenciones prioritarias; calidad y seguridad de la atención, evaluada mediante tasas de mortalidad evitable, eventos adversos y satisfacción usuaria; eficiencia financiera, que considera el gasto sanitario per cápita y la protección contra riesgos financieros; y equidad, analizada a través de brechas en acceso y resultados entre grupos socioeconómicos y territoriales. Adicionalmente, se incluyen indicadores de recursos humanos en salud, como densidad y distribución del personal, y de resiliencia del sistema, evaluada por su capacidad de respuesta ante emergencias sanitarias. En América Latina, la OPS/OMS ha promovido marcos integrales que vinculan estas métricas con los objetivos de cobertura universal, lo que permite identificar áreas críticas y orientar

políticas basadas en evidencia para mejorar la sostenibilidad y la equidad en salud (11, 13, 14).

La incorporación de facilitadores y mediadores interculturales en la atención de personas migrantes puede contribuir significativamente al desempeño de los sistemas de salud, especialmente en indicadores de proceso y calidad de la atención. Estos actores mejoran la comunicación clínica al reducir barreras lingüísticas y culturales, lo que incrementa la comprensión de indicaciones, la adherencia terapéutica y la satisfacción usuaria, elementos clave en la medición de calidad. Asimismo, facilitan la coordinación entre equipos multidisciplinarios y usuarios, optimizando tiempos de atención y continuidad del cuidado, lo que impacta en indicadores de eficiencia y oportunidad. En contextos de alta diversidad cultural, su rol contribuye a la humanización del cuidado y a la pertinencia cultural de las intervenciones, aspectos cada vez más valorados en evaluaciones de desempeño. Experiencias documentadas en América Latina y Europa muestran que la mediación intercultural reduce inequidades en acceso y mejora resultados en salud, fortaleciendo la capacidad de respuesta del sistema frente a poblaciones vulnerables. Por tanto, su institucionalización en la Atención Primaria no solo responde a principios de equidad, sino que también potencia el logro de metas estratégicas vinculadas a la cobertura universal y la calidad asistencial (15-17).

Considerar la experiencia de facilitadores y mediadores interculturales en salud desde una perspectiva de

participación social es fundamental para avanzar hacia sistemas más inclusivos y equitativos. Estos actores no solo cumplen funciones de mediación lingüística y cultural, sino que también aportan conocimiento situado sobre las necesidades, prácticas y expectativas de las comunidades migrantes, lo que enriquece los procesos de toma de decisiones en salud. Su participación activa permite diseñar políticas y servicios con mayor pertinencia cultural, favoreciendo la confianza y la corresponsabilidad entre usuarios y equipos sanitarios. Además, la incorporación de estas experiencias en espacios de gobernanza y planificación contribuye a fortalecer la legitimidad de las intervenciones, mejorar la calidad de la atención y reducir brechas de acceso. En América Latina, la OPS y diversas investigaciones han destacado que la participación social en salud, cuando incluye mediadores interculturales, potencia la humanización del cuidado y la efectividad de estrategias orientadas a poblaciones vulnerables, alineándose con los principios de la cobertura universal y los derechos humanos (15-17).

La experiencia de facilitadores y mediadores interculturales en salud es esencial para avanzar hacia la humanización del cuidado, especialmente en la atención de poblaciones migrantes. Estos actores aportan una comprensión profunda de las dimensiones culturales, lingüísticas y sociales que influyen en la relación terapéutica, lo que permite adaptar los servicios a las necesidades reales de las personas. Desde esta perspectiva, su intervención contribuye a generar entornos de atención más respetuosos, empáticos y centrados en la dignidad, reduciendo situaciones de discriminación y

malentendidos clínicos. Este enfoque no solo mejora la percepción de trato humanizado, sino que impacta directamente en la calidad de la atención, al favorecer la comunicación efectiva, la adherencia a tratamientos y la satisfacción usuaria, indicadores clave en la evaluación del desempeño sanitario. Estudios en América Latina y Europa han demostrado que la incorporación de mediadores interculturales fortalece la pertinencia cultural de los servicios y promueve la equidad, alineándose con los principios de la cobertura universal y los derechos humanos en salud. Todo ello se traduce en un mejor desempeño de los sistemas de salud (16, 17).

El rol del facilitador y mediador intercultural para la resiliencia del sistema de salud

La resiliencia de los sistemas de salud se define como la capacidad de estos para anticipar, absorber, adaptarse y recuperarse frente a crisis, shocks o cambios sostenidos, garantizando la continuidad y calidad de los servicios esenciales. Este concepto es crucial porque permite que los sistemas respondan eficazmente ante emergencias sanitarias, desastres naturales o fluctuaciones económicas, evitando colapsos y reduciendo impactos negativos en la salud poblacional. En América Latina, la resiliencia ha cobrado especial relevancia tras la pandemia de COVID-19, evidenciando la necesidad de fortalecer la gobernanza, la integración de redes y la flexibilidad en la asignación de recursos. Su aporte se refleja en la capacidad de mantener la atención primaria, asegurar el suministro de medicamentos y

proteger a poblaciones vulnerables, incluso en contextos de alta desigualdad y limitaciones presupuestarias. La OPS y estudios regionales destacan que sistemas resilientes no solo enfrentan mejor las crisis, sino que también impulsan transformaciones hacia modelos más equitativos, sostenibles y centrados en las personas (11, 18, 19).

Los componentes clave para construir resiliencia en los sistemas de salud incluyen dimensiones estructurales, funcionales y adaptativas que permiten mantener la continuidad y calidad de los servicios ante crisis. En primer lugar, la gobernanza sólida y transparente es esencial para coordinar respuestas rápidas y garantizar la toma de decisiones basada en evidencia. La financiación sostenible y flexible permite reasignar recursos ante emergencias sin comprometer la atención rutinaria. Otro componente crítico es la integración de redes asistenciales, que facilita la continuidad del cuidado y la redistribución de las cargas entre los niveles de atención. La capacidad de adaptación tecnológica, mediante sistemas interoperables y la telemedicina, fortalece la respuesta en contextos de aislamiento o de alta demanda. Asimismo, la protección y la capacitación del recurso humano aseguran la disponibilidad y el bienestar del personal en situaciones de estrés prolongado. Finalmente, la participación comunitaria y la comunicación efectiva incrementan la confianza social y la corresponsabilidad, factores que potencian la resiliencia. En América Latina, la OPS subraya que estos componentes son determinantes para enfrentar emergencias como la pandemia de COVID-19 y avanzar hacia sistemas más equitativos y centrados en las personas.

La aplicación práctica de la resiliencia en los sistemas de salud implica diseñar estructuras y procesos que permitan mantener la continuidad y calidad de los servicios ante crisis, adaptándose a contextos cambiantes sin comprometer la equidad. En este marco, la incorporación de facilitadores y mediadores interculturales para personas migrantes constituye una estrategia complementaria que fortalece la resiliencia desde las perspectivas de la humanización del cuidado y la pertinencia cultural. Estos actores contribuyen a indicadores de proceso, al mejorar la comunicación clínica, reducir tiempos de atención y garantizar la comprensión de indicaciones, y a indicadores de calidad, al incrementar la satisfacción usuaria y la adherencia terapéutica. Durante emergencias sanitarias, su rol es crítico para asegurar el acceso oportuno y la continuidad del cuidado en poblaciones vulnerables, mitigando riesgos de exclusión y sobrecarga del sistema. Evidencias en América Latina y Europa muestran que la mediación intercultural no solo reduce inequidades, sino que también incrementa la capacidad adaptativa del sistema, alineándose con los principios de resiliencia y cobertura universal promovidos por la OPS/OMS (11, 15, 17).

La resiliencia de los sistemas de salud y la interculturalidad en salud son conceptos estrechamente vinculados cuando se aborda la atención de poblaciones migrantes y desplazadas. La resiliencia implica la capacidad del sistema para adaptarse y mantener la continuidad del cuidado ante crisis, mientras que la interculturalidad asegura que dicha respuesta sea pertinente y respetuosa de la diversidad cultural. Integrar mediadores y facilitadores interculturales en los procesos asistenciales

fortalece la resiliencia al reducir las barreras lingüísticas y culturales, mejorar la comunicación clínica y garantizar el acceso equitativo en contextos de alta vulnerabilidad. Esta sinergia permite que los sistemas no solo resistan shocks como emergencias sanitarias o flujos migratorios masivos, sino que también evolucionen hacia modelos más inclusivos y centrados en las personas (11, 15).

El rol del facilitador y mediador intercultural para la calidad de la atención en salud

La calidad de la atención en salud se define como la capacidad de los servicios sanitarios para garantizar una atención segura, efectiva, oportuna, eficiente y centrada en las personas, sus familias y comunidades, asegurando equidad y satisfacción usuaria como atributos esenciales. Este concepto tiene su origen en los movimientos de mejora continua impulsados por la industria en el siglo XX, con aportes de autores como Deming y Juran, y fue adaptado al ámbito sanitario en las décadas posteriores, especialmente tras la declaración de Alma-Ata (1978) y la incorporación del enfoque de atención centrada en el paciente. Históricamente, la calidad evolucionó desde una visión técnica orientada a la reducción de errores hacia un enfoque integral que incluye dimensiones éticas, comunicacionales y de participación social. En el contexto chileno, su importancia radica en que constituye un eje estratégico para avanzar hacia la cobertura universal y enfrentar desafíos como la fragmentación del sistema y las inequidades en acceso y resultados. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la OMS han señalado que la

calidad es indispensable para garantizar la efectividad de las políticas sanitarias y el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, lo que ha motivado la implementación de estándares y sistemas de acreditación en Chile para asegurar la seguridad y la pertinencia cultural de la atención (20, 21).

Las dimensiones de la calidad en salud constituyen un marco conceptual que orienta la evaluación y mejora continua de los servicios sanitarios. Según la OPS y la OMS, estas dimensiones incluyen seguridad, efectividad, oportunidad, eficiencia, equidad y atención centrada en las personas, atributos esenciales para garantizar una atención integral y sostenible. La seguridad busca prevenir daños derivados de la atención; la efectividad asegura que las intervenciones logren los resultados esperados; la oportunidad implica brindar atención en el momento adecuado; la eficiencia optimiza el uso de recursos; la equidad reduce brechas en acceso y resultados; y la centralidad en la persona promueve la dignidad, la comunicación y la participación activa. En el sistema chileno, estas dimensiones se aplican mediante políticas como la acreditación de prestadores, protocolos de seguridad del paciente y estrategias de humanización del cuidado, integradas en el marco de la cobertura universal y los Objetivos Sanitarios Nacionales. Su implementación es clave para enfrentar desafíos como la fragmentación y la inequidad, asegurando que la calidad sea un eje transversal en la atención primaria y hospitalaria (11, 22).

La incorporación de facilitadores y mediadores interculturales en la atención de salud para poblaciones migrantes y desplazadas representa un aporte sustantivo a la calidad de la atención, entendida como la provisión de servicios seguros, efectivos, oportunos y centrados en las personas. Estos actores contribuyen a garantizar la pertinencia cultural y la comunicación efectiva, reduciendo barreras lingüísticas y socioculturales que históricamente han limitado el acceso y la continuidad del cuidado. Su intervención impacta directamente en dimensiones clave de la calidad, como la seguridad del paciente, al disminuir errores derivados de la falta de comprensión, y la satisfacción usuaria, al promover entornos de atención más humanizados y respetuosos de la diversidad. Además, fortalecen la equidad, al asegurar que grupos vulnerables reciban cuidados adaptados a sus contextos culturales, lo que incrementa la adherencia terapéutica y mejora los resultados en salud. Evidencias en América Latina y Europa demuestran que la mediación intercultural no solo optimiza procesos asistenciales, sino que también contribuye a sistemas más inclusivos y resilientes, alineados con los principios de cobertura universal y derechos humanos en salud (17,20).

La inclusión de facilitadores y mediadores interculturales en los estándares de acreditación y evaluación de calidad en salud en Chile representa una estrategia clave para garantizar la pertinencia cultural y la equidad en la atención. Los procesos de acreditación, regulados por la Superintendencia de Salud, consideran dimensiones como seguridad, efectividad y atención centrada en las personas; sin embargo, la

incorporación explícita de criterios interculturales permitiría fortalecer la calidad en contextos de diversidad migratoria. Integrar el rol de facilitadores en estos estándares implica reconocer su aporte en la comunicación efectiva, la reducción de errores clínicos por barreras idiomáticas y la mejora de la satisfacción usuaria, indicadores esenciales en la evaluación de calidad. Además, su formalización en protocolos acreditados contribuiría a la humanización del cuidado y al cumplimiento de los principios de cobertura universal y derechos humanos, alineando el sistema chileno con recomendaciones internacionales de la OPS y la OMS sobre atención culturalmente competente.

La incorporación de criterios interculturales en los procesos de acreditación permitiría fortalecer la calidad y equidad en la atención de poblaciones migrantes y desplazadas. Se proponen los siguientes indicadores:

- Disponibilidad de facilitadores interculturales: Porcentaje de establecimientos acreditados que cuentan con personal capacitado en mediación lingüística y cultural.
- Protocolos de mediación intercultural: Existencia y aplicación de guías clínicas que integren mediación cultural en la atención primaria y hospitalaria.
- Capacitación del equipo de salud en competencias interculturales: Proporción de profesionales que han completado formación certificada en atención culturalmente pertinente.
- Registro de intervenciones interculturales: Inclusión de mediación cultural en historias clínicas y sistemas de información para seguimiento y evaluación.

- Satisfacción usuaria en población migrante: Medición periódica de percepción de trato digno y comprensión de indicaciones médicas en grupos migrantes.

Estos indicadores se alinean con las dimensiones de calidad definidas por la OPS (seguridad, efectividad, equidad y atención centrada en la persona) y responden a la evidencia que demuestra que la mediación intercultural mejora la comunicación clínica, reduce errores y aumenta la adherencia terapéutica.

Para finalizar, este libro ofrece una panorámica inédita del aporte sustantivo de las experiencias vivas, por medio de testimonios reales, de la figura de facilitadores, anfitriones o mediadores interculturales en la atención de salud en nuestro país. Recoger sus vivencias, como se ha hecho por primera vez en este libro, provoca una mirada más profunda a la que se ha dado en la actualidad a este rol instalado de manera desigual en nuestro sistema de salud, y cuyos posibles beneficios merecen mayor atención y reconocimiento. Al mismo tiempo, urge la estandarización de este rol, de cara a un país diverso que busca acortar brechas de acceso y de calidad de la atención para grupos con necesidades de salud distintas.

Referencias del capítulo

1. Ministerio de Salud de Chile. Marco Operativo Estrategia de Cuidado Integral Centrado en las Personas para la promoción, prevención y manejo de la cronicidad en contexto de multimorbilidad. Santiago: MINSAL; 2025. Disponible en: https://www.saludatacama.cl/wp-content/uploads/2025/05/5.-Marco-Operativo-Estrategia-Cuidado-Integral-Centrado-en-la-Persona-ECICEP-2025.pdf
2. MiAPS. Estrategia de Cuidado Integral Centrado en las Personas (ECICEP). 2023. Disponible en: https://miaps.cl/cardiovascular/ecicep/ [miaps.cl]
3. Acuña Yáñez F, Ortiz Cabezas A, Bolbarán Cabello J. Estrategia de Cuidado Integral Centrado en las Personas: La nueva perspectiva de la multimorbilidad. Revista Salud y Comunidad. 2024;2(3):45-58. Disponible en: https://www.uandes.cl/wp-content/uploads/2024/07/RSC-Vol2-Cap3.pdf
4. Servicio de Salud Coquimbo. Estrategia de Cuidado Integral Centrado en la Persona: ECICEP. En contexto de multimorbilidad. 2023. Disponible en: https://www.sscoquimbo.cl/gob-cl/cira/files/2023/noviembre/ECICEP.pdf
5. Parra-Giordano D. Dos años de la estrategia de cuidados integrales para personas con enfermedades crónicas en la atención primaria de salud chilena. Rev Chil Enferm. 2021;3(2):1-5. Disponible en: https://revistachilenaenfermeria.uchile.cl/index.php/RCHE/article/view/65925
6. Vargas I, Barros X, Fernández MJ, Mayol M. Rediseño en el abordaje de personas con multimorbilidad crónica: desde la fragmentación al cuidado integral centrado en las personas. Rev Med Clin Las Condes. 2021;32(4):400-413. doi:10.1016/j.rmclc.2021.05.003

7. Sepúlveda C, Cabieses B. Role of the intercultural facilitator for international migrants in chilean health centres: Perspectives from four groups of key actors. Rev Peru Med Exp Salud Publica [Internet]. 2019 [cited 2025 Aug 10];36(4):592–600. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31967250/
8. Sepúlveda C. Estudio cualitativo del rol de los facilitadores interculturales en la atención de salud de migrantes internacionales en dos comunas de la Región Metropolitana: Quilicura y Santiago [Internet] [Internet] [Tesis para optar al grado de magíster en Gestión y Políticas Públicas]. [Santiago, Chile]: Universidad de Chile; 2019. Available from: https://repositorio.uchile.cl/handle/2250/170509
9. Cifuentes C, Zapata C, Carrasco S. Facilitadores interculturales en salud: una oportunidad para enfrentar la barrera idiomática. Revisión de la literatura a propósito de una experiencia. Rev Chil Med Intensiva. 2025;38(1). Disponible en: https://www.medicina-intensiva.cl/revista/articulo.php?id=147
10. Pezoa-Sade Kattya, Chepo-Chepo Macarena. Barreras y facilitadores percibidos en la atención de salud a personas migrantes en Chile. Index Enferm [Internet]. 2023 Sep [citado 2025 Oct 22] ; 32(3): e14356. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962023000300008&lng=es. Epub 04-Mar-2024. https://dx.doi.org/10.58807/indexenferm20236206.
11. Organización Panamericana de la Salud. Evaluación del desempeño de los sistemas de salud: Un marco para el análisis de políticas. Washington, DC: OPS; 2023. Disponible en: https://iris.paho.org/handle/10665.2/57392
12. Bharali I, Ortiz EJ, Marín Carballo C, et al. Análisis de las prácticas presupuestarias en salud en 8 países de América Latina. FIFARMA; 2025. Disponible en: https://fifarma.org/wp-content/uploads/2025/10/Analisis-de-las-Practicas-Presupuestarias-en-Salud-en-8-paises-de-LATAM-ESP.pdf

13. López-Casasnovas G. Indicadores y políticas públicas: objetivos de salud y realidades sanitarias. Barcelona: Universitat Pompeu Fabra; 2019. Disponible en: https://repositori.upf.edu/bitstream/handle/10230/37260/Policy_Paper2019_10_GL.pdf
14. Organización Panamericana de la Salud. La fuerza de trabajo en salud en las Américas: datos e indicadores regionales. Washington, DC: OPS; 2025. Disponible en: https://iris.paho.org/handle/10665.2/64275
15. Urrutia C. Interculturalidad en salud: teorías y experiencias para poblaciones migrantes internacionales. Santiago: ANID; 2022. Disponible en: https://www.academia.edu/83085847
16. CEPAL. Contribuciones de la migración internacional al desarrollo en América Latina y el Caribe: buenas prácticas, obstáculos y recomendaciones. Santiago: CEPAL; 2023. Disponible en: https://www.cepal.org/es/publicaciones/68694
17. Sánchez Bandala MA. Mediadores culturales : Como facilitadores para el trabajo interdisciplinario en Salud Pública. Rev Salud Pública (Córdoba) [Internet]. 2017 Dec 15 [cited 2025 Oct 22];21(3):88-91. Available from: https://revistas.unc.edu.ar/index.php/RSD/article/view/18892
18. Kruk ME, Ling EJ, Bitton A, Cammett M, Cavanaugh K, Chopra M, et al. Building resilient health systems: a proposal for a resilience index. BMJ. 2017;357:j2323. doi:10.1136/bmj.j2323.
19. Saavedra J, Cafagna G. Inteligencia Artificial en los sistemas de salud: ¿qué falta en América Latina y el Caribe?. Banco Mundial; 2025. Disponible en: https://blogs.worldbank.org/es/latinamerica/inteligencia-artificial-sistemas-salud-america-latina-caribe
20. González Díaz HE. Calidad de la atención. Atlantic International University; 2023. Disponible en: https://www.aiu.edu/spanish/calidad-de-la-atencion.html
21. Organización Mundial de la Salud. Servicios de salud de calidad [Internet]. Ginebra: OMS; 2025 May 19 [cited 2025 Oct 22]. Available

from: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/quality-health-services
22. Sulbarán I. Dimensiones de la calidad en salud y cómo se regulan sus estándares. Tiffin University; 2025. Disponible en: https://global.tiffin.edu/blog/dimensiones-para-evaluar-la-calidad-de-los-servicios-de-salud

Epílogo: Construyendo Puentes: Hacia una Interculturalidad Viva en Salud

Alexandra Obach

Este libro nace a partir de la evidencia de que en los pasillos y salas de espera de nuestro sistema de salud existe un trabajo silencioso, profundo y muchas veces invisible, realizado por personas que habitan a la vez dos mundos. Personas cuya experiencia migratoria, lingüística y cultural se transforma en una herramienta profesional al servicio de otros. Personas que diariamente ejercen un rol que aún no está plenamente reconocido y, sin embargo, es indispensable para que la atención de salud se convierta en un encuentro humano real.

A lo largo del libro se ha revelado la diversidad de trayectorias, estilos y realidades que constituyen el trabajo de las y los facilitadores interculturales para población migrante en Chile. Lo que aparece es un campo altamente heterogéneo, donde cada experiencia se vuelve una forma particular de interpretar y expandir un rol que todavía está en construcción. Este epílogo busca situarnos frente a esa complejidad, reconocerla y proyectarla hacia el futuro.

Los testimonios y experiencias aquí reunidos muestran que la mediación intercultural en salud se ha configurado de manera fragmentada, emergiendo como respuesta práctica a necesidades reales, antes incluso de que existieran lineamientos claros. La política pública abrió la puerta, pero fueron las personas facilitadoras las que dieron forma al

contenido cotidiano del cargo. De ahí que el rol se haya expandido mucho más allá de la traducción lingüística, abarcando tareas que van desde la orientación en trámites y la educación en salud, hasta el acompañamiento emocional, la resolución de conflictos, la defensa de derechos, la negociación cultural y la traducción simbólica entre cosmovisiones profundamente distintas.

La amplitud de funciones no es solo resultado de voluntades individuales, sino que surge porque el sistema de salud no contempla completamente la complejidad de la experiencia migrante. En esa ausencia, las y los facilitadores se han transformado en quienes sostienen, explican, acompañan y humanizan espacios que muchas veces resultan hostiles o inaccesibles para las personas migrantes.

Uno de los aportes más relevantes de los relatos es la comprensión del rol de puente que ejercen las personas facilitadoras. Por un lado, son parte del sistema de salud, conocen sus protocolos, sus urgencias, sus límites, sus tiempos, sus jerarquías. Por otro, pertenecen a comunidades migrantes que buscan apoyo, orientación y cercanía frente a instituciones que no siempre les reconocen como sujetos de derecho. En ese territorio intermedio, las y los facilitadores interculturales contribuyen a generar no solo que las atenciones sean oportunas, sino que forjan confianza. Los testimonios muestran que muchas personas migrantes llegan al sistema de salud chileno con experiencias previas de exclusión, violencia institucional o abandono. Frente a ello, el

facilitador intercultural se transforma en la principal referencia disponible.

El libro revela semillas de transformación que han germinado en diversos centros de salud, entre estas, equipos que incorporan a facilitadores en reuniones clínicas; coordinaciones que los reconocen como actores claves; experiencias que muestran que la interculturalidad no es una tarea personal, sino un compromiso colectivo. A la luz de la evidencia presentada, pareciera que el futuro de la mediación intercultural en salud en Chile dependerá de al menos tres procesos: (i) la profesionalización del rol; (ii) el fortalecimiento del enfoque intercultural en todo el sistema de salud; (iii) y la participación activa de las comunidades migrantes.

Este libro no busca generar respuestas únicas sobre la mediación intercultural con población migrante, sino, muy por el contrario, se propone abrir este campo de reflexión. Asimismo, no ofrece una definición única de la mediación intercultural, porque lo que muestra la realidad es que este rol se construye en movimiento, se adapta a los territorios, las personas, las historias. Pero lo que sí propone es ahondar en ciertas temáticas, como que la mediación intercultural es una práctica de cuidado, una herramienta de justicia y un puente imprescindible para construir un sistema de salud que trate a todas las personas con dignidad. Quienes aportaron a este libro coinciden en algo fundamental: la interculturalidad no puede ser una aspiración abstracta, sino que es una forma de relación que se aprende, se ejercita y se sostiene día a día. Es, en último término, una ética.

Que este libro sirva entonces como reconocimiento a quienes, desde su experiencia migratoria, desde sus conocimientos y desde su humanidad, han sostenido encuentros que de otra manera no habrían ocurrido. Que sea también un llamado a autoridades, equipos de salud y academia a avanzar con decisión hacia políticas, prácticas y estructuras que les permitan desempeñar su rol con claridad, respaldo y legitimidad. Porque la salud no es solo la ausencia de enfermedad sino la posibilidad de encontrarnos como iguales, aun viniendo de mundos distintos. Y en esa posibilidad, los y las facilitadores interculturales son agentes indispensables.

Acerca de los autores

A continuación, se presentan breves reseñas de autores de los prólogos, introducción, los capítulos conceptuales y de reflexión, y el epílogo del libro.

Caterine Galaz
Académica de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Chile, co-coordinadora del Núcleo de Diversidad y género: abordajes feministas interseccionales. Se ha especializado en análisis críticos sobre migraciones, género y sexualidades.

Juan Pablo González
Sociólogo por la Universidad de Concepción y cuenta con un magíster en Migraciones Internacionales por la Pontificia Universidad de Comillas, además de un magíster en Métodos para la Investigación Social por la Universidad Diego Portales. Actualmente se desempeña como Jefe del Área de Estudios de la Fundación Servicio Jesuita a Migrantes, donde desarrolla investigación aplicada, análisis de políticas públicas y producción de evidencia para la incidencia en temas de movilidad humana y protección internacional.

Gonzalo Peña
Periodista graduado en la Universidad del Desarrollo y con estudios de magister en Antropología y Desarrollo en la Universidad de Chile y un Doctorado en Estudios Meso-latinoamericanos en la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Presenta una importante experiencia en el

ámbito de la docencia y el trabajo público. En la actualidad se desempeña como referente del programa migración y salud de la Seremi de Salud de la región Metropolitana.

Antonia Roberts
Socióloga, diplomada en Diseño, Gestión y Evaluación de Proyectos de Interés Público, Universidad de Chile. Estudiante del Magíster en Salud Pública, Universidad de Chile. Actualmente es Investigadora del Centro de Salud Global Intercultural (CeSGI) ICIM UDD y Docente Escuela de Enfermería UDD.

Báltica Cabieses
Enfermera-matrona, diplomada en docencia universitaria, Magíster en Epidemiología y PhD en Ciencias de la Salud (epidemiología social) de la Universidad de York, Inglaterra. Profesora titular del Centro de Salud Global Intercultural (CeSGI) ICIM UDD Chile. Profesora senior visitante de la Universidad de York (2011 a la fecha). Directora del Centro Colaborador de la OMS/OPS para la salud de personas migrantes y refugiadas en Chile. Miembro del directorio de Lancet Migration para América Latina (2020-fecha) y miembro fundador de la red chilena de investigación en salud y migración RECHISAM. Ex vicepresidenta de la Sociedad Chilena de Epidemiología (2014-2017). Consultora nacional e internacional. Líneas de investigación: inequidades sociales en salud, salud de personas migrantes internacionales y participación de pacientes en la toma de decisiones en salud.

Paula Madrid
Psicóloga, Universidad Central de Chile, Magíster en Psicología mención psicología comunitaria Universidad de Chile. Investigadora del Centro de Salud Global Intercultural (CeSGI) ICIM UDD. Docente Escuela de Enfermería UDD.

Jovita Ortiz
Matrona, Profesora Asociada de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile y Directora del Departamento de Promoción de la Salud de la Mujer y el Recién Nacido, y directora y consultora del Centro Colaborador OMS/OPS para el desarrollo de la Partería en Latinoamérica y el Caribe y del socio implementador del UNFPA-LACRO en salud materna, sexual y reproductiva. Sus líneas de trabajo incluyen: salud materna y perinatal, políticas públicas en salud sexual y reproductiva, partería profesional, interculturalidad y género.

Alejandra Carreño Calderón

Doctora en Antropología Social, Universidad de Siena. Magíster En Etnopsiquiatría, Universidad de Génova, Italia. Ha desarrollado investigaciones en el ámbito de la antropología de la salud y las migraciones, focalizándose en temas de salud mental, salud sexual y reproductiva, estudios de género, maternidad e infancia. Trabajó como investigadora y facilitadora cultural en el Centro Frantz Fanon de la Universidad de Torino y fue maestra del Liceo Científico Miguel Canela Lázaro, en República Dominicana. Actualmente es Investigadora del Centro de Salud Global Intercultural (CeSGI) ICIM UDD y profesora de la Facultad de Medicina de

la UDD. Es coordinadora de la Red Chilena de Investigación en Salud y Migración, miembro directivo de la Red Chilena de Antropología de la Salud, y colaboradora del Observatorio Italiano de Salud Global. Además de diversas publicaciones académicas ha publicado libros de cuentos y de divulgación científica en materia de género, niñez, salud y migración.

Andrea Ortega Rosales
Antropóloga, Diplomada en Metodologías participativas para la investigación y el co-diseño de proyectos con niños, niñas y adolescentes, Pontificia Universidad Católica de Chile. Investigadora del Centro de Salud Global Intercultural (CeSGI) ICIM UDD. Docente Escuela de Enfermería UDD.

Alexandra Obach
Antropóloga social de la Universidad de Chile; Magíster en Estudios de Género y Cultura por la Universidad de Chile y Doctora en Antropología Social y Cultural por la Universidad de Barcelona. Actualmente se desempeña como directora e investigadora del Centro de Salud Global Intercultural (CeSGI) de la Universidad del Desarrollo. Asimismo, es profesora asociada de la Facultad de Medicina Clínica Alemana, Universidad del Desarrollo. Sus líneas de investigación se focalizan en los ámbitos de la antropología de la salud, interculturalidad, salud y migración, salud sexual y reproductiva con foco en juventudes, y participación ciudadana en salud.



Facultad de Medicina
Universidad del Desarrollo

CeSGI
Centro de Salud Global Intercultural
Center for Global Intercultural Health

Facultad de Medicina
Clínica Alemana - Universidad del Desarrollo

SEREMI
Región Metropolitana
Ministerio de Salud

Agencia Nacional de Investigación y Desarrollo
Ministerio de Ciencia, Tecnología, Conocimiento e Innovación
Gobierno de Chile

Servicio de Salud Metropolitano Norte
Ministerio de Salud
Gobierno de Chile

ANID, Subdirección de Investigación Aplicada, FONIS SA25I0155.