

ENSAYO Y REVISIÓN TEÓRICA

**¿Qué es lo cultural del encuentro intercultural de atención de salud de poblaciones migrantes internacionales en Chile? Algunas reflexiones antropológicas<sup>1</sup>**

*What is the cultural aspect of the intercultural meeting of health care for international migrant populations in Chile? Some anthropological reflections*

**CARLA URRUTIA PÉREZ**

**ELIANA CORREA-MATUS**

**BÁLTICA CABIESES VALDÉS**

**ALEXANDRA OBACH KING**

*Universidad del Desarrollo, Chile<sup>2</sup>*

**RESUMEN** Chile se ha vuelto un país receptor de población migrante internacional en los últimos años, con creciente influjo en el tiempo. Dentro de los desafíos de la migración internacional se encuentra el acceso equitativo y oportuno de migrantes internacionales al sistema de salud, reportándose diversas barreras para el acceso a la atención de salud. Dentro de las barreras se identifica el encuentro intercultural en salud y la atención de salud con perti



Este trabajo está sujeto a una licencia de Reconocimiento 4.0 Internacional Creative Commons (CC BY 4.0).

---

1. Financiado por FONIS SA19I0066 ANID Chile, DID UDD alojado en ANID COVID 2020 (COVID0873), Universidad del Desarrollo.

2. Programa de Estudios Sociales en Salud, Instituto de Ciencias e Innovación en Medicina, Facultad de Medicina Clínica Alemana-Universidad del Desarrollo, Chile

nencia cultural a las necesidades de la población migrante. En este ensayo se desarrolla una reflexión sobre los aspectos culturales propios del espacio de atención de salud, considerando el lugar, actores que participan de la interacción y tiempo en que ocurre la atención. Se desarrolla un marco conceptual previo para sentar bases para la reflexión, basados en los conceptos de cultura, interculturalidad en salud e interaccionismo simbólico como propuesta de acercamiento a este fenómeno. Para la realización de este artículo se lleva a cabo una revisión bibliográfica en bases de datos científicos (Pubmed, Scielo y Google Scholar) y literatura gris nacional e internacional, con el objetivo de reflexionar sobre lo cultural en el encuentro de atención de salud entre población migrante internacional y los profesionales de salud que los atienden.

**PALABRAS CLAVE** Emigración e inmigración; competencia cultural; salud intercultural; atención a la salud.

**ABSTRACT** Chile has become a host country for an international migrant population in the past years, with a growing influx of immigrants over time. Among the challenges of international migration, it is the equitable and timely access of international migrants to the health system, reporting barriers to access to health care. Among the barriers, the intercultural encounter in health and health care with cultural relevance to the needs of the migrant population are identified. In this essay we develop a reflection on the cultural aspects that are inherent to the health care environment, considering the place, actors that participate in the interaction and the time taken. A prior conceptual framework is developed to lay the foundations for reflection, based on the concepts of culture, intercultural health and symbolic interactionism as a proposal for an approach to this phenomenon. For the realization of this article, a bibliographic review is carried out in scientific databases (Pubmed, Scielo and Google Scholar) and grey literature, with the aim of reflecting on the cultural aspects in the health care encounter among international migrant population and the healthcare professionals who serve them.

**KEY WORDS** Emigration and immigration; cultural competency; intercultural health; healthcare.

## Introducción

La migración internacional es un fenómeno social que ha aumentado en el último tiempo a nivel global y local. En el mundo, para el año 2019 se estimaron 272 millones de personas migrantes internacionales, notándose un considerable aumento respecto a dos décadas atrás (153 millones en el año 1990) (United Nations, 2019). La Organización Internacional para las Migraciones (OIM) define la migración internacional como el movimiento de personas que dejan su país de origen o residencia habitual, cruzando fronteras, para establecerse de forma permanente o temporal en otro país (International Organization for Migration, 2011). Particularmente en Chile, para diciembre del año 2020 se estimaban 1,5 millones de personas migrantes (Instituto Nacional de Estadísticas (INE) y Depto. de Extranjería y Migración (DEM), 2021), provenientes principalmente de países de la Región, siendo los principales países de origen Venezuela (30,5%), Perú (15,8%), Haití (12,5%), Colombia (10,8%) y Bolivia (8%) (Instituto Nacional de Estadísticas (INE) y Depto. de Extranjería y Migración (DEM), 2019). Este fenómeno migratorio añade nuevas visiones y formas de vida al ya existente crisol sociocultural en el país, acentuando la diversidad de este territorio multicultural. Esta reconfiguración social amerita atención y estudio no solamente por su interés de indagación académica, sino también desde un enfoque traslacional que permita la transferencia de conocimientos al mundo social en beneficio de los migrantes internacionales, su integración y bienestar, en correcta comprensión de la multiplicidad de saberes y creencias existentes en un territorio en torno a procesos de salud y enfermedad.

Se han identificado desafíos relacionados con la migración internacional, dentro de los cuáles se encuentra la atención directa de salud a poblaciones cada vez más diversas, que requieren de un abordaje de sus necesidades de salud de forma interculturalmente competente. Se ha descrito que tanto la migración internacional como el cuidado y atención de la salud y bienestar son derechos humanos universales (Toro, 2012), que los países de destino deben proteger. Pese a esto, la literatura reporta que la población migrante internacional cuenta en menor proporción con algún tipo de seguro de salud en relación a la población nacional, cifra que en Chile corresponde a un 12,21% de personas migrantes que no tienen/no saben si tienen previsión de salud (v/s 4,86% población nacional) (Ministerio de Desarrollo Social, 2020).

En materia de avance de políticas públicas dirigidas a esta población, en el ámbito de la salud, se han ido tomando decisiones paulatinas desde el año 2003 en donde diferentes normativas y legislaciones, tales como el Decreto Supremo N°67 y Circular A 15 N°4 han ido construyendo un espacio que otorga ciertas garantías básicas a personas migrantes en cuanto a la atención de su salud. Este decreto permite que las personas migrantes, independientes de su estatus migratorio, puedan ser atendidas en el sistema público de salud (Ministerio de Salud, 2016). Otro hito importante fue la

creación de un Programa de Acceso a la Atención de Salud a Personas Inmigrantes el año 2014, que se implementó el 2015 y 2016 en 5 comunas del país, las cuales fueron parte del Piloto de salud de inmigrantes, brindando atenciones de salud en atención primaria (Ministerio de Salud, 2019).

En el año 2017 en Chile, se presenta la Política de Salud de Migrantes Internacionales, como una respuesta que busca atender las necesidades en temas de salud de estas poblaciones (Ministerio de Salud de Chile, 2017). Si bien este es un avance de suma importancia en aras de trazar un camino con un enfoque de protección social y el derecho a la salud de todos los habitantes a las prestaciones de salud, aún quedan muchas tareas por realizar para que las propuestas hechas en esta política pública puedan concretarse en los distintos territorios del país.

Pese a los esfuerzos realizados desde las políticas públicas en salud, aún persisten importantes barreras de acceso a la atención de salud de población migrante internacional cómo lo son la falta de un seguro de salud, la diferencia de idioma, la percepción de discriminación en espacios de atención de salud, la falta de información sobre el funcionamiento del sistema de salud del país de destino (Cabieses et al., 2017).

Tanahashi (1978) propone que al acceso a la salud se compone de cuatro etapas para lograr una cobertura efectiva: la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y el contacto con el servicio. La disponibilidad se entiende como la disponibilidad de los servicios en concreto, como centros de salud, recursos humanos, insumos, equipos, infraestructura e información. La accesibilidad se asocia a la accesibilidad física como la distancia del centro de salud, la conectividad, la organización y aspectos administrativos (Tanahashi, 1978). El contacto con el servicio se relaciona con la continuidad de la atención y con la calidad de la atención y su adaptación a las necesidades de los pacientes. Y la aceptabilidad tiene relación con la percepción de las atenciones brindadas en el espacio de salud, vinculada a factores culturales, sociales, creencias y valores (Tanahashi, 1978). Esta última dimensión resulta de particular interés en el caso de abordar la salud de migrantes internacionales y su relación con los sistemas de salud, donde se produce la búsqueda de la atención de distintas necesidades. Este punto es importante, ya que apunta a visualizar cómo las percepciones, creencias, normas y subjetividades influyen en el encuentro de salud, y en este caso en específico en el encuentro de salud intercultural. La literatura nacional ha reportado barreras relacionadas a este encuentro cultural en los espacios de atención de salud desde la percepción de usuarios migrantes, como lo son la diferencia idiomática, el trato durante la atención, percepción de discriminación y comprensión del funcionamiento del sistema de salud (Cabieses et al., 2017). Por otro lado, los profesionales de salud también han reportado no sentirse preparados para poder responder a las necesidades de esta población y reconocen necesitar de herramientas para poder entregar una atención culturalmente competente (Bernales et al., 2017).

Es en este encuentro cultural donde se pretende enfocar este ensayo, entre profesionales de salud y población migrante internacional, situado en el espacio particular de atención de salud en el espacio biomédico, que se rige por sus propias reglas y creencias, reconociendo la existencia de otros sistemas médicos de atención que en este ensayo no serán abordados. En definitiva, es un espacio en donde el usuario y el trabajador de la salud se encuentran en estos roles del “enfermo o usuario” y de “trabajador de la salud”, pero en el que, además, se despliegan dimensiones identitarias de lo humano que van más allá de estos roles. Este artículo pretende indagar en qué es lo cultural de este encuentro en la atención de salud, profundizar y argumentar porqué se encontrarían dos culturas en ese espacio de atención.

## **Desarrollo**

### **Definiciones fundamentales**

Para analizar los elementos culturales presentes en la atención de salud y los individuos que ahí interactúan se tomarán las aportaciones teóricas de la antropología médica o de la salud y de la interculturalidad en salud como encuadre teórico para el análisis de las dimensiones culturales que emergen en la atención en salud de poblaciones migrantes internacionales en Chile.

### **Cultura y salud**

La antropología médica o de la salud es un subcampo de la antropología social que se enfoca en entender, desde las palabras de Helman (2007):

Cómo las personas de diferentes culturas y grupos sociales explican las causas de la enfermedad, los tipos de tratamientos en los que creen y a quién acudir si se enferman. También es el estudio de cómo estas creencias y prácticas se relacionan con los cambios biológicos, psicológicos y sociales en el organismo humano tanto en la salud como en la enfermedad, el estudio del sufrimiento humano y lo que hacen las personas para explicar y aliviar el sufrimiento” (p. 1).

Se ha decidido desarrollar este ensayo desde la mirada de este subcampo debido a que el interés radica en abordar un desafío vinculado a la salud, visto desde las ciencias sociales, y más en específico desde la antropología, en lugar de priorizar otras miradas como las de las ciencias de la salud. La antropología es una disciplina que, aunque no exclusivamente, se ha hecho históricamente cargo de discutir acerca del complejo concepto de cultura y que, en este caso, se imbricará en relación a la salud de una población específica: las personas migrantes internacionales. Como es sabido, existen cientos de definiciones de cultura, provenientes de distintos momentos históricos y distintas corrientes académicas. Para efectos de este ensayo se conside-

rá una idea de cultura que resalte aspectos simbólicos, pero también materiales; esto debido a que en la atención de salud además de las personas, existe un espacio material bien definido: la consulta de salud y todos los elementos que hay en ella. Para García-Canclini (2004) la cultura “abarca el conjunto de los procesos sociales de significación, o, de un modo más complejo, la cultura abarca el conjunto de procesos sociales de producción, circulación y consumo de la significación en la vida social” (p. 34). Esto quiere decir que los grupos humanos viven construyendo significados mutuos de todo aquello que les rodea y de los vínculos que se forjan entre ellos. Además de ser seres simbólicos, García-Canclini (2006) resalta que hay una dimensión *material*, donde los objetos culturales poseen un valor de uso y otro de cambio. Y que, en su dimensión *simbólica*, el proceso de significación cultural implica los signos y los símbolos que son atribuidos a los objetos y fenómenos socioculturales”. Zapata (2009) explica que los grupos socioculturales están constantemente asignando significado a lo que hacen y a los objetos materiales que forman parte de sus mundos, y que en este sentido para la autora: “se entrecruzan las fronteras entre lo social, lo cultural, lo material y lo simbólico. Sin embargo, esto no quiere decir que todas las prácticas sociales sean cultura, sino que contienen una dimensión cultural” (Zapata, 2009, p. 54). Esto ya ha sido recalcado muchas veces en el estudio de la cultura, en el sentido de que el abuso de la explicación cultural para cualquier acto o fenómeno social omite otras variables de análisis como los de la economía, la política, entre otros.

### **Interculturalidad en salud**

El concepto de interculturalidad tiene diferentes definiciones y marcos conceptuales, para efectos de este ensayo se considerará la definición de Álvarez (2014) que entiende por interculturalidad a la existencia y búsqueda de una relación entre miembros de diferentes grupos culturales basada en el respeto y el diálogo horizontal, a través de una comprensión profunda de los valores, creencias y saberes. La interculturalidad va más allá que el concepto de multiculturalidad, que se refiere a la convivencia de diferentes grupos culturales en un mismo territorio, y sentar bases de cómo debería llevarse a cabo esta interacción de una forma respetuosa, que valora e incorpora las miradas de las culturas dentro de la relación. Respecto a la interculturalidad en salud, se abordará la definición de Salaverry (2010) que señala que es entendida como la interculturalidad llevada a los espacios de atención de salud, considerando las creencias, valores y diferencias de quiénes participan de ese encuentro, desde un enfoque de respeto e interacción desde la horizontalidad. La antropología médica ha intentado acercarse a las definiciones de la interculturalidad en salud, pero como disciplina académica y de observación, se ha ausentado una bajada desde el enfoque práctico en el que este encuentro entre culturas sucede (Salaverry, 2010). Una definición de interculturalidad útil para pensar la dimensión de salud es el modo de acción en el que

las personas, instituciones y grupos conviven, relacionándose desde su diversidad, su historia y sus posiciones de poder, de una manera abierta, incluyente, horizontal, respetuosa y sinérgica en un contexto compartido, reconociendo al otro en esta relación como un ser digno de ejercer todos sus derechos, valorando la diversidad como riqueza potencial (Salaverry, 2010).

La interculturalidad en salud aporta a la discusión de la cultura en salud, en el entendimiento de que podemos plantear que los usuarios o pacientes migrantes pueden pertenecer a un mundo cultural distinto al de los trabajadores de la salud que los atienden. Sobre esto, es importante señalar que no existe necesariamente una cultura ni universo común de interpretación de sentido, ya que los participantes de la interacción social en la atención en salud no son del mismo entorno cultural ni social, y por lo tanto interpretan el mundo, a la enfermedad, la salud y la atención de maneras que pueden ser incomprensibles mutuamente. Puede darse por entendido de que los trabajadores de la salud están bajo una cultura de carácter biomédico, en referencia a los usuarios o pacientes migrantes los cuales pueden o no compartir los preceptos de la medicina científica.

Para enfrentar el desafío de la barrera lingüística en la atención de salud de migrantes internacionales aparece la figura del traductor/intérprete en salud, de manera informal de la comunidad (familiares, vecinos, amistades) o informal incorporado en la institución de salud (trabajadores del centro de salud de la misma nacionalidad, personal administrativo que habla idioma), que ha evolucionado a la figura formal de un facilitador/mediador intercultural, que además de apoyar en la traducción lingüística media aspectos culturales en la atención de salud (Sepúlveda & Cabieses, 2019). Esta figura tiene su origen en Latinoamérica y Chile en la atención de salud de pueblos originarios, donde aparece el mediador/facilitador intercultural como un puente comunicacional entre dos culturas, que traduce aspectos más profundos que solo idiomáticos, buscando derribar barreras de acceso a la salud por parte de esta población, y es descrita por primera vez en Chile en el Programa Especial de Salud y Pueblos Indígenas (PESPI) (Sepúlveda & Cabieses, 2019). Sin embargo, y aquí se forja una clave importante en el avance hacia el poder generar un encuentro intercultural en salud real de entendimiento mutuo, la cultura en sí misma no es estática y tampoco significa que en cada atención de salud ocurrirá necesariamente un choque cultural entre perspectivas con respecto a la salud, la enfermedad y la atención. Esto es clave en el sentido de que, si entendemos que trabajadores de la salud, migrantes y mediadores/facilitadores interculturales provienen de mundos culturales distintos, no significa que estos no sean permeables y que puedan a través del tiempo, generar entendimientos mutuos sin perder por ello, la diversidad. Zapata (2009) menciona que “el flujo migratorio entre países también ha incidido en gran medida en que nuestro entorno se vuelva una rica y compleja mixtura, donde las diversas prácticas se

confunden, sin dar lugar a distinciones entre lo propio y lo ajeno” (p. 50). Es por esto que es importante indagar en dimensiones simbólicas y materiales presentes en el espacio de la atención de salud para poblaciones migrantes; este espacio de encuentro intercultural en torno a la salud.

### **Interaccionismo simbólico**

Se ha utilizado el término “interaccionismo simbólico”, sin una definición acotada, para designar un enfoque relativamente definido sobre el estudio de la vida de grupos humanos y sus comportamientos, que ha sido común en el desarrollo de diferentes autores que han confluído en una forma de considerar y estudiar la vida (Blumer & Mugny, 1992). Se escoge este prisma de entendimiento sociológico que se complementa con el de la antropología (disciplinas por cierto cercanas) debido a su utilidad para lo que se pretende develar en la señalización de los elementos culturales presentes en la atención en salud: las transacciones simbólicas entre las personas, las acciones y objetos que están presentes en una consulta de atención en salud.

De acuerdo a Blumer y Mugny (1992), el interaccionismo simbólico se basa en 3 puntos de partida:

La primera es que el ser humano orienta sus actos hacia las cosas en función de lo que éstas significan para él [...] La segunda premisa es que el significado de estas cosas se deriva de, o surge como consecuencia de la interacción social que cada cual mantiene con el prójimo. La tercera es que los significados se manipulan y modifican mediante un proceso interpretativo desarrollado por la persona al enfrentarse con las cosas que va hallando a su paso (p. 1).

Cuando Blumer & Mugny hacen referencia a las cosas, incluyen objetos y también personas. Es interesante plantear el espacio de atención de la salud desde esta perspectiva de análisis, porque además de incluir las relaciones sociales, se complementa con lo señalado con García-Canclini respecto a lo objetual de la cultura. En el mundo de la salud en prácticamente cualquier modelo o sistema de salud, lo que incluye al modelo biomédico, la tecnología, los objetos médicos de diagnóstico y otros, toman relevancia en tanto permiten el diagnóstico y la revisión del estado de salud.

Es importante reconocer que, en el espacio de la atención de salud, convergen personas en distintos roles que interactúan entre ellas y con los objetos presentes en el espacio de salud. Se produce una relación humana por medio del lenguaje hablado y el lenguaje corporal. Los objetos en el espacio de salud también deben ser considerados ya que ellos mismos tienen un significado y median la interacción social entre los participantes de la consulta de salud. De este modo, se propone señalar con detención las dimensiones que influyen en las interacciones entre las personas, su espacio y los



objetos en la atención en salud. La interculturalidad en salud es una aproximación que, desde la mirada del interaccionismo simbólico, puede tender un puente entre estos mundos simbólicos y de sentido, en lo que de manera ideal finalmente desembocaría en una atención en salud pertinente, humana, eficaz y respetuosa hacia la población migrante.

### **Elementos culturales presentes en el encuentro intercultural en salud con poblaciones migrantes**

A continuación, se realiza una propuesta de reflexión que incorpora los elementos discutidos en el apartado anterior, que apunta a mirar con detención ciertas dimensiones que convergen en las atenciones de salud de poblaciones migrantes internacionales en Chile en los que se encuentran al menos tres actores sociales: el usuario migrante, que puede o no estar acompañado; el o los trabajadores de la salud que atenderán a la persona; y en última instancia, la figura del mediador/facilitador intercultural; esto en el caso de que se necesite una persona en este rol, y si en el caso de necesitarlo el lugar de atención cuenta con profesionales que cumplan este rol. O bien, utilicen a mediadores o traductores no profesionales como familiares u otros trabajadores del espacio de salud que puedan hacer de traductores.

#### ***a) Sobre las dimensiones culturales y personales de las personas migrantes en búsqueda de atención en salud***

Cuando una persona o familia migra a otro país, traen consigo su propio sistema de creencias y prácticas o *background* cultural, así como sus propias historias y experiencias personales y colectivas. Está bien documentado que la migración no es un factor de riesgo para la salud en sí mismo, tal como lo explica Van der Laet (2017):

La migración por sí misma no implica necesariamente un riesgo para la salud, siendo las condiciones encontradas durante el proceso migratorio, las que pueden exponer a mayores riesgos para la salud y al aumento de la vulnerabilidad biológica, social, psicológica, económica y cultural (p. 31).

Sobre lo anterior, el proceso migratorio también ha sido descrito en sus distintas etapas, las que recuerdan que el arribo de una persona o una familia a un país de destino es un proyecto que comienza en el país de origen con la gestación de la idea de migrar (Van der Laet, 2017). Luego le sigue la etapa de tránsito hacia el país de destino, el que puede establecerse a través de una vía marítima, terrestre o aérea, puede ser de larga duración o bien en un trayecto corto. Todo esto dependerá de las posibilidades materiales de las personas que migran. Estos tránsitos comportan una serie de riesgos como, la obligación de utilizar pasos ilegales, tráfico de personas, abusos, comisiones de pasadores entre otros (Van der Laet, 2017). En el momento del

arribo al país de destino se imponen las políticas migratorias, laborales y de salud que permitirán o desincentivarán la integración al nuevo país y los resultados de salud iniciales y bienestar de quiénes migran.

Así, en el momento de la atención de salud, la persona migrante que puede ir acompañada de su familia, trae consigo su propio *background* cultural y dependiendo de sus redes y tiempo de estadía en el país de acogida, distintos niveles de conocimientos generales y específicos acerca del idioma, si es el caso, y del sistema de salud chileno y su funcionamiento. En adición a esto, las sociedades latinoamericanas se caracterizan por una diversidad de formas de tratamientos biomédicos y de otros sistemas médicos disponibles para que las personas y colectivos puedan tratar sus padecimientos. A esta diversidad se le entiende por “pluralismo médico”, término que Menéndez (2003) refiere que “en nuestras sociedades la mayoría de la población utiliza potencialmente varias formas de atención no sólo para diferentes problemas, sino para un mismo problema de salud” (p. 186). De modo que se hace importante que, para entender los comportamientos en salud de la población migrante, se debe tener en cuenta que los colectivos en general y estos colectivos en particular utilizan formas de atención que van más allá de lo biomédico. De acuerdo a Menéndez (2003, 1992) cuando las personas comienzan a sentir malestares movilizan una serie de recursos y acciones para buscar explicaciones y soluciones a lo que les ocurre. El camino que las personas recorren para atender sus padecimientos de manera individual, familiar o muchas veces colectiva corresponden a los modelos de atención de los padecimientos. Al momento de presentarse un malestar, se gestiona de manera individual o probablemente familiar las opciones disponibles para buscar tratamiento. Esta primera instancia Menéndez la denomina autoatención. Por lo tanto, un usuario que busca atención biomédica puede haber ya realizado tratamientos o algún tipo de atención y acción frente a su malestar. Entendiendo la existencia de este pluralismo médico, esta reflexión se basa en el encuentro cultural que se sitúa en la consulta de salud de un modelo biomédico.

De esta manera, las personas migrantes internacionales con su *background* cultural, historia de vida, historia migratoria y de salud se encontrarán en este espacio de atención a la salud con los profesionales de salud. Dentro de este *background* cultural y personal podemos mencionar los siguientes elementos:

**Experiencias:** historia de vida, historia familiar, trayectoria educacional, trayectoria laboral, trayectoria migratoria, trayectoria de salud sexual y reproductiva.

**Visiones de mundo:** cosmovisión cultural y social, religiosa y política.

**Historial de enfermedades, trayectorias terapéuticas y emociones con respecto al malestar en cuestión:** historial personal y familiar de enfermedades, estilo de vida, carga genética, elementos de epidemiología cultural relacionados con su país de proveniencia, uso de la biomedicina y de otros sistemas o modelos médicos. Con

respecto a la consulta por la enfermedad o padecer en cuestión, significados que se atribuyen a este proceso, emociones como preocupación, miedo, aprehensión, seguridad, indiferencia, bienestar, negación, estar en conocimiento, querer mejorar, no querer mejorar, entre otras.

**Visión sobre la o las enfermedades:** percepciones y acciones sobre los procesos de salud, enfermedad, atención y muerte, personales y debido a la socialización. Etiología. Dimensiones *disease* (si es que la hay) y *sickness* de la enfermedad (Hofmann, 2002). Además de estas dimensiones la dimensión subjetiva de la patología denominada como *illness*, la cual apunta a la vivencia subjetiva con respecto a su malestar que puede o no ser compartido con otras personas que padecen la misma enfermedad.

**Identidad corporalizada:** identidad de género, orientación sexual, expresión de género, edad, etnicidad, nacionalidad, clase social, lenguaje corporal, vestimenta.

**Corporalidad y enfermedad:** signos y síntomas de enfermedades, visibles externamente o no. Dolor y sensaciones corporales relacionadas con el malestar. Desarrollo en el tiempo del malestar. Querer o no querer ser examinado/a.

**Objetos:** el cuerpo objetualizado, vestimenta, pertenencias, documentos identificatorios de la persona, documentos relacionados con el estado migratorio, resultados de exámenes y documentos relacionados con la atención en salud.

### ***b) Sobre las dimensiones personales y culturales de los trabajadores de la salud***

El modelo de la atención a la salud que prima en la cultura occidental corresponde al modelo biomédico de la salud, donde se sitúan las atenciones a las enfermedades y los padecimientos. El modelo biomédico impacta en la cultura de la atención de salud, tanto en sus espacios como en los profesionales que la practican. Este modelo podemos contemplarlo como un sistema cultural, que cuenta con su cosmovisión sobre los procesos de salud-enfermedad-atención desde una perspectiva biologicista, individualista, que no contempla los procesos sociales o históricos que impactan en la salud de las personas, observando solo al individuo y a la enfermedad como una falla en el organismo de este (Menéndez, 1992). Por otro lado, se caracteriza por una participación subordinada y pasiva de los usuarios o pacientes dentro del espacio de atención de salud, donde se observa una relación vertical y es el médico/profesional de la salud quién toma las decisiones terapéuticas (Menéndez, 1992). De esta forma, las prácticas que ocurren dentro del espacio de atención de salud estarán vinculadas a este modelo de creencias por parte de los equipos de salud y los espacios donde la atención ocurre.

La práctica y ejercicio de la medicina y salud se aprenden y construyen desde las características de este modelo, las cuáles los profesionales de la salud adquieren durante su formación, pasando a ser parte de este sistema cultural, con un lenguaje técnico común, una vestimenta que los caracterizará dentro del espacio de atención,

el ejercicio de prácticas relacionales derivadas de la cosmovisión de este modelo y una forma de entender al paciente y su cuerpo particular, que no siempre responderá a las verdaderas necesidades sentidas de este. El estudio de la medicina y ciencias de la salud comenzará a través del conocimiento del cuerpo humano, visto como una máquina compuesta por diversos órganos que harán de engranajes de un gran sistema en el cual deberán aprender a identificar “fallas” y “alteraciones”, a través de la etiqueta de diagnósticos, y desde donde se realizará la acción terapéutica de sanar o recobrar la salud (Good & DelVecchio, 1993). De esta forma existe el riesgo de perder la dimensión interpersonal e individual de los usuarios que acuden a los espacios de atención de salud en búsqueda de cuidado de sus padecimientos, que resultarán muchas veces más complejos que sólo un reajuste de la “función alterada de su organismo”. Esta dificultad se ha reconocido ampliamente en la literatura, buscándose la incorporación de nuevos enfoques y paradigmas en la evolución de la relación profesional de la salud y paciente, hacia una relación más dialógica, donde la toma de decisiones sea compartida y que involucre aspectos socioculturales del usuario en salud (Ibarra Peso et al., 2012; Mejía Estrada & Romero Zepeda, 2017). El cuerpo de conocimiento médico y de salud basado en evidencia impacta en la forma de interpretar y significar los procesos de salud-enfermedad, además de construir un lenguaje técnico común para hacer referencia a sus procesos, muchas veces difícil de comprender por parte de los usuarios/pacientes, complejizando el encuentro en el espacio de atención de salud (Reyes, 2018).

De esta manera, los profesionales de salud con su *background* cultural biomédico (dado de su formación profesional) y su *background* personal (derivado de sus creencias, historia y experiencias) se encontrarán en este espacio de atención a la salud con los usuarios. Dentro de este *background* profesional y personal podemos mencionar los siguientes elementos:

**Experiencias:** historia de vida personal, historia familiar, trayectoria educacional en el ámbito de la salud, lenguaje técnico, cuerpo de conocimiento basado en evidencia, trayectoria laboral, trayectoria migratoria si es que el trabajador de la salud es un migrante.

**Emociones y conocimientos con respecto al malestar del usuario:** preocupación, miedo, aprehensión, seguridad, indiferencia, conocimiento o desconocimiento de la patología en cuestión.

**Visiones de mundo:** cosmovisión cultural y social, religiosa, política propia y compartida en referencia a lo local, lo nacional y regional.

**Visión sobre la enfermedad:** cómo los profesionales de la salud comprenden los procesos de salud, enfermedad, atención y muerte, tanto en lo personal mediante la socialización; y desde lo laboral en su formación biomédica. Inclusive siendo formados en la medicina biomédica y profesiones afines, pueden tener conocimientos

en otros sistemas de salud no biomédicos. En específico, la visión de la enfermedad que prima desde la mirada biomédica es la dimensión *disease* entendida como “anormalidades en la estructura y/o funciones de órganos o sistemas de órganos; estados patológicos sean o no reconocidos culturalmente; la arena del modelo biomédico” (Young, 1982, p. 264). En cuanto a la visión *sickness* de la enfermedad, que se describe como las sociedades perciben, conciben y visualizan a las enfermedades, que cargas valóricas se les atribuyen, que imágenes se les asocian e inclusive a que grupos específicos de personas pueden ser asociadas (Young, 1982) puede que compartan o no esta imagen social. Etiología, diagnósticos y tratamientos a prescribir.

**Identidad corporalizada:** dentro de esta dimensión se conjugan la identidad de género, la orientación sexual, la expresión de género, la edad, la etnicidad, la nacionalidad, la clase social, el lenguaje corporal, y la vestimenta específica en el rol de trabajador de la salud.

**Corporalidad y enfermedad:** reacción frente a signos y síntomas de enfermedades visibles externamente o no del usuario/a, percepción del dolor y sensaciones corporales relacionadas con el malestar del usuario/a, tocar y/o intervenir el cuerpo del usuario/a, validación de síntomas referidos por usuario, cansancio asociado a sistema de turnos, trabajo nocturno.

**Objetos:** el cuerpo objetualizado propio o de los otros, pertenencias, instrumentos médicos, ropa clínica, limpieza y asepsia propia y del entorno, material sanitario, material hospitalario, objetos de tecnología médica.

### ***c) Sobre las dimensiones personales y culturales de los mediadores/as interculturales en salud***

Como se mencionó anteriormente, los mediadores/facilitadores interculturales son una figura emergente en el mundo de la salud focalizados en la atención de población migrante, al menos en Chile. De acuerdo a Sepúlveda y Cabieses (2019), se espera que los facilitadores además de realizar la labor de interpretación de un idioma a otro, cumplan otros roles como la mediación intercultural en el sentido de crear un puente de explicación y comunicación entre el usuario migrante y el trabajador de la salud acerca de las posibles diferencias culturales, necesidades y distintas percepciones y vivencias que hay entre ellos para una efectiva comunicación y comprensión mutua acerca del padecer en cuestión. Se espera de ellos también un cierto nivel de conocimiento sobre el sistema de salud chileno para así, poder educar o al menos guiar a los usuarios migrantes acerca del funcionamiento del sistema y las acciones que deben hacer, sobre todo, en el ámbito administrativo que puede ser complejo para una persona que no está familiarizada con un sistema de salud en específico.

Los y las mediadores/facilitadores interculturales son cada día más relevantes en el país y las políticas públicas de salud con respecto a los migrantes consideran cada vez más profesionalizar a esta figura de gran importancia en la atención de salud. Así como se mencionaron ciertas dimensiones personales y culturales de los profesionales de la salud y de los usuarios migrantes, se procederá a hacer lo mismo con los mediadores/as interculturales:

**Experiencias:** historia de vida, historia familiar, trayectoria educacional en el ámbito de la salud o similar si es que la hay, trayectoria laboral, trayectoria migratoria si es que la hay.

**Emociones con respecto al malestar del usuario:** preocupación, miedo, aprehensión, seguridad, indiferencia, conocer la patología o no del usuario, familiaridad con entorno sanitario y sistema de salud.

**Visiones de mundo:** cosmovisión cultural y social, religiosa, valores, política (propia, del usuario/a y de la biomedicina).

**Visión sobre la enfermedad:** procesos de salud, enfermedad, atención y muerte personales y adquiridos socialmente (desde lo sociocultural y de la formación como facilitador intercultural si es que la hay, formación sobre la biomedicina y el sistema de salud si la hay, y de otros sistemas médicos si es que lo hay). Etiología. Dimensiones *disease* y *sickness*.

**Identidad corporalizada:** identidad de género, orientación sexual, expresión de género, edad, etnicidad, nacionalidad, clase, lenguaje corporal, vestimenta específica si es que la hay y rol de facilitador/a intercultural en salud.

**Corporalidad y enfermedad:** reacción frente a signos y síntomas de enfermedades visibles externamente o no del usuario/a, percepción del dolor y sensaciones corporales relacionadas con el malestar del usuario/a. Significados que atribuye al proceso de salud-enfermedad que vive el usuario y de su propio rol en ese escenario.

**Objetos:** el cuerpo objetualizado propio o el de los otros, vestimenta, pertenencias, documentos identificatorios propios y/o del usuario/a, documentos relacionados con el estado migratorio propio y/o del usuario/a, resultados de exámenes o documentos respecto a la atención en salud del usuario/a.

### **El espacio de atención de la salud como espacio de encuentro intercultural**

De acuerdo a las dimensiones anteriormente descritas que hablan de lo personal y cultural de los actores en el escenario de una atención de salud, es posible visibilizar la complejidad del encuentro, que, por cierto, es mucho más que solo un escenario sanitario. En él convergen dimensiones que hablan de lo humano, de lo universal y particular del encuentro con el otro. Por lo tanto, una atención de salud que involucre a personas migrantes carga en sí mismo todas estas dimensiones que de algún modo se evidencian en una atención en salud. Hay una lectura mutua intersubjetiva que

ocurre de forma instantánea. El profesional de la salud presente puede tener preconcepciones acerca del usuario que atiende, como del mismo modo, el usuario puede tener expectativas, imágenes y juicios acerca del profesional de la salud. En definitiva, las personas realizan siempre cálculos intersubjetivos que, por cierto, son muchas veces silenciosos.

El reconocer el espacio de atención de la salud biomédico como escenario cultural va más allá del modelo de atención y la formación de sus profesionales, en este espacio ocurren una serie de prácticas y se sitúan una serie de eventos que de alguna forma construirán “rituales” con mecanismos, objetos, tiempos y significados específicos. Por una parte, tendremos un espacio de tiempo dentro del cual ocurrirá la atención de salud, este espacio temporal suele ser estandarizado para los pacientes, brindando la misma cantidad de tiempo para atención a personas con necesidades de salud que pueden diferir enormemente. Pensando en el escenario de una atención en salud a un usuario migrante internacional, que habla un idioma diferente al del profesional de salud y donde interactuará un tercer participante como un intérprete lingüístico o facilitador intercultural, que apoyará generando un puente comunicacional, se impone la complejidad de llevar a cabo esa atención con un mismo límite de tiempo. De esta forma, ¿se alcanza realmente a reconocer las necesidades de la persona que consulta? ¿se alcanza a dar una respuesta a ese padecer? Por otro lado, la interpretación irá mucho más allá de lo idiomático, cuando consideramos elementos culturales que estarán presentes en el lenguaje y sus significados. Esta ha sido una dificultad ampliamente reportada por profesionales de la salud que atienden a población migrante internacional, en el tiempo estandarizado para una atención de salud que no alcanza a contemplar una atención de salud en las mismas condiciones y calidad que para personas nacionales (Bernal et al., 2017; Cabieses & Correa, 2019).

Respecto a cómo transcurre el tiempo en los espacios de atención de la salud, Ferrero (2003) hace referencia a que los tiempos de organización del cuidado en estos espacios y los planos de temporalidad ocurren de “*formas de comportamiento ritualizadas*”, cumpliendo asignación de turnos para la atención de salud, tiempos breves de atención y además tiempos de espera que se organizan y cumplen un rol en la experiencia de salud y relación del usuario con el sistema médico, recalcando la subordinación (Ferrero, 2003).

Dentro de esta temporalidad característica, ocurrirá la atención al padecimiento de la salud, el que podría describirse como “ritualizado” en base a los tiempos destinados para este fin (Ferrero, 2003), teniendo un encuentro que se dividirá en partes y que recabará principalmente información para levantar una necesidad de salud/diagnóstico y desde ahí formular un plan terapéutico. En la primera parte de este “ritual” tendremos el primer encuentro entre el profesional de salud con el usuario/paciente, donde se realizará una anamnesis que cumplirá la función de recabar información de

la historia de salud de quién consulta, información que incluirá sus antecedentes médicos limitados a diagnósticos, toma habitual de medicamentos, alergias e intervenciones vinculadas a su cuerpo; y también el motivo de su actual consulta en el servicio de salud (Dupuy, 2012). En esta conversación y levantamiento de información pueden existir diferencias entre lo que el clínico considera relevante con lo que la persona quiere expresar como relevante en su padecer, al tener visiones diferentes de la salud-enfermedad. Se ha documentado en la educación médica como ha ido ampliándose la anamnesis y levantando cada vez más información vinculada al entorno y vida de los usuarios (Dupuy, 2012).

En una segunda fase de la atención de salud como “ritual” podemos encontrar el momento del examen físico, donde el personal de salud se encontrará con el cuerpo del usuario, en el que se buscará identificar signos que permitan identificar la necesidad de salud y clasificarlos en un diagnóstico. En este momento los médicos y profesionales se ayudarán de instrumentos e indumentarias para detectar estos signos, no sólo a través de la palpación y auscultación de estos cuerpos, utilizando instrumentos que pueden tener diferentes significados para profesionales que para los usuarios. Aquí entra en juego el interaccionismo simbólico y cómo estos elementos son percibidos por quienes participan del encuentro y el rol que juegan en la interacción de salud. El examen físico evocará sensaciones, experiencias y significados para los diferentes implicados, según sus nociones de cuerpo y corporalidad. Por otro lado, aparecerá el uso de instrumentos habituales y significativos para la práctica médica, pero, sin embargo, muchas veces desconocido por pacientes y usuarios. ¿Cómo se posicionan estos instrumentos en este espacio? ¿Cómo se significan por todos los involucrados de este “ritual”?

Luego de recabar la “suficiente” información, el equipo médico categorizará la necesidad/padecimiento del usuario consultante en un diagnóstico que le permitirá desplegar estrategias terapéuticas para recobrar la salud. Este momento resulta crucial en la resolución del problema/enfermedad/padecer, y toca profundamente la relación intercultural entre médico/profesional de la salud y paciente/usuario. En el modelo biomédico tradicional, usualmente la decisión terapéutica es tomada únicamente por el personal médico, quién informa la terapia a seguir (Menéndez, 1992). Esta concepción ha ido cambiando con el tiempo, contemplando la participación activa de los pacientes/usuarios en la toma de decisiones sobre su propia salud, demostrándose beneficios significativos (Serrano et al., 2017). En este espacio la concepción e incorporación de la interculturalidad en salud (Álvarez, 2014) ha permitido abrir caminos que reconocen, valoran y contemplan las creencias y conocimientos de los pacientes/usuarios, permitiendo un diálogo más horizontal en el espacio de salud.



## Conclusiones

A través de este recorrido teórico se pretendió dilucidar los elementos que hacen del encuentro de atención de salud un encuentro intercultural, enfocado específicamente a población migrante internacional. Un encuentro en los espacios de atención de salud biomédica siempre implicará un encuentro cultural, dado a que el sistema biomédico y sus profesionales se rige por su propio marco de creencias sobre el cuerpo y la salud-enfermedad. En la atención de población migrante internacional, se añade un nivel, relacionado con la diferencia cultural en cuanto la cultura local del país de residencia, las costumbres y conocimiento sobre el sistema de salud del país de destino, que puede diferir del país de origen. Se identifica la figura del mediador/facilitador intercultural y facilitador lingüístico como un actor clave en los espacios de atención de salud cuando existe una diferencia idiomática, reconociendo que este actor tiene su propio *background* cultural, creencias y formas de concebir la atención de salud.

Por otro lado, se reconoce la importancia que tiene el lugar/espacio y tiempo donde/cuando ocurre la atención de salud, y cómo interfiere en las interacciones que ahí ocurren. Los tiempos delimitados de forma estandarizada juegan un rol en cuanto a la subordinación de los usuarios/pacientes ante el sistema de salud, y en cuanto a la forma en que se resuelve la necesidad de salud que lleva a la persona a consultar. Este último se ha descrito como una importante limitación por profesionales de la salud que brindan atención a población migrante internacional. También se reconoce el rol que juegan los objetos presentes en ese espacio y su utilización durante la atención de salud, particularmente en el examen físico.

Es importante desarrollar investigación que aborde la perspectiva de los actores involucrados en el encuentro de atención de salud, considerando migrantes internacionales, profesionales de salud y facilitadores/mediadores interculturales, para conocer sus necesidades para mejorar la atención y lograr atender la necesidad en salud que mueve a la persona a consultar. También es interesante indagar en los significados de estos procesos y de estos espacios, y sobre los aspectos comunes o diferentes, que pueden demostrar que, en la práctica, es menos diferente de lo que parece. En este ensayo se presentó una reflexión de las posibles diferencias socioculturales que se presentan entre la población migrante internacional y el personal de atención de salud biomédica, para llegar a la interculturalidad en la atención de salud se debe abrir el diálogo horizontal y las transacciones simbólicas y prácticas en la atención de los padecimientos. Se reconocen como limitaciones en esta reflexión el abordaje de la interculturalidad en salud desde una definición teórica, reconociendo la existencia de múltiples discusiones teóricas que permiten la profundización de este desafío, además de situar la interculturalidad en el espacio de atención biomédico, lo que refleja la realidad de un sector específico, que no manifiesta la totalidad de estrategias de cuidado de la salud. Sería interesante profundizar en el ejercicio abordando otros

espacios de atención a la salud y padecimientos que emerjan de las experiencias usuarias propias de las personas migrantes internacionales y conocer esos otros espacios.

## Referencias

- Alvarez, A. (2014). *Interculturalidad: Concepto, alcances y derecho* (Ediciones). México. Mesa directiva.
- Bernales, M., Cabieses, B., McIntyre, A. M., & Chepo, M. (2017). Desafíos en la atención sanitaria de migrantes internacionales en Chile. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 34(2), 167–175. <https://doi.org/10.17843/rp-mesp.2017.342.2510>.
- Blumer, H., & Mugny, G. (1992). *La posición metodológica del interaccionismo simbólico. Psicología Social. Modelos de Interacción*. Buenos Aires, Argentina.
- Cabieses, Báltica, Bernales, M., & McIntyre, A. M. (2017). *La migración internacional como determinante social de la salud en Chile: evidencia y propuestas para políticas públicas*. Santiago de Chile, Universidad del Desarrollo.
- Cabieses, Baltica, & Correa, E. (2019). *Encuentros Interculturales En Salud Encuentros Interculturales En Salud*. Santiago de Chile. Universidad del Desarrollo.
- Dupuy, L. P. (2012). Anamnesis de la anamnesis. *Archivos de Medicina Familiar y General*, 9(1). <https://revista.famfyg.com.ar/index.php/AMFG/article/view/43>.
- Ferrero, L. (2003). Tiempo y ritual en la organización del cuidado médico. *Cuadernos de Antropología Social*, (18), 165–183. <https://doi.org/10.34096/cas.i18.4590>.
- García-Canclini, N. (2004). *Diferentes, desiguales y desconectados. Mapas de la interculturalidad*. Cladema.
- García-Canclini, N. (2006). *Culturas híbridas. Estrategias para entrar y salir de la modernidad*. Gijalbo.
- Good, B. J., & Del Vecchio, J. (1993). “Learning medicine”: the constructing of medical knowledge at Harvard medical school.pdf. *Knowledge, Power, and Practice: The Anthropology of Medicine and Everyday Life*, 81–107.
- Helman, G. (2007). *Culture, health and illness* (Fifth). Tylor and Francis Group.
- Hofmann, B. (2002). On the Triad Disease, Illness and Sickness. *The Journal of Medicine and Philosophy*, 27(6), 651–673. <https://doi.org/10.1076/jmep.27.6.651.13793>.
- Ibarra Peso, J., Hernández Castro, A., & Meza Vásquez, S. (2012). Perception of the transition from the biomedical model to the biopsychosocial model in internal users from the CESFAM Pinares, Chiguayante. *Medwave*, 12(01), e5290–e5290. <https://doi.org/10.5867/medwave.2012.01.5290>.

- Instituto Nacional de Estadísticas (INE) y Depto. de Extranjería y Migración (DEM). (2020). *Estimación de personas extranjeras residentes en Chile al 31 de diciembre de 2019. Informe Técnico*. [https://www.ine.cl/docs/default-source/demografia-y-migracion/publicaciones-y-anuarios/migraci%C3%B3n-internacional/estimaci%C3%B3n-poblaci%C3%B3n-extranjera-en-chile-2018/estimaci%C3%B3n-poblaci%C3%B3n-extranjera-en-chile-2019-metodolog%C3%A0a.pdf?sfvrsn=5b145256\\_6](https://www.ine.cl/docs/default-source/demografia-y-migracion/publicaciones-y-anuarios/migraci%C3%B3n-internacional/estimaci%C3%B3n-poblaci%C3%B3n-extranjera-en-chile-2018/estimaci%C3%B3n-poblaci%C3%B3n-extranjera-en-chile-2019-metodolog%C3%A0a.pdf?sfvrsn=5b145256_6).
- Instituto Nacional de Estadísticas (INE) y Depto. de Extranjería y Migración (DEM). (2021). *Estimación de personas extranjeras residentes en Chile al 31 de diciembre de 2020*. [https://www.ine.cl/docs/default-source/demografia-y-migracion/publicaciones-y-anuarios/migraci%C3%B3n-internacional/estimaci%C3%B3n-poblaci%C3%B3n-extranjera-en-chile-2018/estimaci%C3%B3n-poblaci%C3%B3n-extranjera-en-chile-2020-s%C3%ADntesis.pdf?sfvrsn=5bdc44de\\_4](https://www.ine.cl/docs/default-source/demografia-y-migracion/publicaciones-y-anuarios/migraci%C3%B3n-internacional/estimaci%C3%B3n-poblaci%C3%B3n-extranjera-en-chile-2018/estimaci%C3%B3n-poblaci%C3%B3n-extranjera-en-chile-2020-s%C3%ADntesis.pdf?sfvrsn=5bdc44de_4).
- International Organization for Migration. (2011). *International Migration Law N°25: Glossary on Migration*. (R.-C. J. Perruchoud R (ed.), 2nd ed.). International Organization for Migration.
- Mejía Estrada, A., & Romero Zepeda, H. (2017). La relación médico paciente: el desarrollo para una nueva cultura médica Doctor-patient relationship: the development of a new medical culture. In *Revista Médica Electrónica*, 39(1). [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1684-18242017000700016](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242017000700016).
- Menéndez, E. (2003). Modelos de atención de los padecimientos: De exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8(1), 185–207. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232003000100014>.
- Menéndez, E. (1992). Modelo Hegemónico, modelo alternativo subordinado, modelo de autoatención. In E. Menéndez (Ed.), *La antropología médica en México* (pp. 97–113). CIESAS. [http://www.facmed.unam.mx/deptos/familiar/compendio/Primero/I\\_SM\\_486-495.pdf](http://www.facmed.unam.mx/deptos/familiar/compendio/Primero/I_SM_486-495.pdf).
- Ministerio de Desarrollo Social (2020). *Síntesis de resultados Contenidos Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional 2020*. <http://observatorio.ministerio-desarrollosocial.gob.cl/inicio>.
- Ministerio de Salud. (2016). *Decreto-67 Ministerio de Salud. Ley Chile-Biblioteca del Congreso Nacional*. <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1088253>.
- Ministerio de Salud. (2019). *Salud Migrantes* [Internet]. <https://www.minsal.cl/salud-migrantes/>.
- Ministerio de Salud de Chile (2017). *Política de Salud de Migrantes Internacionales en Chile. Política De Salud De Migrantes Internacionales*. <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/09/2018.01.22.POLITICA-DE-SALUD-DE-MIGRANTES.pdf>.

- Reyes, W. (2018) La clase incorporada: cuerpo, lenguaje y distancia en el dispositivo médico. *CS* (26), 245-251. <https://doi.org/10.18046/recs.i26.2435>.
- Salaverry, O. (2010). Interculturalidad en salud. *Rev. Perú Med. Exp. Salud Pública*, 27(1), 80–93. [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1726-46342010000100013&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1726-46342010000100013&script=sci_arttext).
- Sepúlveda, C., & Cabieses, B. (2019). Rol del facilitador intercultural para migrantes internacionales en centros de salud chilenos: perspectivas de cuatro grupos de actores clave. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 36(4), 592–600. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2019.364.4683>.
- Serrano, V., Larrera-Mantilla, L., Rodríguez, R., Spencer, G., Málaga, G., Hargraves, I., & Montori, V. (2017). Toma de decisiones compartidas en la atención de pacientes con diabetes mellitus: un desafío para Latinoamérica. *Rev Med Chile*, 145, 641–649. <http://shareddecisions>.
- Tanahashi, T. (1978). Health service coverage and its evaluation. *Bulletin of the World Health Organization*, 56(2), 295–303. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2395571/>.
- Toro, M. (2012). *La Declaración Universal de Derechos Humanos: un texto multidimensional*. [http://appweb.cndh.org.mx/biblioteca/archivos/pdfs/fas\\_CSUPDH2-1aReimpr.pdf](http://appweb.cndh.org.mx/biblioteca/archivos/pdfs/fas_CSUPDH2-1aReimpr.pdf).
- United Nations (2019). *International Migration Report 2019. Department of Economic and Social Affairs Population Division*. [https://www.un.org/en/development/desa/population/migration/publications/migrationreport/docs/InternationalMigration2019\\_Report.pdf](https://www.un.org/en/development/desa/population/migration/publications/migrationreport/docs/InternationalMigration2019_Report.pdf).
- Van der Laat, C. (2017). La migración como determinante social de la salud. In M. Báltica Cabieses, M. Bernaldes, & A. M. McIntyre (Eds.), *La migración internacional como determinante social de la salud en Chile: evidencia y propuestas para políticas públicas* (pp. 29–38). Universidad del Desarrollo.
- Young, A. (1982). The Anthropologies of Illness and Sickness. *Annual Review of Anthropology*, 11(1), 257–285. <https://doi.org/10.1146/annurev.an.11.100182.001353>.
- Zapata, J. (2009). Reflexiones en torno a la cultura: Una aproximación a la noción de cultura venezolana. *Revista Venezolana de Economía y Ciencias Sociales*, 15(2), 43–63. <https://www.redalyc.org/pdf/177/17721684003.pdf>.

## Sobre las autoras

CARLA URRUTIA PÉREZ es Antropóloga social de la Universidad de Chile, Máster en Antropología-etnología, Master en salud, mediaciones, migraciones y diplomada en Medicina y cuidados transculturales de l'Université de Bordeaux, Francia. Ha trabajado como antropóloga en distintos proyectos de investigación (Francia y Chile) y como intérprete y voluntaria para Médicos del Mundo en Francia. Sus principales intereses de investigación están enmarcados en el área de la antropología de la salud; en específico en cuidados paliativos, salud y migraciones, salud e interculturalidad, salud sexual y reproductiva y temáticas de género. Correo Electrónico: carla.urrutiap@gmail.com.

 <https://orcid.org/0000-0001-5778-9127>

ELIANA CORREA-MATUS es Enfermera Universidad del Desarrollo, Diplomado Antropología Médica Universidad de Chile. Investigación en Programa de Estudios Sociales en Salud. Docente de la Escuela de Enfermería Facultad de Medicina Clínica Alemana, Universidad del Desarrollo. Correo Electrónico: me.correa@udd.cl.

 <https://orcid.org/0000-0003-4509-9043>

BÁLTICA CABIESES VALDÉS es 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 e investigadora del Programa de Estudios Sociales en Salud Universidad del Desarrollo y Profesora visitante de la Universidad de York. Co-líder de Lancet Migration para América Latina, coordinadora de la red chilena de investigación en salud y migración RECHISAM y miembro de la red andina de salud y migración SAMI. Ganadora de Premio Nacional de Investigación Santander El Mercurio 2017 categoría investigador joven. Líneas de investigación: inequidades sociales en salud, salud de personas migrantes internacionales y participación de pacientes en toma de decisiones sobre cobertura en salud. Correo Electrónico: bcabieses@udd.cl.

 <https://orcid.org/0000-0003-0756-1954>

ALEXANDRA OBACH KING es Antropóloga Social (Universidad de Chile), Magíster en Estudios de Género y Cultura (Universidad de Chile), PhD Antropología Social y Cultural (Universidad de Barcelona). Profesora asociada y directora del Programa de Estudios Sociales en Salud del Instituto de Ciencias e Innovación en Medicina (ICIM), Facultad de Medicina Clínica Alemana, Universidad del Desarrollo. Investiga en temáticas de antropología de la salud, género y salud, salud sexual y reproductiva, salud adolescente e interculturalidad en salud. Correo Electrónico: aobach@udd.cl.

 <https://orcid.org/0000-0002-7412-4159>

## CUHSO

Fundada en 1984, la revista CUHSO es una de las publicaciones periódicas más antiguas en ciencias sociales y humanidades del sur de Chile. Con una periodicidad semestral, recibe todo el año trabajos inéditos de las distintas disciplinas de las ciencias sociales y las humanidades especializadas en el estudio y comprensión de la diversidad sociocultural, especialmente de las sociedades latinoamericanas y sus tensiones producto de la herencia colonial, la modernidad y la globalización. En este sentido, la revista valora tanto el rigor como la pluralidad teórica, epistemológica y metodológica de los trabajos.

### EDITOR

Matthias Gloël

### COORDINADORA EDITORIAL

Claudia Campos Letelier

### CORRECTOR DE ESTILO Y DISEÑADOR

Ediciones Silsag

### TRADUCTOR, CORRECTOR LENGUA INGLESA

Alejandra Zegpi Pons

### SITIO WEB

[cuhso.uct.cl](http://cuhso.uct.cl)

### E-MAIL

[cuhso@uct.cl](mailto:cuhso@uct.cl)

### LICENCIA DE ESTE ARTÍCULO

Creative Commons Atribución Compartir Igual 4.0 Internacional