

Del desalojo a la coexistencia

Conexiones opacas y desavenencias entre la salud mapuche y la biomedicina en Patagonia



Malena Pell Richards

Instituto de Investigaciones en Diversidad Cultural y Procesos de Cambio (IIDyPCa),
Universidad Nacional de Río Negro (UNRN); Consejo Nacional de Investigaciones Científicas
y Técnicas (CONICET), San Carlos de Bariloche, Argentina.

 0000-0003-2094-5995

Correo electrónico: pellmalena@gmail.com

Kaia Santisteban

Instituto de Investigaciones en Diversidad Cultural y Procesos de Cambio (IIDyPCa) / Uni-
versidad Nacional de Río Negro (UNRN); Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y
Técnicas (CONICET), San Carlos de Bariloche, Argentina.

 0000-0002-4202-0654

Correo electrónico: skaiamariel@gmail.com

Recibido: 01 de octubre de 2024

Aprobado: 05 de marzo de 2025

Resumen

Este trabajo analiza cómo, a partir del desalojo de la comunidad mapuche Lafken Winkul Mapu (Río Negro, Argentina), surgió la Red Comunitaria Territorial y su Comisión de Salud, y posteriormente, el Comité Pluricultural de San Martín y Junín de los Andes. A través de un enfoque etnográfico, exploramos las “conexiones opacas” que permitieron la construcción de espacios de apertura para la medicina mapuche dentro de instituciones hospitalarias. Nos centramos en las “desavenencias coexistentes” que surgen al interactuar diferentes concepciones y prácticas de salud, y en cómo se negocian conocimientos en contextos de diversidad cultural. A partir de la descripción de distintos escenarios etnográficos, nos preguntamos aquí cuáles son los puntos de desavenencia identificados por personas mapuche en contextos de coexistencia entre la medicina mapuche y la biomedicina. Con esto nos proponemos generar una discusión en la antropología acerca de qué estamos comprendiendo cómo “espacios de apertura” o interculturalidad.

Palabras clave: *Diversidad cultural; Salud indígena; Luchas indígenas; Interculturalidad; Pueblo mapuche*



From Eviction to Coexistence: Opaque Connections and Conflicts Between Mapuche Health and Biomedicine in Patagonia

Abstract

This paper examines how the eviction of the Mapuche community Lafken Winkul Mapu (Río Negro, Argentina) led to the creation of the Territorial Community Network and its Health Commission, subsequently giving rise to the Pluricultural Committee of San Martín and Junín de los Andes. Through an ethnographic approach, the article explores the "opaque connections" that enabled the incorporation of Mapuche medicine within hospital institutions. It focuses on the "coexisting disagreements" that emerge in the interaction of different notions and practices about health, and on how knowledge is negotiated in culturally diverse settings. Based on the description of different ethnographic scenarios, we highlight the specific points of tension identified by Mapuche people in contexts of coexistence between Mapuche medicine and biomedicine. In doing so, we seek to contribute to anthropological discussions on what we understand as "open spaces" or interculturalism..

Key words: *Cultural Diversity; Indigenous health; Indigenous struggles; Interculturalism; Mapuche people*

Do Despejo à Coexistência. Conexões Difusas e Desavenças entre a Saúde Mapuche e a Biomedicina na Patagônia

Resumo

Este trabalho analisa como a expulsão da comunidade mapuche Lafken Winkul Mapu (Río Negro, Argentina) levou à criação da Rede Comunitária Territorial e sua Comissão de Saúde e, posteriormente, do Comitê Pluricultural de San Martín e Junín de los Andes. Por meio de uma abordagem etnográfica, exploramos as "conexões difusas" que permitiram a construção de espaços abertos para a medicina mapuche dentro de instituições hospitalares. Focamos nos "desacordos coexistentes" que surgem ao interagir com diferentes concepções e práticas de saúde, e como o conhecimento é negociado em contextos de diversidade cultural. Com base na descrição de diferentes cenários etnográficos, perguntamos aqui quais são os pontos de desacordo identificados pelos mapuche em contextos de coexistência entre a medicina mapuche e a biomedicina. Com isso, pretendemos gerar uma discussão em antropologia sobre o que estamos entendendo como "espaços abertos" ou interculturalidade.

Palavras-chave: *Diversidade cultural; Saúde indígena; Lutas indígenas; Interculturalidade; Povo mapuche*

Introducción

El 4 de octubre de 2022, efectivos de la Gendarmería Nacional desalojaron a la comunidad mapuche Lafken Winkul Mapu, ubicada en Villa Mascardi, a 35 kilómetros de la ciudad de San Carlos de Bariloche, en la provincia de Río Negro. Durante el violento y desmedido operativo, que comenzó alrededor de las 7:30 de la mañana, se llevaron detenidas a varias mujeres y niños de dicha comunidad. Esta acción fue emprendida por las fuerzas de seguridad del Comando Unificado. Tres de las siete mujeres quedaron recluidas en la sede de la Policía de Seguridad Aeroportuaria (PSA). Una de ellas tenía un bebé de apenas un mes de vida; la otra, un bebé de cuatro meses; y la tercera estaba cursando el séptimo mes de embarazo. Las cuatro restantes fueron trasladadas

a la sede del Cuerpo de la Policía Montada de la Policía Federal Argentina en Palermo (CABA), para luego ir al penal de mujeres de Ezeiza, en Buenos Aires.

En los días posteriores al desalojo, distintas instancias fueron ocurriendo. Desde mesas de diálogo, reuniones con autoridades de Parques Nacionales¹ hasta *txawün* (encuentros o parlamentos mapuche autónomos) y ceremonias para darles *newen* (fuerza) a las detenidas. Cada una de las acciones fue organizada por la militancia mapuche en pos de acompañar el proceso de la comunidad Lafken Winkul Mapu. Fue durante este proceso que se dieron articulaciones y desarticulaciones entre muy diversas trayectorias de lucha, comunidades y organizaciones. En trabajos previos (Pell Richards y Santisteban, 2023; Pell Richards, Santisteban y Tomás, 2024) hemos analizado cómo eventos espirituales (ceremonias de levantamiento) y políticos (desalojo de una comunidad) que resultan muy trascendentes, van produciendo ensamblajes de lucha que construyen nuevas formas de articulación política (Hall, 2005), más allá de las diversas trayectorias organizacionales o las distintas expresiones políticas ya existentes. Partiendo de estos ensamblajes, nos proponemos en este artículo reflexionar sobre algunas experiencias de “estar en lucha” que actualmente se encuentran en curso por la defensa de los territorios mapuche y *rewe küif* (espacios ceremoniales) frente a políticas estatales, procesos judiciales y concepciones hegemónicas sobre el conflicto en espacios públicos. El estar en lucha refiere a las experiencias que devienen en proyectos políticos y producción de conocimientos a través de los procesos de reconstrucción de memorias y de negociar un ser juntos para orientar las acciones y prácticas (Ramos, 2016). Al ser llevadas adelante por comunidades, familias, organizaciones e integrantes del Pueblo mapuche y mapuche-tehuelche de las provincias de Neuquén y Río Negro, implican la defensa tanto de sus territorios como de las personas que se involucran con él.

Nos interesa en esta oportunidad poner foco en una de estas iniciativas. De forma particular, nos centraremos en analizar la conformación de la Red Comunitaria Territorial, compuesta por personas mapuche y no mapuche de San Martín y Junín de los Andes de la provincia de Neuquén. Esta se gestó luego del desalojo de la comunidad Lafken Winkul Mapu como una de las experiencias de redes de cuidado y sostenimiento de la vida. Abordaremos, entonces, el funcionamiento de esta red focalizando especialmente en los trabajos realizados, por un lado, por quienes conformaban en sus inicios la Comisión de Salud –una comisión para acompañar a las integrantes de la *lof* que habían sido detenidas por más de ocho meses en una causa que es excarcelable–. Por el otro, el Comité Pluricultural, creado en el hospital público de San Martín de los Andes para emprender intercambios entre medicinas y abordar asimetrías latentes.

Al presenciar muchas de las actividades realizadas por estas organizaciones, pudimos detenernos y atestiguar ciertas junturas y esfuerzos que suelen pasar más desapercibidos y que llamaremos aquí “conexiones opacas” y “desavenencias coexistentes”. Proponemos estas dos categorías conceptuales a partir de los aportes de Claudia Briones (2020) para pensar ciertas convivencias o contextos de coexistencia tanto desde la pluralidad y multiplicidad óptica como desde las opacidades de ciertos sentidos y bordes ontológicos y epistemológicos que permanecen desapercibidos (Briones, 2017). Desde este marco, señalamos como conexiones opacas a aquellas experiencias que en determinados picos de visibilidad de los conflictos mapuche suelen pasar como inadvertidos. Por otro lado, lo que se opaca detrás de ciertas concepciones como “apertura” o “interculturalidad” en contextos de salud institucional es lo que llamamos desavenencias coexistentes. Este término alude a la misma convivencia diaria, donde se expresan conflictos y tensiones como resultado de las diversas formas de entender y experimentar el mundo. Estas

¹ Las reuniones con este ente estatal se deben a que la comunidad se encuentra en territorio bajo jurisdicción de la Asociación de Parques Nacionales: Parque Nacional Nahuel Huapi.

diferencias, marcadas por relaciones de poder, nos invitan a cuestionar las polarizaciones simplistas entre grupos dominantes y dominados. Retomando a William Roseberry (2002), existen campos de fuerza en los que las relaciones entre personas no se explican solamente por la tensión entre lo hegemónico y lo subalterno, sino en cómo los grupos o incluso las ideas o conceptos pueden ir y venir en ese campo de fuerzas representando y resignificando diferentes cuestiones. En función de esto, proponemos pensar determinados espacios de coexistencia entre prácticas y conocimientos vinculados a la salud como un proceso político de dominación, que es continuamente disputado y atravesado por contextos de lucha, fricciones y desacuerdos.

Otra apuesta del presente artículo es generar una producción etnográfica interexistencial pues, como sugieren Claudia Briones y Ana Ramos (2023), este ejercicio permite exponer la opacidad de ciertos bordes ontológicos según los cuales la práctica del conversar puede, en su hacerse, involucrar diversos seres “vivientes” que habitan de modos diferentes en la tierra (2023, p. 457). En otras palabras, nos interesa exponer y reflexionar la opacidad de ciertas experiencias para garantizar dichas aperturas y dar cuenta de la borrosidad de los bordes epistémicos y ontológicos que habitan en determinadas convivencias. A partir del acompañamiento y seguimiento etnográfico de las trayectorias de la Red Comunitaria Territorial, la Comisión de Salud dentro de ella y el Comité Pluricultural, reflexionaremos acerca de la aparición de “espacios de apertura” institucionales para trabajar con la medicina mapuche, y la forma en que estos fueron producto de lo que entendemos como conexiones opacas. Acompañar en el marco de esta etnografía implica más que colaborar, puesto que no consiste simplemente en ayudar, sino en trabajar juntos en una tarea intelectual. Como detalla Mariela Rodríguez (2019), las interpretaciones de nuestros interlocutores son integradas en la escritura, y vuelven al trabajo de campo sosteniendo “compromisos mutuos constantes en cada etapa del proceso” (Rodríguez, 2019, p. 28). En este sentido, y deteniéndonos sobre el consentimiento con nuestros interlocutores, resulta importante explicar que volvemos sobre él luego de cada conversación o intercambio, cuando preguntamos explícitamente qué cosas se pueden escribir y cuáles no. A modo de ejemplo, para realizar este trabajo, compartimos los argumentos principales con les involucrades (mujeres mapuche, trabajadores de salud integrantes del comité y de la Red Territorial para tener su devolución y parecer). Los contextos donde ocurren estos intercambios van desde los más sutiles, ya sea transportando elementos que eran necesarios en el marco de la prisión domiciliaria posterior al desalojo hasta participando en la creación de redes entre diferentes ciudades entre trabajadores de salud y comisiones destinadas a abordar este tema. Asimismo, debemos referirnos también a los diferentes encuentros, *txawün* ‘parlamentos’ públicos que se realizaron como a los textos escritos por nosotras como respuesta a la demanda de nuestros interlocutores de llevar registro de las acciones públicas o comunicados. Finalmente, no podemos omitir las conversaciones informales que emergen como resultado del tiempo que llevamos compartiendo esta tarea intelectual, que abarca una preocupación genuina por comprender los procesos en les que son agentes las personas con quienes trabajamos. En pocas palabras, este tipo de participación es la que ha garantizado que pudiéramos tener un lugar privilegiado para dar cuenta de aquellas conexiones opacas que funcionan subterráneamente y generan diálogos, negociaciones y mejores convivencias.

En varias oportunidades hemos escuchado una frase que ha cobrado fuerza: “mapuchizaron la salud”. Este término, cargado de connotaciones, refleja una percepción social sobre el acercamiento de la biomedicina a las prácticas ancestrales mapuche. La biomedicina –también conocida como medicina occidental, alopática o como modelo médico hegemónico (Menéndez, 1994)– se basa en un enfoque positivista que surgió en el siglo XVIII. Considera la enfermedad como un proceso biológico independiente del contexto social y cultural. Este modelo enfatiza explicaciones científicas, prioriza la anatomía, la fisiología y la farmacología, y adopta enfoques mecanicistas

y reduccionistas que fragmentan el cuerpo, a diferencia de otras cosmovisiones que lo conciben de manera integral. Desde la antropología de la salud, la biomedicina se entiende como un conjunto de conocimientos y prácticas médicas basadas en la ciencia, y como un sistema cultural, histórico y político, influenciado por relaciones de poder, ideologías y estructuras económicas (Scheper-Hughes y Lock, 1987; Good, 1994; Farmer, 1999; Fassin, 2011). Además, dentro de los hospitales y clínicas, la biomedicina no es homogénea, pues en su práctica cotidiana existen heterogeneidades y asimetrías entre diferentes actores del sistema de salud, como médicos, enfermeros y agentes sanitarios (Bonet, 1999). Algunas dinámicas fueron importantes para el surgimiento de la biomedicina, como por ejemplo, el desarrollo del Estado nación para organizar, disciplinar y controlar la salud de las poblaciones (Foucault, 2004). En relación con esto, según Didier Fassin (2004), la salud no debe entenderse únicamente como la ausencia de enfermedad o el bienestar promovido por las instituciones sanitarias, sino como un concepto históricamente construido que es objeto de disputa entre distintos actores. Así, la salud no solo involucra biotecnologías (que actúan sobre los cuerpos) y biopolíticas (que regulan la vida), sino que también debe considerarse dentro de un marco más amplio de bio-lógicas, es decir, las lógicas sociales y políticas que definen qué aspectos de la vida deben ser tratados como problemas de salud (Fassin, 2004). Por otro lado, el antropólogo Eduardo Menéndez (2023) señala que la mayoría de los estudios sobre medicina tradicional han excluido el papel de la biomedicina en la vida de los pueblos indígenas de América Latina. Sin embargo, estos pueblos han integrado de manera creciente la biomedicina en sus prácticas de salud, incluso entre los curadores tradicionales (Ramírez Hita, 2009; Cardona Arias, 2012; Langdon y Garnelo, 2017; Menéndez, 2023). En Argentina, diversos estudios han examinado la intersección entre la biomedicina y la medicina indígena, explorando sus dinámicas (Hirsch y Lorenzetti, 2016). Para el caso mapuche algunas investigaciones destacan la importancia de la autonomía y agencia de las comunidades en la construcción de modelos de salud intercultural, en diálogo y tensión con el sistema hegemónico (Sabatella, 2011, 2021; Cuyul Soto, 2013; Estrella, 2017; Szulc, 2023).

Ahora bien, volviendo al caso de San Martín de los Andes, aunque se entiende como un avance positivo el hecho de que se articule la medicina mapuche y la biomedicina, esta relación es más compleja de lo que parece y es justamente en estas tensiones que nos abocaremos. En conversaciones con colegas y profesionales de la salud, hemos detectado una creencia generalizada de que Neuquén se destaca por una mayor “apertura” hacia el pueblo mapuche, especialmente en el ámbito estatal. Esta percepción suele asociarse al sistema de salud provincial, al que se describe como más receptivo a la interculturalidad. Que estas nociones provengan desde el sentido común no implica que sean erróneas o equivocadas, sino que nos proveen de pistas para comprender cómo están siendo recepcionadas por personas que se encuentran más distantes de estos procesos. A lo largo de los años, han sido muchas las experiencias que se fueron visibilizando: desde el esfuerzo de los trabajadores del Estado provincial para comprender concepciones de salud y enfermedad desde el conocimiento mapuche,² hasta el esfuerzo de dar cuenta de experiencias de desigualdad y discriminación en los procesos de atención en salud pública a personas mapuche (Santisteban, 2024a, b).

Aunque la idea de “apertura” puede ser un buen indicio de mejores convivencias, entendemos que también opera como un síntoma de encorsetamiento e invisibilización de prácticas de discriminación que aún continúan presentes. Poner oreja a estas experiencias y esfuerzos narrados por algunas de nuestras interlocutoras mapuche y no

² Podemos mencionar la Diplomatura en Medicina Intercultural de la Universidad Nacional del Comahue, una iniciativa de la Facultad de Ciencias Médicas y el Ministerio de Salud. El dictado comenzó el 3 de mayo de 2024 y la apertura se hizo con una ceremonia en el Lof Puel Pvjv (en Neuquén Capital). Estuvieron presentes la rectora, el gobernador de Neuquén y el ministro de Salud.

mapuche pertenecientes a la Comisión de Salud y el Comité Pluricultural nos alerta y recuerda lo necesario y urgente de complejizar la idea de apertura, sobre todo cuando se piensa como un posicionamiento que, al ya existir en ciertos contextos, no es necesario repensar y resignificar. Volver sobre estas y otras prácticas nos permitirá dar cuenta de las conexiones opacas previas y comprender las desavenencias coexistentes que emergen en espacios de convivencias entre grupos subalternizados y otros sectores sociales. Tanto en el ámbito de la salud como en otros espacios institucionales, las concepciones de apertura, aceptación e interculturalidad terminan por fijar ciertos contextos como positivos, negando las conflictividades y opacidades (Briones y Ramos, 2023).

A partir de este marco es que estructuramos este trabajo en las siguientes preguntas: ¿Qué opaca el concepto de “apertura” en determinados contextos de articulación entre comunidades mapuche e instituciones del Estado, tanto provincial como nacional? ¿Cuáles son las historias que se entranan como conexiones opacas y asimismo sostienen durante años espacios de apertura, rupturas y/o diálogos? ¿Qué se está identificando como desavenencias coexistentes en las convivencias entre concepciones diversas de salud en un espacio biomédico de San Martín de los Andes?

Empleamos una metodología etnográfica basada en el registro de campo de diversas situaciones, como las mencionadas arriba; estas son reuniones entre comisiones de la Red Territorial, conversaciones informales y discursos públicos. Analizaremos, en primer lugar, un caso específico: la atención brindada a una mujer mapuche detenida en el Hospital Zonal de San Carlos de Bariloche por una *lhawenhtuchefe* (especialista en plantas medicinales) y *puñeñelchefe* (parteras). Posteriormente, exploraremos la formación y funcionamiento de la Red Territorial y la Comisión de Salud, para destacar las relaciones históricas y las conexiones opacas que han permitido su desarrollo. Finalmente, nos centraremos en las tensiones y acuerdos que surgen entre diferentes grupos sociales al articular y desarticular prácticas y conocimientos, para proponer una reflexión antropológica sobre estas convivencias.

Denunciar y accionar: de la conformación de la Red Comunitaria Territorial al Comité de Salud Pluricultural

Cerca de cumplir dos días incomunicadas en el calabozo de la PSA, las mujeres mapuches detenidas en el marco del desalojo recibieron un mensaje que advertía el traslado de Romina –una de las detenidas, que para ese entonces llevaba un embarazo de poco más de siete meses– al Hospital Zonal de San Carlos de Bariloche. Flavia y Elvira (*kellufe*, ‘ayudante’, de Flavia), la *lhawenhtuchefe* y *püñeneltuchefe* de Romina, quien las acompañaba en este proceso de gestación, habían llegado a la ciudad unas horas antes y rápidamente tuvieron que prepararse para ir al hospital a acompañar y preparar todo para el recibimiento de Wenuray,³ la bebé de Romina, que nacería de forma prematura. El hecho de tener que atender y acompañar a Romina en el nacimiento de su hija en una institución de salud fue algo que angustió mucho a Flavia. Los últimos meses habían sido de mucho trabajo y dedicación para que el parto fuera en el territorio de la comunidad Lafken Winkul Mapu. No solo el contexto de urgencia generaba angustia, sino también el escenario –la habitación de un hospital– que era totalmente ajeno y distinto al espacio territorial. Allí, Flavia tuvo que lidiar tanto con las limitaciones de contacto e intimidad con su paciente, con el uso de *lhawenht* necesario para llevar a cabo una buena atención, como con negociaciones y diálogos con enfermeras y médicos de la institución. Así, por ejemplo, mientras pasaba las infusiones de botellas plásticas

³ A diferencia de los nombres de las implicadas que trascendieron al público, el nombre de la niña es ficticio para preservar su anonimato.

transparentes a termos que permitieran ocultar el contenido de la infusión para prevenir posibles prohibiciones por parte de trabajadores de salud, el contexto de represión fue poco a poco quedando en segundo plano.

Luego, ya en el hospital, se hizo pública la noticia sobre el traslado del resto de las mujeres detenidas: algunas irían a Buenos Aires, otras se quedarían en la PSA. Por su parte, Romina no iba a alumbrar esa noche; simplemente su llegada al hospital operaba como otro traslado más. Mientras tanto, la incomunicación persistía.

En este contexto, entonces, no fue fácil para Flavia hacer valer su rol como *puñeñelchefe* en la institución de salud, especialmente cuando Romina tenía prohibido tener contacto con cualquier persona. Fueron muchas las escenas y momentos en los que se vieron violentadas como mapuche. Recordamos una escena en la que, mientras Flavia y Elvira esperaban la confirmación para poder ingresar a la habitación, un efectivo del Cuerpo de Operaciones Especiales y Rescate (COER) se anunció muy jocosamente frente a la trabajadora de la mesa entrada señalando que venía “por la mapuche”. La trabajadora miró a Flavia y Elvira, quienes estaban al fondo del *hall* con su *takuluwün* (vestimenta mapuche) fastidiadas escuchando el intercambio. La trabajadora, escondida detrás del escritorio, tomó aire e indicó al efectivo dónde quedaba el área de maternidad. Casi después de una hora, Flavia pudo ingresar a la habitación de Romina. Antes de entrar, otro efectivo policial de la provincia le requisó la mochila, se burló de las plantas que tenía adentro de ella y la dejó pasar únicamente bajo la expresa condición de que no hablara. Flavia avisó que iba hacerle masajes con los ungüentos que había preparado y dejarle *lhawenh*, su medicina. Romina estaba totalmente incomunicada por su condición de detenida. En ese contexto, Flavia tenía totalmente prohibido responder preguntas o brindar información sobre sus otras *lamgen* (hermanas) –Celeste, Andrea, Betiana, Florencia y Débora– detenidas o sobre su hijita de ocho años, a quien había visto por última vez corriendo a refugiarse hacia el bosque a las siete de la mañana el día del desalojo.

Mientras que Flavia le pasaba sus ungüentos, debía esquivar los moretones que Romina tenía en las piernas: evidencias de golpes y patadas que habría recibido durante y después del desalojo. En la habitación, además, se encontraban dos mujeres policía, que no advirtieron las palabras en *mapuzugun* (lengua mapuche) que Flavia fue diciéndole a Romina para que pudiera encontrar certeza, aunque no calma, a las preguntas respecto a todo el operativo. Gracias a la audacia del uso de su lengua ancestral, Flavia pudo esbozar: “*wigka koylhafe...* [los wigka mienten]”. Al salir de la habitación para irse hasta la próxima visita, que sería al otro día, Flavia rompió en llanto toda la tensión que había contenido durante las últimas tres horas. En este contexto, las fuerzas de seguridad juegan un papel significativo en la configuración de un contexto de discriminación y vigilancia sobre las comunidades indígenas. Si bien el hecho de que la policía esté dentro del hospital es un caso excepcional, fue un agravante que impidió el derecho individual de obtener un parto respetado y de recibir a la *pichikeche* (niña) de acuerdo con los propios conocimientos mapuche (Szulc, 2023). Este contexto de vigilancia y represión incide directamente en la salud de las comunidades, no solo porque la represión y el hostigamiento generan estrés y trauma colectivo, sino porque se insertan en una historia más amplia de violencia que estructura las relaciones entre comunidades indígenas y el Estado.

Con el pasar de los días, Flavia logró la autorización del director del hospital para que pudiera visitar diariamente a su paciente. Esto se logró luego de varios intentos de diálogo, hasta que tanto el director como algunas de las obstetras del hospital entendieron la importancia del rol y la práctica de Flavia como *puñeñelchefe*. Esto también habilitó una mejor relación y trato por parte la trabajadora de la mesa de entradas, quien les comenzó a preparar agua caliente a las mujeres cada vez que las veía entrar.

En los primeros días posteriores al desalojo, los gastos en comida, ropa y elementos de higiene de Romina y lo necesario para preparar sus *lhawenh* fueron garantizados y sostenidos por la Red Comunitaria Territorial de Junín y San Martín de los Andes, que hasta ese momento estaba en incipiente formación. Cuando la cantidad de donantes se incrementó, también se compraron pañales para todos los bebés de las mujeres detenidas: la bebé por nacer, la recién nacida de un mes y un bebé de cuatro meses. Además de los avisos de las transferencias realizadas, la preocupación constante por quienes acompañaban directamente esta situación era más que frecuente. Poco a poco comenzaba a tomar forma el funcionamiento de la red. El 7 de octubre, a partir de una serie de reuniones entre las organizaciones, vecinxs mapuche y no mapuche de las ciudades neuquinas, la red sacó su primer pronunciamiento público. En él explicaban que el accionar violento de las fuerzas de seguridad provinciales y nacionales fue una de las tantas razones por las que las llevaron a juntarse y accionar:

La Red se conforma rápidamente como un conjunto de voluntades individuales y colectivas [...] insistimos en sostener este tema en la agenda pública, política y mediática en este territorio porque entendemos que no es solo una comunidad ni es solo nuestras hermanas presas sino que es una política de Estado y una práctica sistemática del Estado para con los pueblos preexistentes, las naciones preexistentes [...] Hicimos varias acciones que no tienen que ver solo con la visibilización sino también con el hacer. Porque entendemos que no solo hay que denunciar, sino también hay que accionar. Y cómo accionamos nosotras, nosotres desde nuestro hacer cotidiano, no solo desde la indignación sino desde la organización. (Maiten Cañicul Quilaleo, integrante de la Red Comunitaria Territorial, Neuquén, junio 2023)

Ese “hacer cotidiano” al que refiere Maitén –una de las integrantes mapuche de la red– implicó una serie de acciones, entre las que destacamos la coordinación y conformación de diversas comisiones, una de ellas, la Comisión de Salud. Este espacio colectivizado fue definido como fundamental, porque a través de sus integrantes mapuche, no mapuche y trabajadores de salud, contribuyó a iluminar la vulneración de derechos de las detenidas, entre ellas, la imposibilidad de acceso pleno a la salud. La comisión de salud viajó a Bariloche a visitar a las mujeres de la comunidad, les brindó atención médica desde una perspectiva que consideraba a la salud desde la mirada mapuche y denunció varias irregularidades a través de informes que fueron presentados en los espacios de Mesa de Diálogo. Estos espacios de diálogo fueron encuentros promovidos por autoridades mapuche y mapuche-tehuelche de Neuquén, Río Negro y Chubut con el Estado nacional. En definitiva, la Comisión de Salud evidenció las falencias del sistema de salud en Río Negro– donde cumplían la detención las integrantes del *lof* con sus hijes–, sino que también amplió la mirada del sistema de salud de este país.

En el entramado que fue hilando esta red, una de las voces que emergieron como claves y referentes fue la de Leticia Curruhuinca, *lhawentuchefe* y *llankan* (ayudante) de la *machi* Rosa Barbosa. Leticia es una referente para su pueblo, ya que, entre otras cosas, se encarga de atender a sus vecinos de San Martín y Junín de los Andes. Desde el lugar que le tocó asumir, además de integrar la comisión, Leticia conformó el grupo de autoridades mapuche que se autoconvocaron en las Mesas de Diálogo con funcionarios estatales, ministros y hasta el mismo presidente de la nación. Iris Romero, otra integrante de la misma comunidad, fue quien la acompañó en algunos viajes como parte de las autoridades y nos definió el accionar de Leticia enmarcado en este contexto de la siguiente forma:

Esta experiencia de salud mapuche viene a dar cuenta que el sistema de salud mapuche nunca se perdió... estuvo dormido, estuvieron dormidas mucho tiempo, actores, personas y roles sociales que vienen predeterminados en el *wallmapu* pero

que se han levantado, y se siguen levantando. Y gracias al accionar de todos, se sigue levantando y se va a seguir recuperando porque es necesario. (Iris Romero, Integrante de la Comisión Salud de la Red Comunitaria Territorial, Neuquén, junio de 2023)

En esta frase, Iris Romero señala que el sistema de salud mapuche nunca desapareció por completo sino que estuvo “dormido”, es decir, en un estado de secreto debido a diversos factores históricos, sociales y políticos. Según su visión, no se trata de una reconstrucción desde cero, sino de un proceso de reactivación de roles, saberes y prácticas ancestrales que, aunque habían quedado relegados, aún existen en el *wallmapu* (territorio mapuche). A su vez, Iris enfatiza que este resurgimiento no es espontáneo, sino el resultado del esfuerzo colectivo de múltiples actores, entre ellos, referentes como Leticia Curruhuinca, quienes han asumido un papel activo en la recuperación y fortalecimiento del sistema de salud mapuche. Además, destaca que este proceso no es estático, sino continuo: el sistema sigue fortaleciéndose y expandiéndose porque es necesario para las comunidades.

Pasaremos ahora a otro contexto de denuncias y visibilización de situaciones de reclamos a quienes conforman el sistema de salud público hospitalario. A ocho meses de la detención de las mujeres y niñas de la Lof Winkul Mapu, la Red Comunitaria Territorial organizó, en el marco de las movilizaciones por Ni Una Menos, un foro que contaba con la participación (virtual) de las aún detenidas con sus hijes y les representantes de la Red. El evento fue llamado “3J 2023 con presas políticas mapuche no hay ni una menos ni una menos” y se llevó a cabo en una escuela pública de San Martín de los Andes. Allí, las integrantes de la Comisión de Salud pudieron compartir el trabajo que realizaron durante los meses de prisión domiciliaria de las integrantes de la comunidad, así como también reflexionar e invitar a pensar acerca del Sistema de Salud en general, aunque centradas en una mirada local. Retomamos aquí lo que una médica e integrante de la Comisión compartía en un discurso público al respecto desde su lugar de enunciación como trabajadora de salud:

Uno de los ejes para esta mesa era la discriminación racial en las instituciones de salud. [...] Todo lo que podamos hablar acá tiene que ver con violencia institucional racial porque las instituciones de salud, no es el hospital, sino la salud pública como una institución en sí. [...] Lo que más nos preocupa; hay otras violencias más sutiles y tan crónicas que casi no las podemos ver. (Juana Suárez, médica generalista integrante de la Comisión Salud de la Red Comunitaria Territorial, Neuquén, junio de 2023)

La denuncia realizada por esta médica sobre la discriminación racial dentro del sistema de salud pública le permitió ilustrar el desinterés por parte de otrxs colegas frente al trato y convivencia con pacientes pertenecientes al pueblo mapuche. También, la médica reclamó públicamente, en aquel contexto del foro, que en otros espacios, como un congreso de medicina general, los equipos de salud en general no se hacían eco de lo acontecido con las mujeres y niñas de la comunidad desalojada. Médiques generalistas y autoridades sanitarias no expresaron preocupación al respecto ni tampoco ofrecieron acompañamiento. Llevando esta situación de desinterés a un plano local, la Comisión de Salud también envió invitaciones formales a Zona Sanitaria IV, a los hospitales (de Junín y San Martín de los Andes) y direcciones de distintas áreas de Salud Pública, pero nadie se hizo presente en el conversatorio. Al respecto, decía la médica generalista: “Para mí, esa es la mayor muestra de violencia racial en salud, y no hay mucho más que decir sobre eso”.

Pese a las tajantes declaraciones de las trabajadoras de salud, les integrantes de la comisión explicaban que, de todos modos, no era fácil reconocer en el quehacer diario experiencias que pudieran asociarse a las ideas más acostumbradas de discriminación

o maltratos. Incluso, esto no era una asociación tan lineal para les mismos pacientes en parajes o comunidades mapuche de la zona. Expresaban:

Ante la pregunta, la respuesta era no... 'la verdad que no, no nos tratan mal'. Pero si nos ponemos a discutir un poco más, por ejemplo: si alguien está internado en el hospital y recibiendo tratamiento con la *machi* me tienen que preguntar a mí si puede ingresar un *lhawenh*. Eso es violencia. ¿Por qué mi saber médico tiene más saber que la *machi* o el saber de esa persona y su decisión es menos importante que la mía? (Juana Suárez, médica generalista integrante de la Comisión Salud de la Red Comunitaria Territorial, Neuquén, junio de 2023)

Unas semanas después del evento, las declaraciones por parte de las médicas de la comisión llegaron a oídos de aquellos funcionarios o directivos que no habían asistido al conversatorio. Les mismos pidieron a los trabajadores de Salud que integraban la comisión explicaciones al respecto, porque consideraban que mantenían un espacio de apertura para dialogar con el pueblo mapuche y que desconocían las situaciones de discriminación a las que aludían. Asimismo, les exigieron no volver a pronunciarse de ese modo con respecto al funcionamiento del hospital en San Martín.

Frente al desconcierto que generó este accionar por parte de las autoridades de la institución, y habiendo culminado la prisión de las mujeres de Lafken Winkul Mapu, que recibieron la libertad condicional el 5 de junio del 2023,⁴ los trabajadores de Salud Pública que integraban la Comisión de Salud que funcionaba en la red propusieron crear un equipo de trabajo que bregue por una perspectiva de salud pluricultural. De este modo, lo que había nacido como comisión se transformó, se amplió y se sumó a la institución del hospital. Buscando sensibilizar y visibilizar respecto del sistema de salud mapuche, además sumaron a otros integrantes de las comunidades mapuche de la zona sur.⁵ Para el caso del comité de San Martín de los Andes, se cuenta entre ellos con la participación del *logko* filosófico y *lhawenhtuchefe* de la Comunidad Curruhuinca. Desde aquel entonces, la comisión comenzó a funcionar como Comité de Salud Pluricultural. Habiendo transitado la experiencia de acompañar a la comunidad Lafken Winkul Mapu, reconocían que tenían ciertas prácticas más afianzadas, como la elaboración de informes y denuncias. De este modo, reorientaron su trabajo a transformar la institución de salud pública en San Martín de los Andes de manera que garantizara el acceso pleno de esta como derecho a cualquier persona, para evitar, y en pos de contemplar, en este caso en particular, el sistema de salud mapuche. No obstante, aún queda por ver cómo se vivencian estas transformaciones y cómo conviven prácticas de la medicina mapuche en un espacio institucional y biomédico como el hospital. Para profundizar esto, en el apartado siguiente retomamos la discusión.

La interlocución con el Estado

En el año 2022, el hospital Ramón Carrillo de San Martín de los Andes inauguró su nuevo edificio. Con esta inauguración se consideró también la participación del Comité de Salud Pluricultural, conformado –como vimos en el apartado anterior– por integrantes de la Comisión de Salud de la Red Territorial y miembros de la comunidad

⁴ Dos días después de la realización del Foro por Ni Una Menos, el Tribunal Federal de General Roca notificó la libertad a Betiana Ayelén Colhuan, Romina Rosas y Luciana Jaramillo; mientras que Celeste Ardaiz Guenumil había sido liberada unos días antes.

⁵ El Comité de Salud Pluricultural posteriormente se desdobló, y se creó un comité en cada uno de los hospitales que integran la Zona Sanitaria IV. Es decir, se cuenta con un comité en Villa la Angostura, otro en San Martín y otro en Junín de los Andes en reconocimiento de las problemáticas locales que cada ciudad tiene pero conservando las reuniones regionales y compartiendo agendas y jornadas asiduamente.

Curruhuinca.⁶ Entre las personas que conforman este comité, se encuentran el *logko* filosófico Carlos Curruhuinca, la *lhawenhtuchefe* Leticia Curruhuinca, la *machi* Rosa Barbosa, la médica generalista Juana y otros profesionales de la salud no mapuche.

Quisiéramos reflexionar la forma en que la conformación del comité como acontecimiento y noticia pública en distintos medios hegemónicos volvió no visible las conexiones previas y desavenencias constitutivas de la creación de este espacio. Así se estableció en el sentido común de la localidad de San Martín que este comité surgió como parte de las políticas públicas interculturales en salud, puesto que el municipio de San Martín de los Andes es intercultural. No obstante, fueron las conexiones opacas y las tensiones preexistentes las que permitieron que emergiera este espacio. En este camino de conformación, por ejemplo, la denuncia vertida por las mismas trabajadoras de salud del hospital Ramón Carrillo acerca de situaciones de maltrato y discriminación hacia personas mapuche en la realización del foro provocó el malestar de las autoridades hospitalarias, que reconocían ser “un espacio abierto” a trabajar con distintas pertenencias indígenas. Fue este desacuerdo entre lo que viven las personas mapuche y lo que señalan las autoridades del hospital lo que progresivamente llevó a la conformación del Comité Pluricultural para tratar este tipo de tensiones.

Como parte de los espacios de articulación generados por este comité dentro del hospital, el lunes 4 de diciembre del 2023 se llevó a cabo el 1º Encuentro Pluricultural, el cual fue inaugurado por una ceremonia mapuche llevada adelante por la *machi* Rosa y sus ayudantes y miembros del *lof* Curruhuinca. Luego de esta ceremonia, se sembró un *foye*⁷ (canelo) en el patio de entrada al edificio de salud como símbolo que sella las convivencias y articulaciones entre la medicina mapuche y la biomedicina. Seguido a esto, se realizó un conversatorio en el que participaron agentes de salud mapuche y no mapuche, como el director del nosocomio y la ministra de Salud provincial. En este contexto, algunos de los profesionales de la salud biomédica manifestaron en un discurso público que este hospital sería el puntapié para trabajar de forma articulada entre la medicina mapuche y la medicina occidental. En este nuevo espacio, funcionarios y trabajadores del hospital y autoridades y referentes mapuche decidieron articular sus formas de conocimiento dentro de los espacios biomédicos. Allí, la *machi* Rosa señaló la importancia de que estos pilares de coexistencia estuvieran fundados en un trabajo en equipo en el que sean “todos iguales”:

Para eso yo siempre digo hay que tener el *logko* [cabeza] sano para que ese *logko* pueda ayudarnos a todos todos nosotros. Así es que *pu lamgen* [hermanas, hermanos], todo el equipo de salud aquí, quiero que trabajemos en equipo, que no veamos lo que es raza o color. Que aquí somos todos iguales para poder ayudarnos el uno al otro, todos necesitamos lo mismo porque aquí no venimos al hospital a que nos vean porque nos cambiamos de *look*. Venimos por alguna necesidad, porque ya no podemos en nuestra casa [...] tenemos que ayudarnos mucho el uno al otro, y los médicos también con la medicina *wigka* que tomamos porque también me alego eso... Todos los que aquí todos tomamos fármacos, porque cada uno, cada doctor tiene una medicina para levantarse, para acostarse, para reírse, para comportarse, para caminar, para no caminar o para dormir. Y eso es puro químico, y ¿qué tenemos que hacer? tomar agüitas de hierba, para que ese químico se vaya, se caiga. Porque así estamos como una bodega de un farmacéutico y para eso tenemos que unirnos junto con los médicos con los que trabajan lo occidental para hacer todo esto intercultural. (*machi* Rosa Barbosa, diciembre 2023, San Martín de Los Andes)

⁶ Comunidad en la que desde hace años funciona un grupo de trabajo de salud mapuche llamado Pu Llankan, que en mapuzugun significa quienes asisten a la/el *machi*.

⁷ Árbol medicinal mapuche.

Las palabras de la *machi* Rosa evidencian el sentido de articulación entre ambas medicinas como un camino de convivencias entre prácticas que negocian el uso de fármacos junto con “agüitas de hierbas”. Por su parte, el *logko* filósofo interpeló a los directivos del hospital y funcionarios de salud para que dieran cuenta de que todavía existen ciertas discusiones y asimetrías que no han sido abordadas:

nosotros no tenemos ningún sueldo, nadie, ninguna institución del Estado, ni ninguna ONG nos ayuda. Tenemos que sacar de nuestro bolsillo para recorrer esta parte de *wallmapu* [territorio mapuche], para ir a buscar *lhawenh*, para ir a buscar a la *machi* Rosita. Y eso nos debe enorgullecer. Nos debe de poner de pie siempre porque eso es lo que somos y lo que nos han dejado nuestros padres, la dignidad del territorio que ocupamos y de quienes somos en este espacio territorial. (*logko* filósofo Carlos Curruhinca, diciembre 2023, San Martín de Los Andes)

En el marco del escenario político intercultural de San Martín de los Andes (Pell Richards, 2019), hay dos aristas a señalar que pueden ayudarnos a comprender este proceso. Por un lado, que las personas mapuches son actores sociales inmersos en las relaciones estructurales que los definen y distribuyen en el espacio social de la ciudad (Grossberg, 1992; Ranciére, 1996). Así, por ejemplo, vemos cómo la creación del comité habilitó ciertos lugares y asignaciones para les mapuche dentro del hospital. Pero, por otro lado, también las personas mapuche son agentes que ocupan de modos no esperados aquellos lugares disponibles para ellos. Aquí destacamos la forma en que fue cobrando diversos sentidos el accionar del comité dentro del hospital. Tal como lo explica Julieta Quirós (2006), las formas novedosas de ocupar espacios institucionales pueden llevar a ciertos agentes a realizar, a través de sus prácticas, ciertas “funciones de Estado” no dispuestas en sus orígenes. Si bien entendemos que la habilitación del comité dentro del hospital limitó ciertos accionares y propias formas mapuche en torno a la salud, también vehiculiza quiebres y desobediencias que llevaron a transformar y resignificar ciertas prácticas y sentidos. Las autoridades mapuche describen su hacer en este nuevo espacio como de intervención y de escucha de sus reclamos, y como un trabajo colectivo que busca reflexionar sobre sus experiencias pasadas, lo que permite restaurar y poner en valor aquellas trayectorias que, por muchos años, se vieron desautorizadas por los estereotipos y estigmas contra el pueblo mapuche en la región. Asimismo, aunque les trabajadores de salud pública que integran el comité cuentan con una disposición que reconoce su creación, su dedicación no está contemplada dentro de su jornada laboral. Muchas reuniones suelen ocupar horarios de trabajo distinto de los institucionales al trabajar con las comunidades cercanas, y en algunos casos, como nos han comentado, han cedido días de vacaciones para sostener encuentros entre comités puesto que no les reconocían el viaje entre localidades para reunirse. Incluso les han negado espacio dentro de la institución para recibir a integrantes de la zona de Panguipulli (Chile), con quienes también vienen articulando.

Desde hace varios años que tanto la *lhawenhtuchefe* Leticia Curruhinca como el equipo de salud mapuche llamado *Pu Llankan* vienen recorriendo el camino de la salud mapuche en San Martín y sus alrededores. En su proceso de formación onocieron a la *machi* Rosa, con quien comparten sucesivas instancias de intercambios de conocimientos, ceremonias, búsquedas de *lhawenh*. Entre las acciones que destacan está el trabajo colectivo de defensa y demanda de reconocimiento por parte del Estado provincial de la medicina mapuche en los procesos de atención a la salud-enfermedad y cuidados. Es a raíz de estas vivencias que esta *lhawenhtuchefe* planteó los puntos en los que aún se evidencian ciertas desavenencias:

Como decía el *logko* ... No es fácil trasladar una *machi*, no es fácil trasladar a los *lamgen*. A veces tenemos que renunciar a nuestro trabajo, dejar de lado nuestro trabajo para asistir a gente mapuche y no mapuche. Como le he dicho a algunos

médicos, nosotros no trabajamos cuatro horas, ni ocho, trabajamos doce horas, 24 horas a veces. ¡Estamos durmiendo y si tengo que levantar a mi *logko* a las cuatro de la mañana para asistir a un paciente se hace! Lo mismo hicieron conmigo. Entonces agradezco al *llankan*. Y agradezco al director del hospital por abrimos las puertas. A la *machi* Rosa, *küme newen* de este territorio y que *fúta chaw* sea el único que dirija a cada poblador de la comunidad y a cada *pu lamgen* que vino de su territorio, a las *lamgen* que caminan desde sus territorios también. A las que están trabajando con los enfermos y que levanten ese ánimo. Está nuestro *lhawenh* alrededor de nuestra *ruka* [casa] y que ya compartimos ambas medicinas. Hoy lo hicimos de una forma que ustedes no lo saben, se compartió en el *gellipun* [rogativa], las dos medicinas. Entonces, me da mucha alegría aquí estar. Estuve la otra vez cuando vino el presidente de la nación y hoy me toca estar con la ministra de Salud, el director del hospital y la *machi*, y el *logko*, así que agradecida, y ojalá que podamos trabajar juntos. Que cuando venga el grupo *llankan*, e ingrese por este hospital a ayudar a la gente, cualquiera sea el horario podamos pasar libremente con el *newen* y con el *lhawenh*, *frentxen mañum lamgen*. (*Lhawenhhtuchefe* Leticia Curruhinca, diciembre de 2023, San Martín de Los Andes)

Las palabras de Leticia exponen el arduo trabajo que han emprendido quienes integran el comité, cuyas conexiones opacas no llegan a ser fácilmente reconocidas. Estas conexiones se entraman en sus propios marcos epistémicos y ontológicos puesto que instauran una multiplicidad de perspectivas y énfasis novedosos a los debates de interculturalidad en salud. Si bien existe una apuesta colectiva por estirar la idea de interculturalidad en el sentido en que esta opere como una herramienta para lograr mejorar las condiciones de igualdad en las relaciones sociales que esta presupone, es necesario no perder de vista la conciencia histórica de las personas mapuche que se cruzan transitando estos territorios. De ahí el foco de les participantes mapuche en orientar el trabajo intercultural para llegar a consensos y acentuar los diálogos que respeten la salud en todas las dimensiones que esta abarca.

En algunos de los relatos sobre los inicios de esta conformación, sus integrantes contaron que estratégicamente decidieron utilizar los lenguajes habilitados por las instituciones de salud y el ministerio de la provincia –como los conceptos de interculturalidad y plurinacionalidad– para lograr ser reconocidos legítimamente dentro del funcionamiento hospitalario. En este marco, las formas y lenguajes de protesta o resistencia tuvieron que adoptar las formas y lenguajes de dominación a fin de ser registradas o escuchadas (Roseberry, 2002). En este camino, el uso de estos vocabularios caracterizó a estos espacios como de “apertura” por parte de las instituciones estatales, pero también hizo audibles hechos y situaciones estigmatizantes y de discriminación que hasta el momento no habían sido escuchadas ni registradas como reclamos. En un sentido similar, cuando Virginia Manzano (2011) reflexiona sobre las trayectorias de los referentes barriales, destaca las formas heterogéneas en que estos manejaron en simultáneo los lenguajes de las políticas partidarias, de la administración estatal y de la lucha colectiva (Manzano, 2011, p. 28). De este modo, la autora nos muestra cómo las demandas del movimiento piquetero se reconfiguraron y recrearon en esos múltiples espacios circulados. Al partir de la idea que tanto el Estado nacional y provincial como los movimientos sociales deben ser entendidos en sus múltiples presencias y formas, tal como fue analizado previamente para el caso de la Mesa de Protocolo Intercultural del Concejo Deliberante de San Martín de los Andes (Pell Richards, 2019), aquí el comité reúne diferentes trayectorias, conjunciones heterogéneas de lenguajes y formas muy específicas de presencia (tanto estatal como mapuche). Esta articulación histórica específica es la que explica sus funciones de Estado. En otras palabras, este grupo, con sus integrantes mapuche y no mapuche, nos invita a pensar no solo la esfera de lo estatal en relación con la salud como constituida o por lo dominante o la dominación,

sino también, y al mismo tiempo, como un espacio atravesado por las trayectorias que desafían las presencias estatales.

Entendemos, por lo tanto, que el Comité de Salud Pluricultural se vuelve un espacio de coexistencia donde el interés por sostenerlo dentro del hospital se encadena con una historia provincial de alteridad (Briones, 1999). En este escenario, la militancia busca modificar las relaciones con el Estado provincial a través de una mayor participación en sus estructuras. Creemos que, aun cuando el comité devino en un ámbito donde algunas construcciones de aboriginalidad se volvieron predominantes, su accionar habilitó lugares de convivencias donde la biomedicina pudo articularse con la ancestralidad mapuche.

De este modo, las autoridades mapuche manifiestan públicamente su interés por sostener este comité dentro del hospital. En primer lugar, porque estar agrupados de este modo abre la posibilidad de habitarlo políticamente y de dejar de acceder a la salud estatal desde la práctica asimétrica de la espera. Por ejemplo, cuando las personas mapuche reclaman: “Que cuando venga el grupo *llankan*, e ingrese por este hospital a ayudar a la gente, cualquiera sea el horario podamos pasar libremente con el *newen* y con el *lhawenh*”. En segundo lugar, porque este comité y los encuentros que convocan se construyen como sinónimo de diálogo, y las autoridades mapuche que participan en estos tienen mucho que decir con respecto a cómo se conversa, se negocia y se consensúa. No olvidemos, que, durante casi un año entero, quienes conforman el comité también integraron las mesas de diálogo con las diferentes presencias estatales (nación y Río Negro), con las autoridades de otras provincias y dentro de la Red Comunitaria Territorial. Es esto a lo que nos referimos específicamente esto es lo que venimos refiriendo a lo largo de este artículo como conexiones opacas. Este concepto resulta crucial para dar cuenta de la complejidad de las relaciones sociales que analizamos y para arribar a conclusiones más precisas y significativas. No obstante, consideramos que es en estas conexiones opacas y coexistencias entre la medicina mapuche y la biomedicina donde surgen las desavenencias planteadas en el siguiente apartado.

Desavenencias coexistentes

Tanto las conexiones opacas como las desavenencias coexistentes son dos categorías que nos permiten describir mejor las conflictividades y articulaciones que tuvieron lugar en los espacios de convivencia entre la medicina mapuche y la biomedicina. Para reponer cómo entendemos esta categoría, nos remitimos a un debate histórico y estructurante acerca de las diferenciaciones y geopolíticas del conocimiento.

Como señala el filósofo colombiano Santiago Castro Gómez (2005), para entender determinadas formas de coexistencia –por ejemplo, entre prácticas médicas mapuche y occidentales–, es necesario comprender las formas en que históricamente se categorizaron distintas formas de conocimiento. Esto corresponde a una expropiación epistémica que condenó a que ciertos tipos de conocimientos fueran catalogados como “creencias” o “saberes del pasado” en relación con la ciencia moderna. El nexo geopolítico entre conocimiento y poder (Foucault, 1999) que ha creado el conocimiento científico o la ciencia moderna es el mismo que sostiene la hegemonía cultural, económica y política occidental sobre el resto de otras formas de ver el mundo (Williams, 1997). Ya lo mencionaba Marshall Sahlins en 1985: “el mundo no tiene la obligación de adaptarse a la lógica que emplean algunas personas para conocerlo” (Sahlins, 1985, p. 130). En este sentido, Edward Said (1990) sostiene que la colonialidad es un elemento constitutivo de la modernidad, ya que esta se representa a sí misma, desde un punto de vista ideológico, sobre la creencia de que la división geopolítica del mundo (centros y periferias) se funda en una división ontológica. De este modo, las muchas formas

de conocer y experimentar el mundo están ubicadas en una concepción de la historia que deslegitima su coexistencia espacial y las ordena de acuerdo con un esquema de evolución temporal (Chakrabarty, 2000; Castro Gómez, 2005). Las diversas formas de conocimiento desplegadas por la humanidad conducirían paulatinamente hacia una única forma legítima de conocer el mundo: la desplegada por la racionalidad científico-técnica de la modernidad (Gnecco, 1999; Latour, 2007). Los movimientos indígenas han impulsado históricamente la demanda de espacios más equitativos, donde convivan de manera menos desigual y opresora diferentes formas de conocimiento. Comprender cómo se articulan estos conocimientos implica reconocer que, aunque existen acuerdos y visiones compartidas, también coexisten desavenencias y asimetrías. En este sentido, nos interesa analizar cómo la hegemonía epistémica de la biomedicina afecta a las comunidades mapuche, al naturalizar su visión del mundo y subvalorar las prácticas de salud ancestrales con *machi*, *lhawenhtuchefe* o *puñeñelchefe*.

Diciembre de 2023 fue un mes de encuentros y desencuentros en el hospital. El primer Encuentro Pluricultural abrió las puertas a un nuevo paradigma a nivel local en la atención a la salud. Médicos, enfermerxs, agentes sanitarios, junto con las autoridades sanitarias y autoridades mapuche, se reunieron para reflexionar sobre cómo integrar los saberes ancestrales mapuche a la práctica clínica. Este hito fue un primer paso en un camino desafiante y largo para abordar la coexistencia en la atención de la salud desde lógicas mapuche y lógicas biomédicas. En este sentido decía la ministra de Salud provincial en un discurso público:

Nosotros vemos que hay una gran apertura, el *logko* me decía recién que era bueno aclarar que no va haber una medicina sobre la otra, y yo creo que hay un trabajo de muchos años. *Logko*, quédese tranquilo, que nadie acá tiene ese temor que justamente lo que está queriendo hacer es abrir una forma de pensar [...] y por supuesto que tenemos mucho que desaprender y muchas cosas que aprender, y seguir pensando eso [...]. (Andrea Peve, ministra de Salud provincial de Neuquén, San Martín de los Andes, 2024)

No obstante, a pesar de que se haya generado esta apertura desde el hospital, nuestros interlocutores aún encuentran diferentes tensiones ontológicas, epistémicas y de agencia que surgen cuando integrantes del pueblo mapuche ingresan a los espacios biomédicos. Es en estos itinerarios dentro de las instituciones hospitalarias que tanto pacientes como autoridades mapuche continúan vivenciando asimetrías, situaciones de desigualdad y discriminación por parte de funcionaries y profesionales de la salud que, por más que pertenezcan a un hospital con estas características, continúan deslegitimando otras formas de conocer el mundo. Si bien el nuevo hospital deviene un espacio de “apertura” y de posibilidades para legitimar marcos de interpretación y conocimientos sobre la medicina mapuche, ciertas pertenencias indígenas, concepciones mapuche sobre la salud y prácticas de la medicina mapuche son puestas bajo sospecha o silenciadas desde los marcos de un modelo médico hegemónico. En palabras de Leticia y Juana, la médica generalista, las posibilidades de diálogos respetuosos o articulaciones entre *lhawenh* y conocimientos biomédicos aún se ven limitadas en estos espacios definidos como pluriculturales, ya que se continúa poniendo en tensión las pertenencias indígenas, concepciones y prácticas de la medicina mapuche.

Nos preguntamos entonces por cómo se está pensando la apertura al diálogo cuando la pluriculturalidad no siempre es nombrada como un proyecto real o plausible de llevar a la práctica, sino como un horizonte de posibilidades que podría explorarse, o no, por ciertas organizaciones y comunidades mapuche. Si bien el hospital promulgó un cambio de estructura dentro de la institución y el sistema médico hegemónico, veremos qué sucede con el desarrollo de los valores y las estrategias delineadas hasta el momento. Todavía tenemos que revisar cómo se desarrollarán la llamada “apertura”

y los supuestos filosóficos dentro del hospital, más allá de los discursos realizados en el contexto de inauguración. Como sostiene Mario Blaser (2019), son las prácticas la clave a la que se debe atender para evaluar si estamos ante un conflicto ontológico, es decir, un conflicto en que diferentes formas de hacer mundos están interrumpiéndose e interfiriendo unas con otras, aun cuando aparentemente las partes del conflicto están hablando el mismo lenguaje y de las mismas cosas. Las formas de atención a la salud, la relación con los pacientes, el uso de fármacos, el uso de hierbas, pueden ser prácticas bien diferentes para una *machi* y para un médico generalista. Y acá no estamos hablando de perspectivas o discursos solamente, sino de prácticas concretas.

A modo de cierre

En este trabajo intentamos poner foco en la conformación de la Red Comunitaria Territorial compuesta por personas mapuche y no mapuche de San Martín y Junín de los Andes de la provincia de Neuquén durante el mes de octubre de 2022. Esta se articuló luego del desalojo de la comunidad Lafken Winkul Mapu. Necesariamente, tuvimos que remitirnos a los primeros días del desalojo para abordar el funcionamiento de esta red. Así, pudimos luego extendernos hacia los trabajos realizados por quienes conforman en sus inicios la Comisión de Salud y posteriormente el Comité Pluricultural conformado en el hospital público de San Martín de los Andes.

Propusimos las categorías conceptuales de “conexiones opacas” y “desavenencias coexistentes” como parte de nuestro esfuerzo por la comprensión de las convivencias que convergen en los espacios que fuimos reponiendo y sumando al escrito, desde las ayudas silenciosas, la organización y las acciones en red. Este marco nos permite describir, por un lado, lo que nosotras mencionamos como conexiones opacas: es decir, aquellas experiencias que en determinados picos de visibilidad tanto de conflictos mapuche como de espacios dialógicos entre el Estado provincial y nacional e integrantes del pueblo mapuche (ya sean comunidades u organizaciones) suelen pasar desapercibidas o, más bien, opacadas. Sin embargo, no es nuevo mencionar cómo ciertos lenguajes contrahegemónicos rápidamente son reabsorbidos por la hegemonía epistémica y cultural (Roseberry, 2002), tal como ocurre muchas veces con el concepto de interculturalidad y/o pluriculturalidad. Estas son algunas de las figuras institucionalizadas que funcionan como marcos legítimos. Por otro lado, lo que se opaca detrás de ciertas concepciones como “apertura” o interculturalidad en contextos de salud institucional, es lo que llamamos desavenencias coexistentes. Por ejemplo, cuando Iris Romero explica frente a les médiques que la salud mapuche tiene “una dimensión física y una dimensión espiritual”. Estos son algunos de los bordes ontológicos y epistemológicos que entran en tensión cuando se habla de salud, aun cuando coexisten en determinados espacios.

Para las personas mapuche, la salud no es solo la ausencia de enfermedad física, sino también un estado de equilibrio integral que abarca lo espiritual y colectivo. Este equilibrio se logra a través de una profunda conexión con las fuerzas (*genh*, *newen*) de los territorios, la comunidad y los ancestros. Iris Romero enfatiza que cuando se rompen estas conexiones, se generan desequilibrios que pueden manifestarse en enfermedades físicas y psicológicas. Síntomas o efectos, que el modelo biomédico occidental no puede detectar y comprender. Esto pone el foco en las consecuencias de un mal abordaje de la salud por parte de las políticas públicas o de aquellos que tienen el poder de tomar decisiones desde diferentes presencias estatales, incluido el ámbito jurídico.

Las recuperaciones de territorio responden a una historia de despojos, al crecimiento de la pobreza en las periferias de las ciudades y a condiciones de desigualdad estructural que no son contempladas ni en las leyes del Estado provincial ni nacional ni en las políticas de reconocimiento cultural. A partir del último desalojo del *lof* Lafken

Winkul Mapu, los esfuerzos fueron puestos en la comunicación de las secuelas de estos eventos, pero no simplemente explicados como traumas, sino desde los propios marcos de conocimiento mapuche.

El equilibrio que sustenta la salud está en riesgo cuando una comunidad sufre la amenaza de un desalojo, cuando a las personas mapuche de los centros urbanos les es negada la posibilidad de adscribir libremente a su identidad por fuera de las esencializaciones que han sido tipificadas –por ejemplo, solo se es mapuche si se vive en comunidad y habla en *mapuzugun*–, o cuando se criminalizan los proyectos de vida sin antes pensar vías para el diálogo. En pocas palabras, estas reivindicaciones territoriales son el resultado de alianzas políticas entre las personas mapuche y las fuerzas de los territorios (Ramos, 2019), y así debemos comprenderlas, más aún en proyectos declarados de antemano como “interculturales”.

Esto mismo es lo que sustenta los esfuerzos de las personas mapuche y no mapuche que integran el Comité de Salud Pluricultural por mantener el espacio, la convergencia entre las conexiones opacas y las desavenencias coexistentes (diferencias ontológicas y epistemológicas entre ambos sistemas de salud, pero también asimetrías estructurales como la falta de reconocimiento salarial a una *machi* o *lhawenhtuchefe*). Estas experiencias llevan años trabajando de forma subterránea para generar lugar al diálogo, negociaciones y mejores convivencias. En sus recorridos, las personas mapuche se encuentran con una desigual posibilidad para hacerse legítimamente visibles como sujetos políticos y de derechos, porque son pocos los intersticios autorizados desde los cuales fijar los sentidos propios de sus recorridos. Esta asimetría condiciona los lenguajes de contienda disponibles (Roseberry, 2002) para enfrentar disensos y consensos. A partir del análisis de algunas escenas y espacios colectivos que se configuraron desde el año 2022 presentadas en este escrito es que reafirmamos nuestra convicción de que el desafío es dejar de comprender a la lucha mapuche como un mero dato de la realidad y sí, como una construcción sociohistórica y una forma de vida desde la cual comprender el mundo y los problemas que nos aquejan como sociedad, al menos en la región patagónica donde vivimos.

Referencias bibliográficas

- » Blaser, M. (2019). Reflexiones sobre la ontología política de los conflictos medioambientales. *América Crítica*, 3(2), 63-79. doi: <http://dx.doi.org/10.13125/americanacritica/3991>.
- » Bonet, O. (1999). Saber e sentir: uma etnografia da aprendizagem da biomedicina. *Physis. Revista da Saúde Coletiva*, 9(1), 123-150.
- » Briones, C. (1999). *Weaving 'the Mapuche People': The Cultural Politics of Organizations with Indigenous Philosophy and Leadership* (tesis de doctorado). University of Texas, Austin.
- » Briones, C. (2017). Spirituality... we do not have such a thing: Patrimonialization processes as minefields. *Journal of Historical Archaeological & Anthropological Sciences*, 2(2), 22-29. doi: [10.15406/jhaas.2017.02.00045](https://doi.org/10.15406/jhaas.2017.02.00045)
- » Briones, C. (2020). *Conflictividades interculturales: Demandas indígenas como crisis fructíferas*. Bielefeld, Alemania: Bielefeld University Press,.
- » Briones, C. y Ramos, A. (2023). La interculturalidad es una palabra que no está hilando: Condiciones para la producción intersubjetiva, interepistémica e interexistencial de conocimientos. *AIBR Revista de Antropología Iberoamericana*, 18(3), 455-475. doi: [10.11156/aibr.180302](https://doi.org/10.11156/aibr.180302)
- » Cardona Arias, J. (2012). Sistema médico tradicional de comunidades indígenas Emberá-Chamí del Departamento de Caldas-Colombia. *Revista Salud Pública*, 14(4), 630-643.
- » Castro Gómez, S. G. (2005). *La hybris del punto cero: ciencia, raza e ilustración en la Nueva Granada (1750-1816)*. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana.
- » Chakrabarty, D. (2000) *Provincializing Europe. Postcolonial Thought and Historical Difference*. Nueva Jersey: Princeton University Press.
- » Cuyul Soto, A. (2013). La política de salud chilena y el pueblo Mapuche. Entre el multiculturalismo y la autonomía mapuche en salud. *Salud Problema*, 14, 21-33.
- » Estrella, P. (2017). *La Salud Pública en Territorio Mapuche. Relaciones interculturales, estrategias etnopolíticas y disputas en torno a las políticas de reconocimiento en la Comunidad Payla Menuko, San Martín de los Andes, Pcia. de Neuquén* (tesis de doctorado). Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina.
- » Farmer, K. C. (1999). Methods for measuring and monitoring medication regimen adherence in clinical trials and clinical practice. *Clinical Therapeutics*, 21(6), 1074-1090.
- » 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. doi: <https://doi.org/10.22380/2539472X.1226>
- » Fassin, D. (2011). *Humanitarian reason: a moral history of the present*. Berkeley: University of California Press.
- » Foucault, M. (Ed.) (1999). La incorporación del hospital en la tecnología moderna. En *Estética, ética y hermenéutica, Obras Esenciales. Volumen III* (pp. 97-111). Madrid: Paidós.
- » Foucault, M. (2004). *El nacimiento de la clínica: una arqueología de la mirada médica*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- » Gnecco, C. (1999). *Multivocalidad histórica. Hacia una cartografía poscolonial de la arqueología*. Bogotá: Universidad de Los Andes.
- » Good, B. J. (1994). *Medicine, rationality and experience: an anthropological perspective*. Cambridge: Cambridge University Press.

- » Grossberg, L. (1992). *We gotta get out of this place. Popular conservatism and postmodern culture*. Nueva York: Routledge.
- » Hall, S. (2005 [1986]). La importancia de Gramsci para el estudio de la raza y la etnicidad. *Revista Colombiana de Antropología*, 41, 219, 57.
- » Hirsch, S. y Lorenzetti, M. (2016). *Salud pública y pueblos indígenas en la Argentina: encuentros, tensiones e interculturalidad*. San Martín: Universidad Nacional de General San Martín.
- » Langdon, E. y Garnelo L. (2017). Articulación entre servicios de salud y 'medicina indígena': reflexiones antropológicas sobre política y realidad en Brasil. *Salud Colectiva*, 13, 457-470. doi: <http://dx.doi.org/10.18294/sc.2017.1117>
- » Latour, B. (2007). *Nunca fuimos modernos*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- » Manzano, V. (2011). El hacerse y (des)hacerse del movimiento. Sobre espacios etnográficos y espacios en movimiento en el Gran Buenos Aires. En M. Grimberg, M. Fernández Macedo y V. Manzano (Comps.). *Antropología de tramas políticas colectivas: Estudios en Argentina y Brasil* (pp. 307-339). Buenos Aires: Antropofagia.
- » Menéndez, E. (1994). La enfermedad y la curación ¿Qué es medicina tradicional? *Alteridades*, 4 (7), 71-83.
- » Menéndez, E. (2023). De omisiones especializadas: la biomedicina como parte intrínseca de la vida de los pueblos originarios. *Salud Colectiva*, 19 (e4539), 1-15. doi: <https://doi.org/10.18294/sc.2023.4539>
- » Pell Richards, M. (2019). *Las subjetividades políticas mapuche y la interculturalidad: lenguajes y contiendas en el contexto de San Martín de los Andes* (tesis de licenciatura). Universidad Nacional de Río Negro, San Carlos de Bariloche, Río Negro, Argentina.
- » Pell Richards, M. y Santisteban, K. (2023, agosto). Experiencias de desigualdad y lucha que atraviesan cuerpos e inter-existencias en el Pueblo mapuche. *XIV Reunião de Antropologia do Mercosul*, 01-04 de Agosto, Niterói (RJ). Universidad Federal Fluminense.
- » Pell Richards, M., Santisteban, K. y Tomás, M. (2024). Un Pueblo en movimiento constante: articulaciones político-afectivas a través del rewe. En G. Oviedo (Coord.). *Movilización política en Patagonia*, 143-159. Buenos Aires: TeseoPress.
- » Quirós, J. (2006). *Cruzando la Sarmiento. Una etnografía sobre piqueteros en la trama social del sur del Gran Buenos Aires*. Buenos Aires: Antropofagia.
- » Ramírez Hita, S. (2009). Políticas de salud basadas en el concepto de interculturalidad: los centros de salud intercultural en el altiplano boliviano. *Avá. Revista de Antropología*, 14, 1-27.
- » Ramos, A. (2016). La memoria como objeto de reflexión: recortando una definición en movimiento. En A. Ramos, C. Crespo y A. Tozzini (Eds.). *Memorias en lucha. Recuerdos y silencios en contextos de subordinación y alteridad* (pp. 51-69). Río Negro: Universidad Nacional de Río Negro [Aperturas]. doi: <https://doi.org/10.4000/books.eunrn.208>
- » Ramos, A. (2019). Las Mesas de Diálogo en perspectiva cosmopolítica. Experiencias mapuche del conflicto. En C. Hammerschmidt (Ed.). *Patagonia Literaria V. Representaciones de la Identidad Cultural Mapuche, Jena (Alemania)* (pp. 457-484). Potsdam/Londres: Inolas; Ediciones Carminalucis.
- » Rancière, J. (1996). *El desacuerdo. Política y filosofía*. Ciudad de Buenos Aires: Nueva Visión.
- » Rodríguez, M. (2019). Etnografía Adjetivada ¿Antídoto contra la subalternización? En L. Katzer y H. Chiavazza (Eds.), *Perspectivas etnográficas contemporáneas en Argentina* (pp. 274-332). Mendoza: Instituto de Arqueología y Etnología de la Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad Nacional de Cuyo.

- » Roseberry, W. (2002). Hegemonía y el lenguaje de contienda. En Taller Interactivo Prácticas y Representaciones de la Nación, Estado y Ciudadanía en Perú. Lima: IEP.
- » Sabatella, M. E. (2011). *Procesos de subjetivación política: reflexiones a partir de un proyecto de medicina mapuche en Los Toldos*. Bariloche: IIDYPCA.
- » Sabatella, M. E. (2021). La salud de los pueblos indígenas entre el hacer vivir y el dejar vivir: Reflexiones desde la pandemia de COVID-19. *Cuadernos filosóficos*, 18, 1-26.
- » Sahllins, M. (1985). *Islands of History*. Chicago: The University of Chicago Press.
- » Said, E. (1990). *Orientalismo*. Madrid: Libertarias.
- » Santisteban, K. (2024a). *Los hilos del lawen. Anudamientos entre memorias, luchas políticas y medicina mapuche*. Buenos Aires: Teseo. doi: <https://www.doi.org/10.55778/ts877233933/>
- » Santisteban, K. (2024b). “¿Cuáles son los espacios que se deben abrir?”: Escenarios de comunicación entre pacientes mapuche y áreas biomédicas en la Patagonia norte. *Antípoda. Revista de Antropología y Arqueología*, 54, 61-86. doi: <http://dx.doi.org/10.7440/antipoda54.2024.03>
- » Scheper-Hughes, N. y Lock, M. M. (1987). The mindful body: A prolegomenon to future work in medical anthropology. *Medical Anthropology Quarterly*, 1(1), 6-41.
- » Szulc, A. (2023). Restituyendo formas mapuche de parir y nacer en territorio recuperado. *Etnografías Contemporáneas*, 9(16), 184-209.
- » Williams, R. (1997). *Marxismo y literatura*. Barcelona: Península.

Financiamiento

Beca doctoral en el Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET).

Agradecimientos

Al Instituto en Investigaciones y Diversidad Cultural y Procesos de Cambio (IIDyPCa), a la Universidad Nacional de Río Negro (UNRN), al Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET). A la Dra. Valentina Stella, por su lectura atenta y los comentarios que derivaron de esta y mejoraron nuestro escrito.

Biografía

Malena Pell Richards. Licenciada en Ciencias Antropológicas con orientación sociocultural y Especialista en Peritajes Antropológicos por la Universidad Nacional de Río Negro. Becaria Interna Doctoral del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas y estudiante del doctorado en Antropología de la Universidad de Buenos Aires. Integrante del Grupo de Estudio sobre Memorias Alterizadas y Subordinadas (GEMAS).

Kaia Santisteban. Licenciada en Ciencias Antropológicas con orientación sociocultural y Especialista en Peritajes Antropológicos por la Universidad Nacional de Río Negro. Becaria Interna Doctoral del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas y estudiante del doctorado en Antropología de la Universidad de Buenos Aires. Integrante del Grupo de Estudio sobre Memorias Alterizadas y Subordinadas (GEMAS)