

**XIV Reunião de Antropologia do Mercosul**

**01 a 04 de agosto de 2023, Niterói (RJ)**

GT 10: Antropología de la salud: perspectivas, debates y problemas

Coordenação

Guadalupe García (UBA), Monalisa Dias de Siqueira (UNIPAMPA), Everton de Oliveira (CEBRAP), Agostina Gagliolo (CONICET - ICA, FFyL, UBA), Maria Laura Recoder (Universidad de Buenos Aires)

**Entrecruces de la medicina mapuche y perspectivas biomédicas: formas  
diversas de comprender la salud**

Autores: Kaia Santisteban.

Universidad Nacional de Río Negro (UNRN). Instituto de Investigaciones en  
Diversidad Cultural y Procesos de Cambio (IIDyPCa). Consejo Nacional de  
Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET)

## Introducción

Este trabajo parte de un enfoque reflexivo y etnográfico acerca de los procesos de memoria para comprender los escenarios políticos que están sucediendo en contextos locales de la Patagonia norte en Argentina vinculados al Pueblo mapuche-tehuelche y la salud. Es desde esta perspectiva que me propongo analizar los procesos de salud-enfermedad y cuidados cuando son parte de conflictos territoriales, ontológicos y epistemológicos entre la medicina mapuche y la biomedicina. En estos conflictos es que tiene un fuerte potencial los procesos de restauración de memorias vinculados al *lawen* (medicina mapuche). Los trabajos de memoria sobre las prácticas y conocimientos mapuche implican una vinculación con reponer y recuperar lo que sucedió en el pasado, pero actualizando esos marcos de interpretación en el presente y sobretodo, generando reflexiones, sueños y perspectivas de cómo continuar hacia adelante (Ramos, 2019). Restaurar las memorias sobre el *lawen* para las distintas comunidades mapuche-tehuelche de la región del Puelmapu (Argentina) son procesos políticos-afectivos que se alojan en las luchas, demandas, proyectos y acciones colectivas. Este énfasis sobre la memoria como una constelación entre el pasado y el presente, y como una unión entre lo afectivo y lo político es lo que me llevó a pensar también a la salud como una conjunción entre lo físico y psíquico con el mundo social, cultural y político. Con esta idea me remito a la noción de salud que explica Didier Fassin (2022):

“es a la vez otra cosa y mucho más que el anverso de la enfermedad al que se la aproxima a menudo, o a la idea de bienestar global que las instituciones sanitarias se aseguran de promocionar. Esta relación no es una particularidad de lo viviente, preexistente en la normalidad de un orden fisiológico, biológico o sensible y conducente a hablar de buena o mala salud. Al contrario, históricamente construida, es objeto de competencias y luchas entre agentes que se esfuerzan por imponer visiones diferentes sobre lo que concierne a la salud, es decir, lo que hace falta social y políticamente tratar como un problema de salud” (p. 85).

Teniendo en cuenta la propuesta de este autor es que considero que la antropología de la salud permite, a diferencia de los enfoques tradicionales de la antropología médica, una lectura que es socio histórica y política. En este sentido, la salud es entendida aquí como significado y significante de los cambios sociales, de las desigualdades y de las relaciones de saber-poder que legitiman ciertas construcciones por sobre otras (Fassin, 2022). Al entender la dimensión política de las tensiones entre formas de conocimiento y agenciamiento diversas, considero lo que Fassin (2004) explica como “biopolítica de la medicina”; especialmente cuando esta, a partir de sus criterios de objetividad, considera negativa y hasta perjudicial a otro tipo de conocimientos, como la medicina “tradicional”, “popular” o “indígena”, entre muchas otras. El eje determinante de las diferencias está colocado en la naturaleza científica de su propio saber y en la naturaleza cultural de los servicios de salud “tradicionales” u otros (Menéndez, 1994).

Las luchas políticas relacionadas con el *lawen* del Pueblo mapuche-tehuelche recorren distintas temáticas. La defensa de los territorios. El libre ejercicio de las y los *machi*. El resguardo de ciertas plantas medicinales del extractivismo masivo por empresas multinacionales, laboratorios, farmacéuticas, herboristerías. El libre tránsito del *lawen* por las fronteras estatales entre Chile y Argentina<sup>1</sup>. Los derechos a la salud desde una perspectiva indígena<sup>2</sup>. Estos son sólo algunos de los reclamos que viene proclamando desde hace varios años las comunidades, familias y organizaciones. Estas demandas que defienden prácticas y conocimientos

---

<sup>1</sup> En 2017 comunidades mapuche-tehuelche de distintas regiones del territorio Puelmapu se unieron para reclamar colectivamente al Estado, específicamente a las oficinas del SENASA (Servicio Nacional de Sanidad y Calidad Agroalimentaria), un permiso especial que permita circular *lawen* por la cordillera. Esta institución estatal impedía el ejercicio de una medicina intercordillerana debido a que esta utiliza plantas, raíces, hojas u otros elementos que podrían poner en riesgo fitosanitario a la población. Como parte de esta lucha, las comunidades mapuche-tehuelche de Neuquén, Río Negro y Chubut se organizaron bajo el lema de la “defensa del *lawen*” (Santisteban, 2019).

<sup>2</sup> Con el devenir de la pandemia, distintas comunidades y organizaciones de *wallmapu* (territorio sin fronteras) manifestaron sus reclamos vinculados a los derechos por la salud mapuche. Debido al cierre de las fronteras por la propagación del virus SARS-COV-2 se suspendieron por un tiempo los tratamientos con *lawen* y con las y los *machi*. Sin embargo, en diferentes momentos de esta suspensión, organizaciones como la Ruka Lawen o el Movimiento de Mujeres Indígenas por el Buen Vivir, así como otras organizaciones autónomas mapuche de Chubut, comenzaron a manifestar la urgencia de habilitar permisos excepcionales para que pacientes mapuche y *machi* puedan circular por los territorios y por las fronteras estatales de la cordillera. La intención de los y las pacientes mapuche siempre fue cumplir con los protocolos exigidos por los Estados-nacionales (uso de barbijos, vacunación completa, test de covid, distanciamiento, etc.).

relacionados con el *lawen* frente a normativas y discursos estatales comienzan a hacer visibles otras formas de desigualdades, que no son solo políticas o económicas, sino también epistémicas y ontológicas.

En el marco de un proyecto de investigación doctoral en antropología es que comencé a prestar atención a qué ideas de “salud intercultural” circulaban en las conversaciones con comunidades mapuche y/o profesionales que trabajan en espacio biomédicos. Por un lado, se han construido espacios que desde sus inicios se han pensado como interculturales (Hospital intercultural en Ruca Choroi o la Ruka Intercultural del Lof Paicil Antriao). Por otro lado, a partir de una puesta en valor de las memorias colectivas es que distintas comunidades y organizaciones mapuche se han percibido como sujetos en lucha creando así espacios de medicina mapuche autónomos (como la Ruka Lawen en la comunidad Millalonco Ranquehue o el *rewe* de *machi* en la comunidad Lafken Winkul Mapu), expresando sus posicionamientos políticos como rupturas epistémicas y ontológicas ante la hegemonía de la biomedicina. Tanto en los proyectos definidos como interculturales y en los espacios específicamente de medicina mapuche, pude evidenciar que los itinerarios terapéuticos oscilan entre la atención con *machi* (rol político y espiritual) y *lawuentuchefe* (especialista en plantas medicinales), con médicos/as generalistas, hospitales y centros de atención primaria (CAPS). Sin caer en comparaciones entre ambas formas de conocimiento, este trabajo se propone desde un enfoque etnográfico complejizar y generar algunas primeras aproximaciones sobre las relaciones que existen entre una medicina y otra. A partir de acompañar algunos estos itinerarios que oscilan entre ambas prácticas, es que considero que la interculturalidad es un proyecto político, afectivo y muy profundo de convivencias. Me interesa resaltar algunas experiencias que nos acercan a esta idea de interculturalidad y algunas otras que nos alejan de ella. Por ello, en los próximos apartados retomo la pregunta de Susana Ramírez Hita (2010) para pensar estos procesos, “¿de qué hablamos cuando hablamos de interculturalidad en salud?” (p.61).

## **Niveles de interculturalidad y autonomía en salud: hasta dónde se puede hablar, negociar, intercambiar, dialogar**

Profundizando en algunos planteos teóricos considero necesario tomar con pinzas el funcionamiento de la interculturalidad en el campo de la salud. Esto implica abordar la interculturalidad desde una mirada crítica y situada en cada contexto, permitiendo así una revisión de su construcción de y desde los grupos subalternizados. Autoras como Catherine Walsh (2010) y Claudia Briones (2008) proponen realizar una distinción entre la interculturalidad que surge “desde las bases” efecto de las luchas de los movimientos sociales-políticos indígenas, y la interculturalidad “que baja” cuando es instalada por organizaciones gubernamentales o estatales, que plantean una lógica funcional de esta política en las instituciones sociales dominantes (escuelas, hospitales, entre otras). Conceptos como diversidad cultural, biodiversidad, interculturalidad o plurinacionalidad que provienen desde esta lógica “funcional” lo que buscan es organizar, administrar y gestionar las heterogeneidades de muy distinto tipo. Tanto en educación como en salud el término de interculturalidad significó en muchos contextos la idea del “hacer uso”, por ejemplo, de las lenguas indígenas, o de ciertos aspectos culturales “diferentes” para facilitar una idea de “integración” o “incorporación” dentro de los valores e identidades nacionales que se siguen pensando desde lo singular (Briones, 2008). Incluso, las políticas y proyectos de interculturalidad en salud que no tienen en cuenta contextos locales y revisiones en la práctica, también suelen reducir el entendimiento de las medicinas indígenas como el uso de plantas medicinales o de personas con roles especializados (chamanes, *mara'akame*, *machi*)<sup>3</sup> sin tener en cuenta la heterogeneidad y extrema variedad de sistemas indígenas de cuidado y formas en que se relacionan con otros sistemas médicos (Ramírez Hita, 2010). De esta manera se niega la existencia de la heterogeneidad cultural dentro de la biomedicina y, también, dentro de la de la medicina indígena. Ambas, no son categorías homogéneas, cerradas, rígidas y aisladas, ni tampoco son las únicas formas de atención a la salud a las que recurre la población indígena.

---

<sup>3</sup> Personas especializadas en un rol político y espiritual que pueden tratar los procesos de salud-enfermedad.

En algunos casos como en Brasil, se implementó la Política Nacional de Atención a la Salud de los Pueblos Indígenas a través de la formulación de la noción de “atención diferenciada” (Langdon y Garnelo, 2017). Esto se basó en la idea de una atención “respetuosa” a los conocimientos y prácticas indígenas y con la búsqueda de una “articulación” capaz de mejorar la salud de estos pueblos. La interculturalidad en este país ha funcionado como directiva para una interacción más horizontal en las mediaciones entre el Estado y las comunidades indígenas. Sin embargo, lo que plantea Langdon (2016) es que esta política no deja de estar marcada por un alto grado de estandarización de rígidas normas técnicas prescriptivas, cuyo carácter estrictamente biomédico las hace impermeables a contextos y singularidades locales. Es una política tan rígida que tiene como consecuencia la incapacidad de reconocer las diferencias entre los distintos grupos indígenas, la agencia indígena, la vitalidad de su etnopolítica y la capacidad de recrear y reinventar sus tradiciones. Teniendo en cuenta la perspectiva de estas y estos autores es que considero que cualquier análisis sobre las relaciones y diálogos entre, por ejemplo, formas diversas de comprender la noción de salud, implica la comunicación entre epistemologías marcadamente diferentes y requiere una disposición para poner el propio punto de vista en perspectiva. En otras palabras, el redimensionamiento de las premisas y prácticas de atención primaria de salud en los pueblos indígenas, en convivencia con otro tipo de conocimientos requiere que los profesionales de la salud, los científicos y los especialistas indígenas tomen en serio la perspectiva del otro, para reconocer que existen variadas formas de conocer, de entender las relaciones con la naturaleza y comprender la salud. A su vez, a pesar de estas diferenciaciones muchas veces las resistencias y luchas de los pueblos indígenas no son sólo por el reconocimiento de sus prácticas y conocimientos, sino también por exigir al Estado que financie y mantenga dignamente los espacios de servicios biomédicos, tanto como hospitales, centros de salud, puestos sanitarios, etc. Estas demandas no significan una oposición al uso de sus propias medicinas (Menéndez, 2018), es por ello que los procesos no pueden ser entendido en términos de partes aisladas, la medicina mapuche por un lado y la biomedicina por otro. Es a partir de las relaciones existentes en cada contexto donde se pueden identificar los diferentes niveles,

perfiles y formas de articulación entre ambos sistemas de medicina, y así comprender las tensiones y puntos de fricción entre figuraciones de agencia diversas.

Al transitar desde una metodología itinerante los diferentes lugares por los que circula el *lawen*, en tanto una medicina viva y en movimiento es que me fui acercándome a diferentes espacios del Pueblo mapuche-tehuelche, iniciando en algunos de ellos un trabajo etnográfico con mayor profundidad. En este proceso es que pude percibir que la noción de interculturalidad implica abordar matices y niveles de articulación que surgen en cada contexto particular. Lo que pude comenzar a escuchar y observar es que, si bien existen algunos proyectos de salud intercultural pensados desde una lógica más “funcional”, también existen otras iniciativas que surgen en otras direcciones. Son ejemplos de articulaciones esporádicas, transitorias pero que al surgir desde las confianzas y complementariedades entre grupos mapuche y profesionales de la salud, funcionan de maneras más profundas. Estas articulaciones o proyectos interculturales no están libres de matices, ya que depende de varias circunstancias que son parte sustancial del proceso de comunicación intercultural entre interlocutores diversos. Por ello, las preguntas que aquí me hago son las siguientes: ¿Es una cuestión de diálogos solamente? ¿O de diálogos y respeto? ¿O de diálogos, respeto e intercambios? ¿Qué cuestiones se pueden llegar a intercambiar? ¿Conocimientos de plantas medicinales y nada más? ¿Plantas medicinales, elementos biomédicos y ceremonias? ¿Territorios compartidos? ¿Estrategias de reclamo? En definitiva, es necesario pensar en cada caso ¿cuáles son los topes de la interculturalidad o de las articulaciones? Para esto trataré de reponer brevemente algunas de estas experiencias para comprender ¿cuáles son las posibilidades y alcances en las articulaciones y tensiones entre la medicina mapuche y la biomedicina en una región en la que es incipiente la noción de “salud intercultural”?

### **1. La falta de escucha y aperturas**

El 04 octubre del año 2022 se utilizó por primera vez en el territorio *Puelmapu* (Argentina) el uso de un Comando Unificado de la policía federal con el objetivo de desalojar de manera violenta y radical a la Lof Lafken Winkul Mapu que había

iniciado un proceso de recuperación territorial en el año 2017 a 30 km de la ciudad de Bariloche, dentro de lo que se reconoce como Parque Nacional Nahuel Huapi. Este comando unificado conformado por más de 200 policías federales ingresó en el territorio a primeras horas del día, tirando gases lacrimógenos, balas de gomas, destruyendo las casas, y violentando los cuerpos de mujeres y niños que allí vivían, llevándolos horas más tardes detenidos de manera indeterminada. El proceso de formación de dicha *lof* surgió en el año 2017 acompañada por comunidades, familias e integrantes del Pueblo mapuche-tehuelche. Cuando era apenas una niña, Betiana había comenzado a identificar ciertos *pewma* (sueños), *perimontun* (visiones) y afecciones físicas que indicaba que debía consultar al respecto con otra u otro *machi*. Fue así que inició su proceso de formación en este rol, acompañada por su familia, otras comunidades y *machi* del *wallmapu* (territorio entre Chile y Argentina). Es en este proceso que se inicia la búsqueda de un lugar con las condiciones suficientes para levantar el *rewe* de esta *machi*, es decir un espacio ceremonial, en el que las personas con roles políticos y espirituales puedan vincularse con las fuerzas y ancestros del territorio. Encontrar un lugar adecuado no era un proceso fácil. Fue después de varias ceremonias y de conversaciones con los ancestros se eligió el espacio indicado para levantar el *rewe*. Al poco tiempo en que la *machi* Betiana comenzó a ejercer su rol político y espiritual en este espacio, fue detenida junto a otras mujeres durante más de ocho meses a partir de un contexto de violencia en el que desalojaron a su comunidad. Esta detención derivó arbitrariamente por la justicia en prisión domiciliaria poniendo como pretexto una causa que en Argentina es excarcelable y que hasta el momento no había sido llevada a juicio. Este desalojo forzoso y violento fue amparado no sólo por el gobierno provincial de Río Negro que desde hace tiempo exigía a Nación que “tome cartas en el asunto”, sino también por los intereses de empresarios privados y terratenientes de zonas aledañas a donde se inició la recuperación territorial. A pedido de la comunidad las mujeres y niñas fueron encarceladas en la misma vivienda. Una organización mapuche de Río Negro habilitó el espacio comunitario que contaba con las condiciones necesarias para que estas mujeres y sus hijos puedan quedarse allí. Debido a la profundidad y complejidad que tiene este proceso,



me detendré en este trabajo en abordar cómo fue la atención a la salud de las personas mapuche en contextos de encierro.

Durante los meses en que estas mujeres estuvieron presas, fueron escasas las veces en que se recibió asistencia de profesionales de la salud estatal. Para poder salir a atenderse en el hospital o centro de salud debían contar con un permiso especial. Según el Programa de Asistencia de Personas bajo Vigilancia del Ministerio de Justicia se debía tener acceso a la salud en cualquier momento de su detención. Sin embargo, no se contemplaba la opción de recibir atención domiciliaria por profesionales de la salud pública<sup>4</sup>, ni las leyes vigentes para encauzar las demandas de los Pueblos Indígenas como el Convenio 169 de la OIT (Organización Internacional del Trabajo). En algunas ocasiones puntuales las integrantes de la *lof* pudieron trasladarse con muchos esfuerzos hasta el hospital público y al centro de salud de mayor confianza. Para esto debían realizar alrededor de diez kilómetros, sin colectivos directos y con una gran dificultad para lograr circular por la ciudad. Las decisiones por las cuáles deciden atenderse en un centro de salud y no en otros más cercanos pasaban por las confianzas que habían ido generando con algunas integrantes del equipo de salud. Según me explicaban estas mujeres desde que se reconocen como mapuche habían vivido situaciones de maltrato ya sea en las consultas con médicos/as, en las guardias de un hospital, cuando nacen sus bebés, o cuando deben recurrir a un especialista por la complejidad de una enfermedad crónica. En sus argumentos, ellas decían que “la biomedicina no es una opción” pero muchas veces “no queda otra”. Desde esta postura no niegan los conocimientos que brinda la medicina alopática, principalmente cuando se tratan de afecciones complejas o que requieren de ciertas especialidades. Sino que sus vivencias las han llevado a reclamar por el destrato que se viven en los espacios biomédicos y por la falta de reconocimiento a los saberes y conocimientos que tienen como mapuche sobre el curarse, atenderse y cuidarse. Así lo expresaron en un comunicado público:

---

<sup>4</sup> Sumado a esto la situación de salud pública en la provincia de Río Negro estaba siendo afectada tanto por los bajos salarios, escasos recursos del Estado y por la sobredemanda en la atención.

Las pu lamuen y sus niños y niñas, víctimas de una injusta situación de encierro, encarnan los rasgos más dolorosos e inhumanos de una dictadura. Ellas están reclusas en un espacio insalubre, sin cloacas, con una calefacción insuficiente, sanitarios deficientes, instalación eléctrica riesgosa y un sostén alimentario dependiente de la solidaridad de la gente. El estado no solo se ha desentendido de su responsabilidad, sino que las está dejando morir lentamente. Las mujeres, niños y niñas están afectadas severamente en su salud física, psicológica y espiritual (20 de mayo del 2023, Comunicado del Trawn Autónomo Mapuche).

Más de una vez, la *machi*, alguna de las mujeres o de las y los niños debió ser atendida en la guardia del hospital o por médicas generalistas del centro de salud. Sin embargo, las experiencias compartidas de llegar a estos espacios y sentirse ninguneadas o ignoradas eran muchas. En más de una ocasión sucedió que tengan que volverse a la *ruka* donde estaban en prisión, sin ninguna respuesta por parte de los profesionales, o porque no habían logrado ser escuchadas y entendidas o por qué desde el área de salud no encontraban las maneras de relacionarse respetuosamente, tal vez por falta de recursos, de tiempos, herramientas y estrategias (Bonet, 1999). Los hospitales públicos muchas veces son reproductores de una biopolítica en la que se configuran los espacios médicos y es allí, donde pueden suceder las tensiones, los disensos y la falta de coexistencias entre aspectos ideológicos, epistemológicos y ontológicos. No obstante, también es necesario reconocer que no todos los profesionales que trabajan en salud reproducen estas lógicas de forma cerrada, y como veremos más adelante existen aperturas al diálogo, y a encontrar puntos de fuga dentro del sistema de salud estatal. En este sentido, el desafío que trae las experiencias de las mujeres mapuche implica preguntarse de qué maneras menos desiguales se pueden establecer puentes para convivencias respetuosas entre formas diversas de ser y agenciar la salud. Retomo la palabra de un *machi* que acompañó este proceso de recuperación y lucha:

“siempre se sabe que es difícil el acceso a la salud. Para las instituciones del estado somos un problema que no quieren tocar. Pero tenemos que seguir

incomodando no más. Hasta que nos vean. Lo mismo sucede acá. Todo lo poco que se ha avanzado es por la insistencia” (*machi* Cristóbal, conversación personal, 05 de enero del 2023).

En relación a este contexto traigo a la luz la pregunta de por qué para las personas mapuche reclamar sobre la existencia de otras formas de atención a la salud aún implica una demanda sobre prácticas racializadoras o racializantes con las que se fundaron las Ciencias Médicas, las cuales continúan permeando diferentes ámbitos biomédicos estatales (CAPS, hospitales, puestos sanitarios)<sup>5</sup>. Podríamos decir que muchas veces las prácticas de discriminación que suceden dentro de espacios de salud se dan en relación a un profundo desconocimiento o por estar atravesados e influenciados por construcciones estigmatizantes que se han instalado desde los medios de comunicación, redes sociales, discurso anti-mapuche y de odio en relación al “ser mapuche”<sup>6</sup>.

## **2. Proyectos definidos como interculturales**

En la cuenca de Ruca Choroi (Neuquén) hace más de quince años que surgió la posibilidad de iniciar un proyecto de salud intercultural entre las comunidades de la región, profesionales de la salud mapuche y no mapuche y el Ministerio de Salud provincial y nacional. El 22 de noviembre del 2022, un mes después del contexto de desalojo de la *machi* del *rewe*, se celebró en el territorio de la cuenca el primer año del Centro de Salud Intercultural (CSI) Raguiñ Kien. Al acercarme a conversar con algunos integrantes mapuche de la comunidad Ruca Choroi sobre este proyecto me explicaron que el camino para construir lo que hoy se conoce como el “primer hospital intercultural del país” no fue fácil. El inicio de este proyecto surge cuando

---

<sup>5</sup> En relación a estas preguntas Claudia Briones me compartió un análisis en el que plantea cómo el racismo científico sigue operando en la vida social pero también en las Ciencias Médicas de formas más o menos encubiertas. El mismo fue elaborado para una conferencia que brindó en una actividad coordinada por la carrera de medicina en la ciudad de Bariloche llamada “Salud, Educación y Diversidades Culturales”.

<sup>6</sup> En los últimos años los conflictos sobre el territorio y las distintas expresiones del Pueblo mapuche-tehuelche han ingresado recurrentemente en las a discursos políticos a nivel nacional, en diarios y revistas locales y de todo el país. En esta agenda pública se continúan reproduciendo ideas racistas y falsas sobre las comunidades y los procesos que se vienen dando en la zona.

referentes de la comunidad llevan la propuesta de realizar un centro de salud intercultural a funcionarios del Estado provincial y Ministerio de Salud. Esta iniciativa tenía la intención de complementar ambas medicinas a través de consensuar acuerdos e intercambiar experiencias entre la medicina mapuche y la biomedicina. El esquema sanitario que rige en este espacio es una articulación entre los conocimientos mapuche, principalmente a través del trabajo de las personas de la comunidad, y *machi*, con las autoridades políticas y médicos generalistas. Sin embargo, establecer las negociaciones y acuerdos de trabajo, las dinámicas del funcionamiento, las retribuciones, y la disposición del espacio fue producto de un arduo trabajo, de grandes dificultades y costosas comunicaciones, ya que muchas veces los funcionarios políticos o agentes del Ministerio de Salud no comprendían las necesidades y demandas mapuche. Por ejemplo, el hecho de que el edificio tenga forma de medialuna, esté centrado de cierta manera y no de otra, que las ubicaciones de las camas de internación apunten hacia la salida del sol, que se pueda contar con un espacio para realizar ceremonias colectivas y encuentros alrededor de un gran fogón que te reciben al ingresar por la puerta del hospital. Pero aún lo más complicado, desde las perspectivas de algunos referentes con los que conversé, fue que la perspectiva biomédica superara ciertos prejuicios, asumiera ciertas limitaciones y dejase de arrogar el estatus de ser la única verdad acerca de cómo atender a las personas, desautorizando otros conocimientos, orígenes y concepciones de la vida. Discutiendo algunas cuestiones de ambos paradigmas tanto de la biomedicina como la medicina mapuche, es que se conformó un comité de gestiones y toma de decisiones integrado por autoridades filosóficas mapuche (como *machi* y *longko*) y personal del área de salud pública que tenían otra visión acerca de la articulación entre ambas figuraciones de agencia.

Otro proceso similar se está dando en el *lof* Paicil Antriao (Neuquén), proyecto en el cual las y los integrantes de la comunidad solicitan al Estado emprender juntos la construcción de una Ruka Intercultural en el territorio. Esta solicitud comienza en una articulación formal con el centro de salud cercano a la comunidad, debido a que algunas personas con rol de *lawuentuchefe* identificaron el diagnóstico de ciertas enfermedades y trastornos que no podían ser solamente atendidos por la medicina

mapuche. En este caso, el proyecto de interculturalidad tenía como objetivo intercambiar entre el conocimiento mapuche sobre el uso de plantas medicinales del territorio junto a profesionales de la salud acerca de otras herramientas para el abordaje de ciertos malestares llamado por la comunidad como “enfermedades *wingka*”. Es decir, afecciones que no son reconocidas como producto de un desequilibrio con los vínculos entre los *che* (personas) y *pu genh*, con *pu newen* (fuerzas) que habitan en los territorios. Sino, que son enfermedades que provienen de la sociedad occidental, vinculadas a consumos problemáticos o relaciones de violencia intrafamiliar. En definitiva, este proyecto es una propuesta de interculturalidad para el “diálogo de saberes” y herramientas que permitiesen abordar determinadas situaciones, poniendo el tope de lo que se dialoga, comparte e intercambia en los conocimientos de plantas medicinales y acompañamientos especializados para determinados trastornos. En relación a las cuestiones más profundas y espirituales aún se están definiendo las maneras en que se desea compartir o no, y en que espacios es posibles realizarlo.

### **3. Intercambios y articulaciones que surgen desde las confianzas**

Retomo el caso de las mujeres y niñas detenidas para explicar las particularidades que adquirieron sus relaciones con determinadas redes y equipos de salud con quienes sostenían desde hace años intercambios y vínculos. Después de varios meses en que las integrantes de la *lof* habían sido detenidas, las necesidades y urgencias relacionadas con la salud comenzaron a acentuarse. Si bien existían cuestiones que la *machi* podía acompañar, al estar lejos de su espacio ceremonial no podía abarcar con mayor profundidad todos los tratamientos que sus familiares necesitaban. Los cambios en la alimentación y formas de calefaccionarse, los efectos postraumáticos de un desalojo, el estar lejos de los *lawen* y fuerzas del territorio, el hecho de vivir muchas personas en un espacio reducido, los cambios forzados de vivir en una casa con condiciones desfavorables en su infraestructura conllevaron a que las afecciones físicas aparezcan y en algunos casos, gravemente. Esto fue reavivando otro tipo de articulaciones (que incluso funcionan más libremente y con menos formalidades) entre profesionales de la salud estatal y pacientes mapuche.

La comunidad fue instalando a lo largo de su vida vínculos con una médica generalista que muchas veces era consultada ante ciertas urgencias o complejidades. Esta médica fue la que acompañó a las mujeres en sus procesos de gestación o el proceso de formación de la *machi* brindando ciertas herramientas biomédicas. Estas experiencias se fueron profundizando en proyectos menos marcados y definidos, en experiencias transitorias e informales en las que un miembro de la comunidad mapuche o una *machi* realizan una consulta por temas específicos a médicas generalistas, intercambian saberes sobre plantas medicinales, preparan algunos remedios naturales de forma conjunta, elaboran un diagnóstico, y entrecruzan miradas acerca de cómo tratar ciertos malestares. Todo esto en un marco de respeto, diálogo y comunicación constante. Debido a esta cercanía, esta médica generalista junto a una trabajadora social del CAPS decidieron comenzar a visitar la prisión domiciliaria en sus tiempos libres, días de paro, o por fuera de los horarios de atención estatales. En estas visitas se realizaba de manera informal consultas generales que requerían acompañamiento y seguimiento desde la perspectiva biomédica. Frente a las dificultades que conllevó sostener estas actividades por fuera del horario laboral, las trabajadoras del CAPS decidieron solicitar en el hospital que se les reconociera ese tiempo como parte de las consultas en territorio. Sin embargo, se encontraron con algunas trabas institucionales para poder realizar este acompañamiento de forma legítima. Al reclamar por esta situación decidieron realizar una nota al hospital explicando la situación en la que se estaba viviendo el encierro y manifestando algunas propuestas posibles para trabajar, que permitiesen construir un abordaje complejo de salud integral e intercultural, dando lugar a la diversidad de cosmovisiones sobre la salud. Un tiempo después de esta situación, ambas trabajadoras de la salud encontraron que su margen de maniobra era cada vez más reducido por las autoridades del hospital, lo cual llevo a una de ellas renunciar al sistema de salud público.

En una dirección muy similar, otra de las redes de confianza que acompañó a las mujeres y niñas presas, surgió con la Red Territorial de Junín de los Andes y San Martín (Neuquén). Esta red se conformó desde el primer momento en que se

efectuó el desalojo con el fin de acompañar a las y los integrantes de esta *lof*. La comisión de salud que estaba conformada dentro de la Red, estaba compuesta por personas de distintas comunidades mapuche --que tenían un vínculo previo con las mujeres detenidas al participar en ceremonias colectivas y visitarse en sus territorios-- así como también médicas generalistas y profesionales mapuche y no mapuche de un centro de salud de Junín de los Andes. Para poder atender y realizar seguimientos de las necesidades médicas quienes conformaron esta comisión realizaban al menos una o dos veces al mes viajes de más de 200km hasta Bariloche para acompañar a las mujeres presas. Al observar las urgencias de atender algunas cuestiones comenzaron a indagar qué era lo que estaba sucediendo en dicha localidad que, desde el hospital público u otras entidades como el Ministerio de Salud nacional, se estaban vulnerando los derechos y accesos de las mujeres y niñas de la *lof*. De esta manera lo manifestaron en un comunicado público que hicieron circular por diferentes espacios de la salud pública y congresos de medicina en el país:

“La comisión de salud de la Red Comunitaria Territorial informa que, al cumplirse 5 meses del violento desalojo y detención ilegal de las *lamgen* de la *Lof Lafken Winkul Mapu*, y en vísperas del día Internacional de las mujeres, el Estado ha abandonado la salud de las 4 presas políticas mapuche y sus 8 hijes, poniendo en riesgo su integridad. Nos pronunciamos como profesionales de la salud de la provincia de Neuquén, organizados como comisión de salud de la Red Comunitaria Territorial, preocupados por la urgencia y la gravedad de esta situación, que objetivamos como causante de enfermedades para les niñas y sus madres, presas políticas mapuche. Es por esto, que hemos desarrollado el informe que adjuntamos a la presente, en el cual se detalla la situación que están atravesando *pu lamgen*. A pesar de que desde las Instituciones de Salud Pública se suele desarrollar un estricto seguimiento a la salud materno-infantil, en el caso de las *lamgen* y sus *püchikeche* no hubo preocupación por su atención ni cuidado integral por parte de los centros de salud que tienen incumbencia en la zona. Recordemos que las mujeres y sus hijes están privadas de su libertad hace 5 meses, por un delito que es

excarcelable, siendo obligadas a vivir en precarias condiciones sanitarias, de hacinamiento y alejadas de su *rewe*. Es decir, en total supresión de todos los derechos constitucionales, agravados en el caso de las infancias, a quienes se les prohíbe disfrutar de los Derechos del Niño, entre ellos su salud y educación. Las diferentes estrategias propuestas por esta comisión, no han obtenido respuesta alguna por parte del Equipo de Salud Pública de Bariloche [...] (6 de marzo de 2023, gacetilla de prensa de la Red Territorial de Junín).

Ambas iniciativas de acompañamiento (la Red territorial y las dos trabajadoras del CAPS) se pusieron en contacto para organizar conjuntamente estrategias de contención y complementación de atención. Debido a las dificultades de las distancias de la Red territorial por llegar a Bariloche con frecuencia y la negativa de las autoridades hospitalarias para que el equipo del CAPS pueda cumplir con el acompañamiento a quienes ya eran sus pacientes, se pensó junto con las mujeres mapuche detenidas presentar nuevas notas en el hospital y realizar diferentes actividades de visibilización sobre lo que estaba ocurriendo en relación a la salud. En algunas de estas reuniones me convocaron en tanto antropóloga que acompañaba este proceso, para pensar juntas de qué maneras se podía actuar. Una de las cuestiones que se tuvieron en cuenta era que en la demanda no se debía perder el punto de vista de la comunidad mapuche acerca de la importancia del *rewe*, el *lawen*, la atención con la *machi*. Fue por esto, que en las medidas y reclamos que se realizaron desde el área de salud, algunas veces realizados de forma pública, otras de manera silenciosa, pero siempre con el fin de acompañar los procesos de atención y cuidados a la salud-enfermedad de las mujeres y niños mapuche no en término de la biomedicina, sino en cómo la comunidad estaba planteado sus necesidades y sus nociones sobre la salud, el *küme felen* (estar bien), y la vida. Estas articulaciones fueron más allá de intercambiar conocimientos y saberes. Fue un trabajo colectivo entre las integrantes de la *lof*, el equipo de salud y la Red territorial, para pensar agendas comunes, estrategias de demanda, pero también de atención a la salud y los cuidados en términos biomédicos y mapuche. Esta complementariedad y creación conjunta fue posible debido a las confianzas y vínculos previos que permitieron otras formas de relacionarse.



## **A modo de cierre**

Las experiencias por optar entre una u otra medicina (medicina mapuche o medicina alopática) varían según las situaciones, contextos y afecciones. Una persona llega al *machi* porque no tiene otra solución, en la medicina occidental no le dan respuestas, o al revés una o uno llega a la biomedicina porque no hay solución en la medicina mapuche. Puede suceder que un paciente inicia un tratamiento con *lawen* pero le resulta muy fuerte entonces regresa a atenderse con la biomedicina. O que la experiencia de atenderse con un médico le resulte compleja o peligrosa entonces vuelve atenderse con una *machi*.

En cada contexto y proyecto se van dando ideas propias y creativas sobre las concepciones de salud, sobre la manera de llevar adelante un tratamiento o itinerario en salud, hasta dónde y con quiénes se pueden establecer ciertas alianzas, pactos, intercambios de conocimientos y ejercer juntos prácticas de atención o cuidados (ya sea en espacios autónomos de medicina mapuche o en instituciones como hospitales, centros de salud, puestos sanitarios). Siguiendo a Menéndez (2018) considero la necesidad de comprender estas posibilidades de relacionamiento y articulación en las situaciones concretas, sin caer en los esencialismos ideológicos. Cuando estos proyectos, iniciativas o alianzas no son impuestas desde la gubernamentalidad son agendas que están siendo constantemente consensuadas, acordadas, acomodándose a cada contexto y necesidades de cada caso. De esta manera también se van sentando precedentes sobre intercambios y diálogos entre formas diversas de salud, concepciones de medicina mapuche y concepciones biomédicas.

Podría concluir en este trabajo que la mayoría de procesos y actividades que acompañé en este sentido, son complejas, contradictorias y ambivalentes. Pero también considero que a pesar de las complejidades que tiene comprender las relacionales entre formas de agenciamiento y conocimiento diversas, son expresiones de autonomía, empoderamiento y contrahegemonía cuando estas iniciativas “interculturales” o “articulaciones” son pensadas desde el Pueblo mapuche-tehuelche. En definitiva, preguntarse por las concepciones diversas de salud y cuáles son los entrecruces entre la medicina mapuche y la biomedicina,

considero que estas articulaciones surgen de manera positiva cuando las comunidades y organizaciones mapuche se encuentran firmes en lo autonómico sobre sus propias formas de conocimiento, y cuando existen fuertes vínculos de confianza y respeto. Sin embargo, no en todas las comunidades se están pensando estas interrelaciones desde una concepción a priori sobre la interculturalidad. Muchas veces, surgen primero las articulaciones y después se organizan los proyectos y agendas comunes. El argumento es que en los procesos subjetivos políticos afectivos de la medicina mapuche pueden orientarse los proyectos que apuntan en mayor o menor medida a ser interculturales o autonómicos. En la medida que se orientan estos se promueven y profundizan más unos u otros perfiles.

Por último, me gustaría señalar la potencia y fuerza que pasó a tener el *lawen* en los últimos años siendo también un lenguaje de contienda o de discusión con el Estado, para habilitar acuerdos o desacuerdos entre formas de conocimiento que son diversos y que tendrían que poder coexistir libremente. Como mencioné en el comienzo de este trabajo tanto en los conflictos como articulaciones, es que tiene un fuerte potencial los procesos de restauración de memorias vinculados al *lawen* (medicina mapuche). En otras palabras, para el Pueblo mapuche-tehuelche en general y para mis interlocutoras en particular, la salud está fuertemente relacionada con el territorio y con las memorias de estos grupos subalternizados. Una concepción de salud articulada y entramada de este modo no sólo discute con las lógicas de la biomedicina. Sino que comienzan a hacer visibles otras formas de desigualdades, que no son solo políticas o económicas, sino también epistémicas y ontológicas (Briones, 2019). Este otro orden de desigualdades organiza las clasificaciones de los grupos y personas entre quienes tienen “conocimientos válidos” aprobados por las ciencias médicas, por ejemplo, y quienes tienen sólo “creencias” (Povinelli, 2002). Una posibilidad es que el Estado y sus espacios biomédicos dentro del sistema de salud público, cuestionen sus propias lógicas de diferenciación y homogenización acerca de las concepciones de salud, enfermedad, cuidados y sus prácticas desde las cuales se vinculan con quienes pertenecen al Pueblo mapuche-tehuelche.

## Bibliografía

Briones, C. 2008. Diversidad cultural e interculturalidad: ¿de qué estamos hablando? En García Vázquez, C. (ed.) *Hegemonía e interculturalidad: poblaciones originarias y migrantes: la interculturalidad como uno de los desafíos del siglo XXI*, p.35-59. Buenos Aires: Prometeo Libros.

Briones, C. 2020. Conflictividades interculturales. Demandas indígenas como crisis fructíferas. México: Universidad de Guadalajara; Centro Maria Sibylla Merian de Estudios Latinoamericanos Avanzados en Humanidades y Ciencias Sociales. <https://doi.org/10.1515/9783839448922-004>

Bonet, O. 1999. Saber e sentir: uma etnografia da aprendizagem da Biomedicina. *Physis. Revista da Saúde Coletiva*. 9 (1):123-150.

Fassin, D. 2004. "Entre las Políticas de lo Viviente y las Políticas de la Vida. Hacia una antropología de la salud". *Revista Colombiana de Antropología* 40: 283-318.

Fassin, D. (2022). Entre las políticas de lo viviente y las políticas de la vida. Hacia una antropología de la salud. En Moya, M.O. (Ed.) (2022). *El quehacer de la salud pública. Divergencias e inequidades en salud*, pp.83-113. Santiago de Chile: FLACSO-Chile, Universidad de Chile.

Langdon E. J. 2016. Os diálogos da antropologia com a saúde: contribuições para as políticas públicas em saúde indígena. In Langdon EJ, Grisotti M. (eds.). *Políticas públicas: reflexões antropológicas*, pp. 17-42. Editora UFSC.

Langdon, E. J. y Garnelo L. 2017. Articulación entre servicios de salud y "medicina indígena": reflexiones antropológicas sobre política y realidad en Brasil. *SALUD COLECTIVA*, 13(3):457-470. doi: 10.18294/sc.2017.1117.

Menéndez, E. 1994. La enfermedad y la curación ¿Qué es medicina tradicional? *Alteridades*, 4 (7) 71-83.

Menéndez, E. 2018. Autoatención de los padecimientos y algunos imaginarios antropológicos. *Desacatos* 58, 104-113.

Povinelli, E. A. 2002. *The Cunning of Recognition: Indigenous Alterities and the Making of Australian Multiculturalism*, Durham: Duke University Press.

Ramírez Hita, S. 2010. Calidad de atención en salud: prácticas y representaciones sociales en las poblaciones quechua y aymara del altiplano boliviano. p.236. Edición La Paz: OPS/OMS, 2010. 236p.

Ramos, A. 2019. La memoria enactiva, las alianzas y la intolerancia política. En R. Verdun y A.Ramos, Memórias, violências e investigação colaborativa com povos indígenas : contribuições teóricas, metodológicas, éticas e políticas ao fazer etnográfico, 327-344. ABA Publicações

Santisteban, K. 2019. “¿Por qué el lawen une? Procesos personales y colectivos de recuerdo y subjetivación política”. *Revista Punto CuNorte*, N° (7), 72-109.

Walsh, C. 2010. Interculturalidad crítica y educación intercultural. *Construyendo interculturalidad crítica* 75 (96): 167-181.