

# “¿Cuáles son los espacios que se deben abrir?”: Escenarios de comunicación entre pacientes mapuche y áreas biomédicas en la Patagonia norte\*

Kaia Santisteban

Universidad Nacional de Río Negro, Argentina

<https://doi.org/10.7440/antipoda54.2024.03>

**Cómo citar este artículo:** Santisteban, Kaia. 2024. “¿Cuáles son los espacios que se deben abrir?”: Escenarios de comunicación entre pacientes mapuche y áreas biomédicas en la Patagonia norte”. *Antipoda. Revista de Antropología y Arqueología* 54: 61-86. <https://doi.org/10.7440/antipoda54.2024.03>

Recibido: 31 de julio de 2023; aceptado: 23 de octubre de 2023; modificado: 11 de noviembre de 2023.

**Resumen:** el siguiente trabajo analiza las tensiones que emergen cuando personas del pueblo mapuche tehuelche, ubicado en la Patagonia norte de Argentina, circulan por espacios biomédicos en los que se ponen en juego pertenencias indígenas, concepciones, conocimientos y prácticas de la medicina mapuche y la biomedicina. En estos itinerarios se evidencian situaciones de desigualdad, racismo, discriminación y tensiones epistemológicas y ontológicas cuando la medicina mapuche es puesta bajo sospecha o silenciada desde la biomedicina. Desde hace años, organizaciones, comunidades e integrantes mapuche tehuelche vienen llevando a cabo acciones colectivas para defender y exigir al Estado el reconocimiento del *lawen* (medicina mapuche) en los procesos de atención a la salud-enfermedad y cuidados. Para este trabajo me centro en algunas experiencias ocurridas durante 2022 en la localidad de San Carlos de Bariloche (Río Negro, Argentina), en las que observé ciertas tensiones recurrentes entre quienes transitan itinerarios abigarrados en la medicina mapuche y en espacios como hospitales o centros de atención primaria de la salud. Este artículo es parte de una investigación antropológica

\* El artículo se realizó en el marco de un proyecto de investigación en curso llamado “Conexiones y desconexiones entre los saberes y prácticas de la biomedicina y la medicina mapuche: la activación política de la relacionalidad”, dirigido por la Dra. Ana Margarita Ramos. Este proyecto es parte de una Beca de Doctorado en Antropología Social realizado en la Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Buenos Aires. La beca fue financiada por el Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (Conicet) desde 2020 hasta 2025.

La investigación en curso y el artículo cumplen con las normas éticas y el consentimiento debido. Si bien no contamos con Comité de Ética, sí utilizo la consulta libre, previa e informada en instancias de revisión, tanto con integrantes de colectivos indígenas como con las médicas generalistas.

más amplia, en la que utilizo una metodología cualitativa con un enfoque etnográfico y narrativo basado en entrevistas en profundidad, observaciones participantes y conversaciones informales, realizadas a algunos militantes y mujeres de comunidades mapuche y profesionales de la salud que se reconocen como pertenecientes a la red de relaciones en salud. Al centrarme en estos relatos y experiencias, este trabajo concluye que aun el *lawen* no ha podido ser escuchado en determinados espacios biomédicos desde los encuadres que propone. La apuesta es continuar reflexionando sobre los desafíos a futuro para coproducir conocimientos y espacios de salud con reflexión crítica, que pongan en valor los reclamos del pueblo mapuche tehuelche.

**Palabras clave:** biomedicina, interculturalidad, medicina mapuche, memorias, pueblo mapuche tehuelche, salud.

### “Which Spaces Should Be Opened?” Communication Scenarios between Mapuche Patients and Biomedical Areas in Northern Patagonia

**Abstract:** This work analyzes the tensions that arise when individuals from the Mapuche Tehuelche people, located in northern Patagonia, Argentina, navigate through biomedical spaces where indigenous belongings, concepts, knowledge, and practices of Mapuche medicine and biomedicine come into play. These itineraries unveil situations of inequality, racism, discrimination, and epistemological and ontological tensions when Mapuche medicine is questioned or silenced by biomedicine. For years, Mapuche Tehuelche organizations, communities, and members have been undertaking collective actions to defend and demand that the State recognize *lawen* (Mapuche medicine) in health-disease care processes. For this work, I focus on some experiences that occurred during 2022 in the town of San Carlos de Bariloche (Río Negro, Argentina), where I observed certain recurring tensions among those navigating diverse paths in Mapuche medicine and in spaces such as hospitals or primary health care centers. This article is part of a broader anthropological research in which I use a qualitative methodology with an ethnographic and narrative approach based on in-depth interviews, participant observations, and informal conversations conducted with activists, women from Mapuche communities, and health professionals who identify themselves as part of the network of relationships around health. Focusing on these stories and experiences, this study concludes that the *lawen* has not yet found a receptive audience in certain biomedical spaces based on the frameworks it proposes. The commitment is to continue reflecting on future challenges to co-produce knowledge and health spaces with critical reflection that values the demands of the Mapuche Tehuelche people.

**Keywords:** Biomedicine health, interculturality, Mapuche medicine, Mapuche Tehuelche people, memories.

## “Quais são os espaços que precisam ser abertos?": cenários de comunicação entre pacientes Mapuche e áreas biomédicas no norte da Patagônia

**Resumo:** neste artigo, são analisadas as tensões que emergem quando pessoas do povo Mapuche Tehuelche, localizado no norte da Patagônia Argentina, circulam por espaços biomédicos nos quais estão em jogo pertencimentos indígenas, concepções, conhecimentos e práticas da medicina Mapuche e da biomedicina. Esses itinerários revelam situações de desigualdade, racismo, discriminação e tensões epistemológicas e ontológicas quando a medicina Mapuche é colocada sob suspeita ou silenciada pela biomedicina. Há anos, organizações, comunidades e membros Mapuche Tehuelche vêm realizando ações coletivas para defender e exigir do Estado o reconhecimento do *lawen* (medicina Mapuche) nos processos de saúde, doença e cuidados. Para este artigo, concentro-me em algumas experiências ocorridas em 2022 na cidade de San Carlos de Bariloche (Rio Negro, Argentina), nas quais observei certas tensões recorrentes entre aqueles que percorrem itinerários variados na medicina Mapuche e em espaços como hospitais ou centros de atenção primária à saúde. Este artigo é parte de uma pesquisa antropológica mais ampla, na qual utilizo uma metodologia qualitativa com uma abordagem etnográfica e narrativa baseada em entrevistas em profundidade, observações participantes e conversas informais com alguns ativistas e mulheres das comunidades Mapuche, bem como profissionais de saúde que se reconhecem como pertencentes à rede de relações em saúde. Ao enfocar esses relatos e experiências, este artigo conclui que nem mesmo o *lawen* foi ouvido em determinados espaços biomédicos a partir das estruturas que propõe. O desafio é continuar refletindo sobre os desafios futuros, a fim de coproduzir conhecimentos e espaços de saúde com uma reflexão crítica que valorize as reivindicações do povo Mapuche Tehuelche.

**Palavras-chave:** biomedicina, interculturalidade, medicina Mapuche, memórias, povo Mapuche Tehuelche, saúde.

**E**l siguiente trabajo analiza las tensiones que emergen cuando personas del pueblo mapuche tehuelche circulan por espacios biomédicos en los que se ponen en juego pertenencias indígenas, concepciones, conocimientos y prácticas de la medicina mapuche y la biomedicina<sup>1</sup> en la Patagonia norte (Argentina). Parto del enfoque etnográfico para analizar

1 En este trabajo utilizo el concepto de *biomedicina* para referir al modelo médico hegemónico, que suele imponerse sobre otros modelos explicativos de los procesos de salud-enfermedad (Menéndez 2003).

estas tensiones ontológicas y epistémicas entre quienes, desde mundos parcialmente conectados (Strathern 2004), producen tramas relacionales entre itinerarios terapéuticos diversos. Esto implica comprender que existen redes en las cuales políticas culturales y culturas políticas, conocimientos y prácticas que coexisten, demuestran ciertos conflictos. Estas tensiones han sido trabajadas por Claudia Briones (2020) como “conflictividades interculturales”, entendidas como crisis fructíferas que emergen en determinados contextos de convivencias y coexistencias, y que pueden servir para advertir y desestabilizar aquellos pilotos automáticos que no permiten producir otro tipo de comprensiones.

En este punto considero que la propuesta de la autora acerca de reconocer fricciones ontológicas-epistemológicas en determinadas situaciones es enriquecedora para los análisis y diagnósticos que se puedan hacer desde la antropología, en especial para no caer en determinismos o totalizaciones parciales y, así, reflexionar sobre las formas en que convivimos con tensiones que no son solo ideológicas, sino también epistémicas y ontológicas (Briones 2020). En este sentido, Arturo Escobar (2014) propone hablar de la activación política de la relacionalidad para dar cuenta tanto de los lenguajes políticos indígenas que, en los últimos años, fueron emergiendo en espacios públicos, como de una perspectiva sobre la historia, la política y el territorio.

64 ■ Pude comprender, a través del acompañamiento de varias experiencias de desigualdad y de intercambios con quienes agencian y defienden el *lawen* —palabra en *mapuzugun* (lengua mapuche)—, que esta es una medicina viva, que se encuentra en constante movimiento y que implica una fuerte relacionalidad con los territorios, las naturalezas, las fuerzas (*pu newen*, *pu ngen*) y los ancestros (*pu longko*). Entiendo la medicina mapuche como un sistema de conocimientos especializado, tanto en la salud física como espiritual, con referencia a los cuidados integrales, lo que implica una vinculación con los territorios y también con los procesos de memoria del pueblo mapuche tehuelche. Por esto, es una medicina relacional y colectiva.

La salud es entendida como el equilibrio entre las fuerzas espirituales del territorio y los individuos, las familias y las comunidades. La enfermedad, en esta concepción, es una alteración de dicho equilibrio. Cada espacio territorial tiene sus *ngen* y sus *newen*, que se vuelven agentes en la medicina mapuche. Estos se vinculan en las vidas cotidianas de las personas —en ocasiones de formas colectivas y otras de forma privada en los distintos hogares— mediante *nglliatun* (ceremonias), intercambios en *mapuzungun*, al sacar un *tayil* (cantos), tener *perimontun* (visiones) o *pewma* (sueños), entre otras maneras. Estas son las acciones con las que personas mapuche realizan intercambios de reciprocidad con las fuerzas del entorno (*newen*, *ngen*). Al comprender esto entendí que el pueblo mapuche tehuelche sostiene su medicina a través de sus territorios y que, a su vez, defiende el territorio resguardando su medicina.

Distintas comunidades mapuche tehuelche producen —desde “ontologías relacionales” (Blaser 2009)— sus territorios como espacios y tiempos vitales de

interrelación con la organización de sus vidas y mundos. Esta concepción no solo discute con las lógicas de la biomedicina, sino que subraya el poder performativo de pensar el mundo desde otras lógicas de relacionamiento (Carsten 2007; Ramos 2016; Stella 2020). Esto trae a colación el debate en antropología acerca de la tensión entre naturalezas-culturas en el animismo, totemismo y las formas de clasificación entre seres humanos y no humanos (Lévi-Strauss 1997), tema de debate de varios autores. A diferencia de la constitución moderna de Occidente (Latour 2007), no en todas las sociedades existe una división entre naturaleza y cultura, o la creencia de que existe un único mundo con una sola naturaleza y muchas culturas. Por el contrario, hay ontologías o visiones de mundos que están interrelacionados y mantienen diferencias en espacios y figuraciones de agencias diversas.

Retomo las lecturas de Viveiros de Castro (2004), sobre el perspectivismo amerindio, para explicar que “lo que unos llaman naturaleza bien puede ser la cultura de los otros” (44). Para el autor las diferencias son de mundos, no sólo de pensamientos. Para pensar la relación de los seres humanos con los seres naturales u otros seres no humanos, Philippe Descola (2011) plantea que los sistemas anímicos no utilizan las plantas, los animales u otros seres no humanos para pensar el orden social, sino que sirven como categorías elementales de la práctica social. Parto de la idea de que nuestras experiencias de mundo se producen en conexiones y desconexiones parciales con las de otros con los que convivimos, ya sean humanos o no humanos (Strathern 2004; Stengers 2005).

En este marco de discusiones, Tim Ingold (2011) sostiene que el mundo podría pensarse como una *meshwork* (malla) o una interconexión que emerge del juego entre fuerzas que son conducidas a lo largo de las líneas de la vida. Pero el hecho de amarrar o desamarrar ciertos nudos de esta malla puede ser político. Estas continuidades y discontinuidades entre líneas son resultado de trayectorias heterogéneas, conocimientos diversos, otologías políticas y conflictos ontológicos de los mundos habitados y en los que son instalados los sujetos (Blaser 2013; De la Cadena 2009; Escobar 2014). Estos autores reflexionan sobre las formas no modernas de hacer y entender la política. A partir de ellos sostengo que la medicina mapuche se plantea en sí misma como un conjunto de reflexiones ontológicas y epistémicas con poder performativo sobre la vida cotidiana de las/os mapuche, y con potencial político para impugnar ciertas ideas hegemónicas como las de salud, enfermedad, territorio (De la Cadena, Risør y Feldman 2018). Esto es sugerente para comprender al *lawen* no como una creencia o meras supersticiones (Saldi, Mafferra y Barrientos 2019).

El reclamo por un pluralismo ontológico en el ámbito de la salud intercultural implicaría, entonces, una forma de conocer que se tome en serio el derecho a la autodeterminación de los grupos indígenas, incluyendo la autodeterminación ontológica del mundo de las personas (Viveiros 2004). En distintas áreas de la Patagonia las comunidades se están reorganizando a partir de prácticas autonómicas locales y regionales que se caracterizan por la activación de relaciones sociales y formas de organización por la defensa de los territorios. Es decir, por lógicas u ontologías

relacionales en las que los mundos físico, humano y no humano no se consideran por separado, sino en sus interexistencias.

Intentaré problematizar respecto a las tensiones ontológicas y epistémicas que surgen cuando los integrantes del pueblo mapuche tehuelche circulan por distintos espacios biomédicos. Para esto, en el primer apartado pongo de relieve una escena en la que una paciente mapuche se acerca a un Centro de Atención Primaria de la Salud (CAPS) de la ciudad de Bariloche (Río Negro, Argentina)<sup>2</sup> para realizar una consulta médica. En efecto, me interesa evidenciar dónde están viviendo las personas mapuche la hegemonía epistémica de la biomedicina que naturaliza su visión de mundo sobre otras ontologías y prácticas de salud con *machi*, *lawuentuchefe* o *puñeñelchefe* (especialistas de la medicina mapuche y de las propiedades del *lawen* para su uso curativo). En el segundo apartado pondré en contexto el desalojo de la Lof Winkul Mapu ocurrido en el lago Mascardi (Río Negro) para dar cuenta de otras situaciones de asimetrías y desigualdades cuando las mujeres de esta comunidad llegaron al hospital público de la ciudad de Bariloche. En el tercer eje retomo la mirada del *longko* de una comunidad de Chubut, así como algunos extractos de entrevistas realizadas a una médica generalista que ha demostrado predisposición para trabajar de manera conjunta con pacientes mapuche, con el fin de comprender por qué caminos se está pensando la apertura al diálogo como un ensayo de posible interculturalidad en salud. La interculturalidad no siempre es nombrada como un proyecto real o plausible de llevar a la práctica, sino como un horizonte de posibilidad que podría explorarse, o no, por ciertas organizaciones y comunidades. Finalmente, en las conclusiones propongo el concepto de coexistencias autonómicas para abarcar las experiencias y narrativas que están sucediendo en la Patagonia. Al leer algunas de las principales discusiones y aportes teóricos que han trabajado las limitaciones y los alcances de la interculturalidad en salud entre las medicinas indígenas y la biomedicina traigo las siguientes preguntas: ¿qué implica para las/os sujetos involucrados “no ser entendidos” en determinados escenarios biomédicos? ¿Qué posibilidades existen para la escucha, el respeto y la coexistencia entre conocimientos diversos?

Para alcanzar este objetivo y las preguntas que se desprenden de él explicitaré parte de mi trayectoria trabajando con organizaciones y comunidades mapuche tehuelche, y algunas de las herramientas metodológicas para la producción de materiales originales. Desde 2012, siendo estudiante de antropología, comencé a participar en el Grupo de Estudio sobre Memorias Alterizadas y Subordinadas (Gemmas), con quienes venimos acompañando activamente los procesos de restauración de memorias en distintas comunidades de la Patagonia. En aquel entonces inicié mis primeros trabajos sobre los procesos de subjetivación política y de memorias en una comunidad mapuche tehuelche de Chubut. En 2017, como parte de mi tesis de licenciatura acompañé el proceso de reclamo y demandas de un movimiento político

2 Si bien las escenas de este trabajo transcurren en la localidad de San Carlos de Bariloche, algunas de las personas mapuche con las que conversé no son de esta ciudad y pertenecen a comunidades que están distribuidas en la región de la Patagonia norte, entre las provincias de Neuquén, Río Negro y Chubut.

mapuche que defendía el traspaso del *lawen* por las fronteras estatales (Santisteban 2019). En esa lucha, las organizaciones y comunidades disputaban, desde sus propias perspectivas, las concepciones impuestas sobre territorio, salud, medicina ancestral, derechos indígenas y ciudadanías. Al trabajar más profundamente con este movimiento, fui entablando vínculos, confianzas y reciprocidades con las/os referentes de este proceso de lucha, y con las familias y organizaciones que han emprendido distintos proyectos relacionados con la salud en la Patagonia.

De estos años trabajando con las/os distintas/os referentes del tema se desprenden las conversaciones, narrativas y descripciones compartidas en este artículo. Con esta etnografía itinerante (Marcus 2001) por los espacios en que circula el *lawen* y las discusiones sobre las conexiones o desconexiones con la biomedicina, el tema me fue llevando a trabajar con distintos actores. Entre estos, me acerqué a conocer y entrevistar a las profesionales de la salud, mencionadas en distintas instancias de campo como referentes dentro de los espacios biomédicos, por tener experiencias trabajando con pacientes mapuche. Este acercamiento no fue difícil, ya que algunas de ellas ya se habían comunicado previamente conmigo para pensar algunas actividades públicas sobre situaciones de discriminación. Estas médicas generalistas, residentes y trabajadoras sociales habilitaron los espacios del centro de salud para reunirnos a conversar y trabajar conjuntamente; allí me permitieron hacer los registros de campo. En todos estos recorridos he realizado entrevistas en profundidad y participado de diferentes conversaciones informales y colectivas con estas profesionales e integrantes del pueblo mapuche tehuelche. Los consentimientos con estas personas siempre fueron consultados previamente, explicitando la finalidad de la investigación y acordando mutuamente las agendas, los temas de discusión y los topes entre lo público y lo que aún está en proceso de reflexión.

### **La falta de una conversación: “nosotros tenemos otras formas de curarnos”**

El 17 de abril de 2021, una mujer mapuche con la que trabajé en mi tesis de licenciatura me preguntó si podía llevarla en auto a un turno médico en el CAPS más cercano a su comunidad. En la localidad de Bariloche, estos centros generan lazos y vínculos con las poblaciones que habitan en sus alrededores, a diferencia del Hospital Público Zonal Ramón Carrillo, que se encuentra ubicado en la zona céntrica y está más distanciado socialmente de las poblaciones barriales y rurales. Este CAPS se caracteriza por su alta asistencia de integrantes del pueblo mapuche tehuelche, sobre todo en los últimos años, en los que se han incorporado médicas/os generalistas con una mirada integral de la salud y con cierta apertura a incorporar en sus prácticas otras miradas de los procesos de atención y cuidados. Por esta razón, algunas personas mapuche reconocen en ellas/os mayor disposición y apertura a acompañarlas/os en sus prácticas y conocimientos vinculados al *lawen*. Sin embargo, no siempre las experiencias son evaluadas por las/os interlocutoras/es mapuche como

positivas. El temor a “no ser entendidos” en las consultas y asistencias con profesionales de la salud, ya sea un CAPS de confianza o la guardia del hospital público, siempre está presente.

Mientras viajábamos en auto al CAPS, conversábamos con esa mujer sobre sus experiencias en torno al intercambio de una consulta médica previa, cuando ella señaló el siguiente punto: la incomodidad de no ser comprendida y respetada por su pertenencia mapuche. En la sala de espera, cuando aguardaba junto a su hija para ser atendida, ella siguió contándome que sentía inquietud por las preguntas que le podían realizar las/os profesionales del CAPS. En su relato, ella reponía las posibles respuestas que consideraba tener que dar cuando le hicieran las preguntas protocolares del consultorio: cuándo había sido su última consulta con un/a especialista médico/a, si contaba con historial médico en alguna institución de salud estatal, o si tenía el carné de vacunación suyo y de su hija actualizados. Frente a este cuestionario, ella sentía incomodidad por tener que explicar las razones por las que ella y su familia no suelen asistir a la atención biomédica y alopática. Una vez en el consultorio para ser atendidas por la médica generalista de turno, la referencia con relación a su pertenencia mapuche fue escueta. Al evaluar que no estaban dadas las condiciones —para compartir sus prácticas y conocimientos relacionados con los cuidados y procesos de atención realizados con *lawen* y con las/os *machi*— esta mujer decidió finalmente no profundizar en la conversación, llamándose principalmente al silencio ante las preguntas médicas. Esto tuvo que ver en especial con recordar experiencias previas en las que había sido discriminada, negada o banalizada por tener otra cosmovisión en torno a la salud y los cuidados:

[...] es como eso que te decía de hablar chino básico. Imagínate, explicarles que estás yendo al médico porque el machi no pudo viajar a vernos. ¿Cómo explicas por qué no la llevaste antes al médico? La respuesta sería, porque estaba esperando que venga el machi. Pero para ellos no tiene lógica, no tiene coherencia, no me iban a entender [...]. Eso fue con el secretario, y a la médica no le explicamos nada tampoco, no contamos nada de eso. Si me hubiera preguntado el por qué tanto tiempo en ir al médico, y porque bueno, no pude conseguir turnos, que por otro lado es verdad. Siento que como es algo totalmente de nuestra cultura, de nuestra forma de tener el acceso a la salud, no voy a ser entendida. Es tan distinto a lo otro, que los médicos, y digo por ahora al menos, no tienen el conocimiento ni la experiencia. Si ellos conocieran que nosotros tenemos otras formas de curarnos, entonces ahí es más normal explicarles, decirles “sabes que no está viniendo el machi por la pandemia entonces tuve que venir al hospital” [...]. (Mujer mapuche, San Carlos de Bariloche 2021)

En primer lugar, entiendo que este tipo de acciones —el no dar explicaciones— tienen, tanto para ella como para otros miembros del pueblo mapuche tehuelche, sentidos que son políticos y afectivos. Es decir, un sentido orientado desde las experiencias previas que se relacionan estrechamente con situaciones de discriminación o de descalificación de sus conocimientos y prácticas. Este tipo de vivencias en

espacios biomédicos se enmarca en una historia más amplia de silenciamientos y negaciones hacia los pueblos indígenas, en general, y del pueblo mapuche tehuelche, en particular (Sabatella y Santisteban 2021). En segundo lugar, considero que las prácticas de la biomedicina construyen a las personas, los pacientes, los cuerpos, las enfermedades y la fisiología humana como objetos escindidos de sus contextos socioculturales (Das 2017).

En este sentido, y siguiendo a Byron Good (2003), formular la realidad desde una modalidad específicamente médica que comprende formas especializadas de ver, escribir y hablar aprendidas por las/os médicas/os en sus formaciones de base, implica el aprendizaje de conocimientos para hablar un único idioma: el de la biomedicina. Cuando esta mujer mapuche, que acompañé al CAPS, dice “es como hablar chino básico”, presupone una crítica profunda. En el fragmento citado, ella cuestiona la indiferencia de la práctica profesional formada desde la biomedicina, ante otros lenguajes, formas de ejercicio, conocimientos y realidades que conviven en ese campo de la salud. Plantea, entonces, la necesidad de una apertura hacia esos idiomas —refiriendo a los conocimientos y prácticas mapuche— que existen, se aplican y se desarrollan en el mismo espacio social. Desde esta postura crítica, mi interlocutora cuenta por qué optó por tomar distancia de aquellos regímenes de verdad fragmentarios y de las autoridades especializadas de la biomedicina, y por qué los reemplazó luego por procesos de atención con *lawen*:

Nosotros primero consultamos al machi. Y estamos como seguros que si necesitamos ir al médico el machi nos dirá. Pero el primer diagnóstico es un machi y los tratamientos y todo nos lo da el machi, nos da el *lawen*. Y es tan distinto ir al médico, que no conoce nada de vos, que vos tampoco sabes cómo es ese conocimiento. Es salir de una comunidad, que habla el mismo idioma, las mismas formas y de pronto te encontraste con otra gente que vos no podés contarle nada de lo tuyo porque no lo van a entender, y es adaptarte así, a ir al turno y listo. Todo muy superficial, entras y salís. En cambio, el *lawen* implica otras cosas, porque es un remedio ancestral, parte del pueblo mapuche tehuelche [...]. Por eso son tan distintas las dos medicinas. (Mujer mapuche, San Carlos de Bariloche, 2021)

Desde estas expresiones subjetivas emerge un planteo político acerca de las asimetrías que surgen cuando el conocimiento biomédico se antepone a los conocimientos mapuche sobre las formas de cuidado con *lawen*. La crítica que se realiza desde la perspectiva mapuche se centra en la ausencia de una formación médica para propiciar espacios con suficiente apertura para habilitar un diálogo de saberes. Las/os médicas/os que tienen una mirada integral sobre la salud comparten esa crítica y sostienen que esas ausencias se deben, entre otras razones, a la falta de recursos, de tiempo, de herramientas y estrategias (Bonet 1999). La meta común es, entonces, propiciar diálogos entre personas que estén dispuestas a revisar sus propias experiencias en el camino de construir prácticas de salud complejas, situadas y orientadas a transformar las asimetrías y desigualdades de poder que las atraviesan (Fassin 2004).

## Escuchar el reclamo: “tenemos nuestras propias formas de parir”

El 4 de octubre de 2022, fuerzas policiales del Ministerio de Seguridad de la Nación iniciaron un violento desalojo a la *Lof* (comunidad) Lafken Winkul Mapu, ubicada a 30 kilómetros de Bariloche, en la provincia de Río Negro (Argentina). Esta comunidad, que había iniciado un proceso de recuperación territorial y organización política desde 2017, estaba acompañando el levantamiento de una *machi*. Es decir, el proceso de formación político y espiritual de una joven de la comunidad, que llevaría adelante el ejercicio de la medicina mapuche. Para este proceso de levantamiento es necesario que la *machi* pueda vincularse a un territorio, estableciendo una conexión con las fuerzas que allí habitan a través de un *rewe* (espacio ceremonial). Este tipo de eventos no ocurrían desde hace muchos años —al menos públicamente— en lo que el pueblo mapuche tehuelche reconoce como *Puelmapu*, debido a la persecución y genocidio que comenzó en la Patagonia a fines del siglo XIX (Briones y Delrio 2007; Lazzari y Lenton 2002; Pérez 2019).

Esos años son recordados en las memorias mapuche como la época de las persecuciones, cuando también se evangelizó a la población y se prohibieron muy especialmente los roles comunitarios especializados en medicina mapuche. El hecho de levantar a “la primera *machi* de *Puelmapu*” (comunicado mapuche 2023) fue el motivo por el cual esta comunidad decidió recuperar un territorio ubicado en jurisdicción de la Administración de Parques Nacionales (APN) e iniciar así un proceso de lucha colectiva contra el Estado. Las razones de esa familia mapuche para elegir este lugar tampoco fueron arbitrarias o caprichosas, sino que se tomaron a partir de los *pewma* (sueños) y señales que tuvo la *machi*, quien pudo interpretar en ellos el mensaje de las/os ancestas/os. Desde aquel entonces, esta recuperación inició un litigio por el territorio, no solo con el Estado sino también con APN, con el sector empresarial y vecinos aledaños (Ramos 2022).

Cuando ocurrió el desalojo, las mujeres pertenecientes a esta comunidad fueron detenidas, junto con sus hijas/os, por las fuerzas de seguridad y fueron encarceladas en distintos establecimientos de la localidad<sup>3</sup>. Particularmente, una de las mujeres de la *lof* se encontraba en la última etapa del proceso de gestación. En un primer momento, había sido detenida por la policía aeroportuaria, pero cuando su embarazo comenzó a correr riesgo, la trasladaron a una sala del hospital público. Debido a su situación judicial, esta mujer fue internada en una habitación con custodia policial veinticuatro horas al día, sin autorización de visitas. La sala era muy pequeña y se encontraba en malas condiciones de infraestructura<sup>4</sup>. Ella y sus abogados solicitaron a la justicia y a las autoridades del hospital que, mientras se trataba el proceso judicial, dejaran ingresar a su *puñeñelchefe* (partera mapuche) para que la asistiera,

3 Acerca del contexto de desalojo de esta comunidad mapuche, véase “Desalojo de la comunidad...” (2022).

4 Según la conversación con algunas trabajadoras de la salud del hospital, las condiciones en las que se encuentra el edificio tienen que ver con la situación de crisis en la que se encuentra la salud en la provincia de Río Negro, debido a los bajos salarios y la poca inversión por parte del gobierno provincial, lo cual también se ha convertido en un motivo de lucha para quienes viven y trabajan en este ámbito.

pues era quien la venía acompañando en su proceso de gestación desde el inicio. Esta solicitud era algo nuevo para la dirección del hospital, ya que no existían otros casos en los que se permitiera el ingreso de personas externas a las salas de internación o de maternidades y, menos aún, con pacientes que estaban siendo judicializadas. Debido a que la situación del embarazo comenzó a complicarse, la partera mapuche decidió hacer un reclamo público en las redes digitales para expresar lo que estaba aconteciendo con su paciente:

Necesitamos con urgencia difundir esto, no están dejando parir a nuestra lagmen (hermana) que es una de las detenidas del desalojo de la Lof Lafken Winkul Mapu. En este momento la trajeron de urgencia al hospital y no me están dejando entrar como su acompañante, como su puñeñelchefe que vengo acompañándola de toda su gestación. Nos están vulnerando como mujeres, no nos están dejando nuestro derecho a parir [...] es injusto lo que están haciendo, es inhumano, nosotros como mapuche tenemos nuestra propia cosmovisión. Nuestra propia forma de parir. (“Están silenciando nuestra voz” 2022)

La posibilidad de intercambios, discusiones y/o cuestionamientos a las autoridades médicas del hospital, desde los marcos epistémicos y ontológicos de conocimiento mapuche se veían afectados por aquel contexto político y social, en el que varias integrantes de la *lof* se encontraban detenidas y procesadas en la justicia. En relación con la demanda que inicia la comunidad de permitir el ingreso de la *puñeñelchefe*, en medio de un contexto de despojo y represión, surgen las preguntas: ¿cuál es la posibilidad que tienen ciertos ciudadanos de incidir en las formas de atención dentro de espacios hospitalarios?, y ¿quiénes efectivamente pueden interpelar a las/os médicas/os, sin que después eso tenga repercusiones? (Sy 2018). Sin embargo, la partera mapuche insistió en ser escuchada, aun en esas condiciones de vulnerabilidad. Luego de varias solicitudes, el director del hospital logró que se otorgara un permiso especial, avalado por la jueza a cargo de la causa, para que la especialista mapuche pudiera entrar a la sala de internación, a acompañar y atender a su paciente. Además, se permitió que, en las afueras del hospital, se realizara una pequeña ceremonia mapuche para darle fuerzas a la mujer embarazada y para que la partera pudiera preparar *lawen* en la cocina de dicha institución. Este desenlace institucional fue algo novedoso en la localidad, debido a que la discusión sobre incorporar prácticas relacionadas con la medicina mapuche en el hospital suele depender de las decisiones personales de los profesionales de la salud. Al respecto, explicaba una residente en obstetricia que acompañó lo ocurrido con la mujer mapuche gestante:

La situación de esta joven mapuche era una situación delicada. Pero más que nada, el mayor roce, lo que más generó conflicto o como tensiones fue la presencia de la policía en la sala de maternidades y después en el cuarto de internaciones. Creo que eso fue lo que más se interpuso entre las chicas presas y el ambiente hospitalario. [...] Igual siempre va a depender mucho de quién esté de guardia. Las situaciones de discriminación siempre dependen mucho del profesional.

Por ejemplo, yo empaticé muchísimo y quería estar como muy cerca de esta paciente, pero me limitaba muchísimo la profesional con la que me tocaba salir a veces. Había parteras... que tenían otra mirada. Pero a mí me tocaba con otras que no, [...] no la dejaban salir de la pieza, y eso generaba mucha bronca porque la paciente no podía caminar. Y ellas en la comunidad están acostumbradas por lo que contaban a caminar mucho [...]. Era ridículo que no la dejen caminar por los pasillos, que suba y baje las escaleras. Eso fue lo que generó mucha tensión dentro de maternidad. [...] Al otro día la partera que entró de turno no la fue ni a ver, y tampoco me daba bolilla cuando le sugerí de pasar. Lo que se le jugó ahí fueron creencias propias, no pudo separar algún prejuicio de la atención a la salud. Ahí sí dependía mucho de quién te toque, porque a ella sí se le jugaban prejuicios. (Residente obstetra, San Carlos de Bariloche, abril de 2023)

La comunidad Lafken Winkul Mapu, desde hace años, viene tratando los procesos de salud-enfermedad-atención y cuidados con especialistas en salud mapuche. Esta iniciativa surge desde una organización autónoma que busca defender sus propias perspectivas frente a políticas de salud hegemónicas, normativas institucionales o conocimientos de la biomedicina. En este caso, el proyecto autónomo de medicina mapuche, así como las prácticas cotidianas de uso de plantas medicinales o atendimientos con *machi*, *lawuentuchefe* o *puñeñelchefe* podrían comprenderse como formas de “resistencias, empoderamientos o acciones concretas alternativas” (Menéndez 2018, 476) respecto de los procesos biomédicos. No obstante, existen situaciones como las que describimos en este trabajo, en las que, por tratarse de emergencias o enfermedades mencionadas por las/os integrantes mapuche como *wingka* (no mapuche)<sup>5</sup>, se termina acudiendo a la atención y modelos explicativos biomédicos. En varias ocasiones, las personas mapuche me explicaron que el *lawen* niega la posibilidad de atenderse también desde la biomedicina, pero sí exige una discusión profunda acerca de cómo atravesar esos espacios biomédicos siendo parte de un pueblo indígena, sin ser estigmatizado. En este sentido, es necesario, como señala Eduardo Menéndez (2018), comprender los espacios y contextos particulares en los que coexisten e interactúan las personas con vivencias, conocimientos y prácticas diferenciadas, ya que es en estos escenarios donde se producen fricciones, tensiones y muchas veces, situaciones de discriminación o maltrato hacia las comunidades indígenas.

72

---

5 Este tipo de enfermedades son reconocidas por miembros del pueblo mapuche tehuelche como occidentales, modernas, alopáticas y se vinculan principalmente a la salud mental, afecciones crónicas, consumos problemáticos o enfermedades que pueden aparecer relacionadas con usos de agrotóxicos, minería, contaminación ambiental y disputas territoriales (Ramos y Yanniello 2021; Sabatella 2021).

## Debate sobre la interculturalidad en salud: ¿es una cuestión de diálogos solamente?

Hasta el momento, lo que pude observar y escuchar en las interacciones que involucran a personas mapuche y espacios biomédicos son aquellas fricciones o tensiones entre formas de conocimiento y agencias diversas. Es cierto que la biomedicina también cuenta con ciertas asimetrías en su organización, por ejemplo, entre cargos y profesiones de agentes sanitarios, enfermeras, residentes, médicos clínicos, médicos generalistas, etc. Sabiendo que cada espacio tiene sus propias lógicas internas y relaciones asimétricas no podemos caer en totalizaciones del funcionamiento de la biomedicina en hospitales y centros de salud. Sin embargo, en los espacios donde transitan las personas mapuche sí pude observar que se ven atravesados e influenciados por las construcciones sociales de otredad, contextos estigmatizantes, relaciones asimétricas de poder, desigualdades y otras problemáticas que deben afrontar distintas poblaciones en términos genéricos, étnicos y de clase (Foucault 1990; Good 2003; Le Breton 1999; Menéndez 2018; Scheper-Hughes 2000).

Así, la interculturalidad, como un camino o un enfoque que amortice este tipo de tensiones, no implica la idea de un “contacto” entre culturas diversas o políticas y programas de integración o asimilación, ya que esta mirada continuaría estableciendo paradigmas de subordinación sobre la participación. Pensar un proyecto de esta índole, y orientar o construir espacios interculturales, implicaría, más bien, tomar conciencia de esa arena de disputas. La interculturalidad es un encuentro de infinitas posibilidades en las que necesariamente se debe producir una cierta incomodidad o fricción que modifique los marcos presupuestos de culturas o grupos de pertenencias diversas (Ramírez 2009; Walsh 2010).

En los espacios públicos de salud, la interculturalidad como “horizonte utópico” es un tema que adquiere relevancia en el debate actual en toda América Latina. Es decir, las posibilidades que tienen o no de convivir en ensayos de interculturalidad en salud, las medicinas indígenas y la biomedicina han sido un tema de discusión de muchos autores. A partir de las experiencias que han sido analizadas en contextos divergentes, estos trabajos han generado aproximaciones teóricas y críticas sugerentes para analizar la construcción y aplicación del enfoque intercultural al campo de la salud. Para la mayoría de los casos, el enfoque de la interculturalidad buscar acentuar el respeto por la diversidad cultural y se incorpora como estrategia para mejorar los deficientes índices epidemiológicos de las poblaciones indígenas. Por ello, lo que se discute en el campo de la antropología en salud son los alcances y limitaciones de esta idea de interculturalidad, muchas veces manifestada como políticas gubernamentales que tienden a ocultar conflictos étnicos, caracterizados por grandes diferencias económicas y políticas.

En algunos análisis en países como Venezuela (Briggs 2017), Perú (Cahn 2012), Bolivia (Ramírez 2009), México (Campos *et al.* 2017; Paulo-Maya y Cruz-Sánchez 2018; Menéndez 2023; Vega 2017) y Brasil (Langdon 2018; Langdon y Garnelo 2017)

la interculturalidad termina siendo una incorporación —en términos de lo que explicaba más arriba con Walsh (2010)— dentro de los espacios biomédicos, y no se realiza en igualdad de condiciones, lo que da lugar a una subalternización de esta dentro del ámbito de poder de la biomedicina. En la práctica, este proceso se traduce en diversas formas de violencia y las relaciones asimétricas presentes en contextos interculturales. En Colombia, algunas experiencias de interculturalidad fueron analizadas como positivas, ya que se ha trabajado conjuntamente en la recuperación de la medicina tradicional, y la demanda de mejores servicios de salud entre comunidades indígenas y actores estatales (Cardona-Arias, Rivera-Palomino y Carmona-Fonseca 2015; Martínez, Casallas y Chiguasuque 2017). No obstante, estos autores reconocen que aún es tema de debate el papel que deben desempeñar las medicinas tradicionales, alternativas y complementarias para alcanzar sistemas pluralistas médicos, complementariedades terapéuticas o cierta interculturalidad.

En Chile y Argentina, salvando las distancias de los procesos y contextos, fue a partir de los años noventa que el concepto de interculturalidad empezó a aparecer como marco normativo transversal que debía organizar diversos campos (salud, educación, justicia, etc.) (Baeza, Aizenberg y Barría 2019; Boccara 2004; Briones *et al.* 2006; Hirsch y Lorenzetti 2016). En Chile, por ejemplo, se han planteado políticas públicas sobre salud intercultural con una fuerte impronta de la medicina mapuche, principalmente en las regiones con mayor población indígena que hoy se materializan en acciones dentro de los servicios de salud u hospitales denominados interculturales (Alarcón, Vidal y Neira 2003; Cancino 2017; Cuyul 2013).

Al respecto, es fundamental el trabajo realizado por Guillaume Boccara (2007), quien plantea que los proyectos sobre salud intercultural son tanto un espacio de lucha de clasificaciones como un nuevo dispositivo de intervención del Estado, remitiendo a un tipo de saber-poder aplicado a los pueblos indígenas y a los funcionarios de salud. Desde las experiencias analizadas, el autor muestra que la interculturalidad remite a una nueva gestión de la diversidad, o a un encasillamiento de la alteridad. En Argentina, en cambio, específicamente en la Patagonia, las articulaciones entre la medicina mapuche y la biomedicina, desde una perspectiva intercultural, aún son procesos muy incipientes. En torno al pueblo mapuche tehuelche existen solo algunas investigaciones antropológicas que, en contextos diferentes, se preguntaron qué ideas de interculturalidad se construyen en el campo de la salud y en las comunidades mapuche (Estrella 2017; Sabatella 2011).

A continuación, y sumándome a ese debate sobre la interculturalidad, comparto algunas reflexiones que surgieron de mis conversaciones con personas mapuche y profesionales sobre el tema del *lawen* y la interculturalidad: ¿qué discusiones existen en relación con esto en la formación de las ciencias médicas? ¿Cuáles son las posibilidades para un diálogo de conocimientos horizontal y colaborativo entre la medicina mapuche y la biomedicina?

Existen diferentes y múltiples posturas dentro del pueblo mapuche tehuelche sobre cómo pensar proyectos interculturales, especialmente en salud. Desde el

inicio de mi investigación me fui vinculando con diferentes organizaciones y conocí diversas experiencias de medicina calificada en términos nativos como “intercultural”. Esta heterogeneidad responde al modo en que cada organización y proyecto entrama distintos niveles de articulación y desarticulación entre los conocimientos de la medicina mapuche y la biomedicina. Por un lado, existen proyectos de salud intercultural autodenominados de esta manera por sus propios participantes, como el Hospital Intercultural en la comunidad Ruca Choroy o la Ruka Intercultural del Lof Paicil Antriao (ambos ubicados en la provincia de Neuquén). Por otro lado, en los últimos años emergieron espacios autónomos de medicina mapuche donde ponderan los conocimientos de *machi*, *laweuentuchefe* y otros especialistas en salud (Ruka Lawen en la comunidad Millalonco Ranquehue, Lof Lafken Winkul Mapu, entre otras organizaciones mapuche de Río Negro y Chubut). En estos colectivos mapuche la interculturalidad aparece como una articulación esporádica o informal entre médicas de confianza y pacientes mapuche. Es decir que algunas comunidades y activistas del pueblo mapuche tehuelche se encuentran monitoreando los escenarios de diálogo, los espacios en los cuales exponer sus conocimientos mapuche y las ideas de interculturalidad, entendiendo que las condiciones en las que están siendo ubicados son uno de los principales objetos de la disputa política. Retomo a continuación fragmentos de una entrevista al *longko* de la comunidad Pillan Mahuiza, quien me explicó su punto de vista en torno a estas aperturas al diálogo:

[...] ¿Cuáles son los espacios que se deben abrir? ¿A dónde vamos hablar de la machi? ¿En qué contextos? ¿De quién depende de que se abran estos espacios? Y digo todo esto para que se comprometan porque ya no depende solo del pueblo mapuche. Depende también de otros tipos de apertura. Los acuerdos son muy difíciles de concebir cuando se está en un estado de subordinación. Los acuerdos son muy difíciles porque son muy desiguales [...]. Por ahí hay que tener cuidado con apresurarse. Si lo que estamos insistiendo es que tienen que dejar de lado el negacionismo estructural y entender que somos un pueblo. Por lo general, el estado quiere abordar la conflictividad como delincuencia común, como conflictos entre privados, o vandalismo porque no quieren reconocer que es una situación que involucra a un pueblo, involucra a un estado e involucra a una sociedad y que hay un proceso de recuperación de nuestra cultura. Y este es el desafío de plantear una discusión, un diálogo, por ejemplo, entre la biomedicina y el *lawen*. Porque quienes discuten esto tienen que saber que primero que nada se está en un estado de desigualdad para discutirlo, y segundo que no puede ser divisible este aspecto con el resto de las cuestiones que son inherentes a las demandas del pueblo mapuche, no se puede parcializar [...]. (*Longko*, San Carlos de Bariloche, noviembre de 2022)

Para explicar las desigualdades de orden estructural y los mecanismos por los cuales demandas y reclamos mapuche no suelen ser considerados, este militante exige una redistribución de las partes para negociar acuerdos y abrirse al diálogo. Los conflictos de distribución cultural (Escobar 2005) no provienen de

las diferencias culturales en sí mismas, sino de las diferencias entre culturas en términos de control sobre la definición de la vida social. Es decir, son disputas en torno a quién controla la producción de conocimiento y cuáles perspectivas culturales definen las normas y los valores que regulan las prácticas sociales en torno a los procesos de atención y cuidados. Como señalan los fragmentos de este militante, no se trata de “ser incluidos” dentro de los parámetros en los que funciona el sistema de salud biomédico, sino —y fundamentalmente— se intenta un diálogo y una coexistencia entre ambas formas de salud que den lugar a una reconfiguración en la que los marcos epistémicos y ontológicos mapuche encuentren las condiciones mínimas de existencia. Cuando esta persona dice “es muy difícil que suceda un diálogo intercultural”, está señalando que lo que está en juego son relaciones muy desparejas de posiciones y roles. Para él, llevar adelante la interculturalidad debería “al menos permitir que un o una *machi* cuestione los supuestos del sistema de salud hegemónico”, y que pueda proponer “otros objetivos, otros métodos, otras formas de conocimiento” como maneras de categorizar y organizar el mundo, con la misma carga y autoridad que, por ejemplo, lo haría un médico o una médica. Para esto, además, no se pueden perder de vista los vínculos entre la medicina mapuche, el territorio y los procesos de memoria que atraviesan al pueblo mapuche tehuelche:

76 ■ Lo primero que hay que saber es que acá hay un pueblo que ha sido abordado, militarizado, asesinado, trasladado. Todo eso existió, y a la distancia queda frío todo eso ¿no? Como un relato en la historia. Pero yo sé que en la memoria de nosotros lo llevamos todo eso, todo el tiempo lo llevamos, está ahí presente todo lo que se sufrió en ese periodo [...] entonces lo primero es que hay que salir de esa mirada negacionista. Lo mejor es buscar los sectores que son permeables a esta discusión, que realmente son muy poquitos en esta sociedad [...]. Cómo no van a negar que hay pueblo que demanda derechos específicos y muy particulares, por eso es que te dicen “todos somos iguales ante la ley”. Básicamente el *lawen* tiene que ver con todo esto también. (*Longko*, San Carlos de Bariloche, noviembre de 2022)

Como señala esta cita, el *lawen* también viene siendo un tema de encuentro en el que se reconstruyen subjetividades, posicionamientos políticos y afectos en relación con las memorias que han sido subordinadas y alterizadas por el Estado. Esta medicina ha ido adquiriendo un gran potencial político, porque no solo promueve una agencia centrada en impugnar las nociones de salud-enfermedad impuestas desde la medicina alopática, sino también porque convoca a distintas expresiones de lucha a defender las vidas en los territorios. Sin embargo, en los espacios biomédicos aún no se han podido realizar discusiones más amplias, profundas y con efectos estructurales sobre los procesos de salud-enfermedad-atención y cuidados, y sobre la inclusión de las medicinas que han sido históricamente diferenciadas. Con respecto a esto, una médica generalista trabajadora de un CAPS, que viene acompañando hace años a pacientes mapuche, planteaba lo siguiente:

Acá venía un paciente mapuche que también planteaba esto de que no quería ir al gastroenterólogo porque no quería decirle qué tratamientos estaba haciendo. Pero, sin embargo, el mismo machi que lo atendía a él le dijo “anda para completar los estudios”. Entonces él venía acá y hacíamos de puente para completar esos estudios, que los tenga y terminar de entender cuál era su afección o pueda recibir mejor lo que estaba necesitando. Pero él también me dijo lo mismo. No sé si le diría al gastroenterólogo sobre la atención con lawen. Pero bueno, “no tenés que hacerlo tampoco” le decía yo. Vos tenés que sentir a quién querés contarle. Y con esta experiencia aprendí un montón. Porque también tuve la misma pregunta que él cuando hice la derivación. Me pregunté, ¿le pongo que lleva haciendo un tratamiento con machi? ¿Le pongo las plantas que usa? Si igual mi teléfono está ahí, también me puede llamar. Y es como que ahí tomé también la fuerza y ahora en la historia clínica pongo, bueno empezará con pañil, empezará con esta planta [...]. Yo siempre les pregunto cómo viene tratando de acompañarse, qué es lo que hace para que eso le pase o qué siente que le alivia si es una dolencia. Recuperar también su saber propio. El registro de su propio cuerpo. Me duele en tal momento, me alivia con tal cosa. Y esas son preguntas como más amplias y ahí creo que se presta para conversar, habilita. Pero en la formación no te enseñan nada de esto. (San Carlos de Bariloche, abril de 2023)

La inseguridad de esta médica por explicar a otros profesionales que sus pacientes también se atienden con un *machi* y con el uso de *lawen*, está relacionada con los topes que genera la medicina hegemónica para aceptar otros conocimientos (Menéndez 2018). Dar cuenta de que existen otras formas de acompañar las dolencias y enfermedades, incluso también, a través del registro de su propio cuerpo genera ciertas incomodidades al intentar derivar esta perspectiva a otros profesionales de la salud. El hecho de que ella piense de este modo no significa que lo hiciera el resto de los equipos. Las miradas y posturas que ella fue adquiriendo a partir de sus largas trayectorias de trabajo con personas del pueblo mapuche tehuelche —en diferentes comunidades—, continúan siendo reconocidas como “decisiones personales” y no colectivas, ni institucionales. Como ella sugiere, para generar conversaciones e intercambios de saberes, prácticas de cuidado y conocimientos es necesario tener una actitud permeable. Sin embargo, y tal como ella lo expresa, estas decisiones no siempre son fáciles, porque, más veces de las deseables, debió enfrentarse a las negativas burocráticas, a los desacuerdos con directores de hospitales, a las autoridades en salud y escuchar cuestionamientos de sus propios pares y equipos en los CAPS.

## Conclusiones

Cuando las/os pacientes mapuche y las/os profesionales de salud se encuentran en una consulta médica, en una sala de internación, o en un intercambio de saberes, se inicia un proceso de comunicación que implica, tanto para unos como para otros, esfuerzos de comprenderse, dialogar, negociar y discutir ciertas tensiones. Si bien en la perspectiva biomédica prima un mandato de ser cordiales y respetuosos con

las diferencias, en la práctica esto no siempre ocurre. El objetivo del artículo fue analizar diferentes tensiones ontológicas y epistémicas que surgen cuando integrantes del pueblo mapuche tehuelche circulan por distintos espacios biomédicos en la Patagonia norte. Para esto describí, por un lado, escenas en las que se argumenta qué se siente ser mapuche y no ser comprendido al transitar espacios demarcados hegemonícamente y, por otro, conversaciones con militantes mapuche y profesionales de la salud que reflexionan sobre la mirada política que se inaugura al hablar de *lawen*, salud e interculturalidad.

A modo de cierre, retomo algunos de los pisos de discusión sobre el tema de los sistemas médicos como estructuras pluralistas (Nichter y Lock 2002). Santiago Martínez (2008) sintetiza los consensos alcanzados afirmando que los intentos de esos sistemas por reunir y articular un conjunto de prácticas diversas siguen estando atravesados por relaciones asimétricas de poder. El análisis de los distintos proyectos de integración de diversos sistemas de conocimiento y de sus prácticas diferenciadas —más o menos controlados por parte del Estado— debe tener en cuenta el entramado de articulaciones y desarticulaciones que surgen en la convivencia. Como vimos antes, las posibilidades que tienen o no las medicinas indígenas de convivir y articular con la biomedicina, fueron el tema de discusión de gran cantidad de autores que pusieron sus énfasis en comprender al menos dos cuestiones: la tensión entre las prácticas de integración y la radicalización de las ideologías de control, y las condiciones necesarias para acceder a mayores derechos por parte de los pueblos indígenas.

Uno de los puntos sobre el que terminan dando cuenta los trabajos sobre salud intercultural, desde una mirada crítica, en América Latina, es que los sistemas médicos pluralistas o los sistemas de medicinas integradas no suelen poner en discusión las condiciones sociales que determinan el diálogo, ni los presupuestos hegemónicos que impiden la articulación respetuosa o la proyección de convivencias más horizontales. Desde distintos lugares de Latinoamérica, las investigaciones que analizan los proyectos de salud intercultural coinciden en concluir que, cuando estas condiciones devienen indebatibles en ámbitos biomédicos, los diversos ensayos o puestas en práctica de integración tienden a reforzar el control estatal o a reproducir negaciones, banalizaciones y jerarquías. Este trabajo se propuso, entonces, profundizar en torno a esas premisas a partir de las tensiones que emergen en itinerarios abigarrados de personas mapuche tehuelche, trayendo como resultado un aporte a la discusión sobre las relaciones de poder y las desigualdades estructurales evidentes entre las medicinas indígenas y la biomedicina.

Al explorar distintos escenarios desde el punto de vista de quienes los transitan, identifiqué un posicionamiento mapuche compartido para hacer frente a la radicalización del control biomédico. No pasa tanto por reclamar una inserción institucional o el reconocimiento estatal de los sistemas de conocimientos indígenas, sino por exigir una convivencia respetuosa con aperturas al diálogo y a la discusión desde una autonomía relacional (Ulloa 2010). Este posicionamiento lo podemos definir como *coexistencia autónoma*. Dicha categoría permite evidenciar

las tensiones ontológicas y epistémicas que las racionalidades gubernamentales y la radicalización del control soslayan al definir la interculturalidad desde los marcos de una lógica hegemónica sobre la salud.

Ahora bien, el reclamo por una coexistencia autonómica resulta del ejercicio de una actitud crítica que explora la acción de decidir por uno mismo qué itinerarios de salud-enfermedad pueden ser objeto de traducción o de integración, y cuáles otros deben continuar su curso en paralelo. La coexistencia de ciertas autonomías relativas es el modo que las personas mapuche encuentran para hacer frente a las condiciones desiguales de las que parte la convivencia entre sistemas diversos de salud. En otras palabras, se apunta a evitar las tensiones irresolubles entre una medicina indígena destinada a ser ilegítima o ilegal, o estar controlada por los mecanismos de autorización y reconocimiento de una gubernamentalidad biomédica. Esto implica convivir aceptando las opacidades, las experiencias desconcertantes y los desacuerdos inevitables (Briones 2020). De este modo, la exigencia de una autonomía relacional no solo apunta a la creación de espacios propios para el ejercicio de la medicina mapuche en los territorios comunales, sino también a actualizar los procedimientos estipulados por las burocracias estatales y las políticas públicas en salud para aceptar, sin traducir ni incorporar, las diferencias. La coexistencia autonómica es, hoy en día, el intersticio donde el pueblo mapuche tehuelche encuentra un camino inicial de reforma y reconfiguración de los espacios de articulación. Se trata de un proyecto cuya puesta en marcha implica un aprendizaje mutuo acerca de cómo transitar los desacuerdos, y convivir en la tensión entre los sistemas biomédicos y de medicina mapuche.

En la primera escena de la paciente que evalúa la necesidad de complementar sus itinerarios en la medicina mapuche con los de la biomedicina, vemos cómo el monolingüismo que impera en los últimos deshabilita sus propios lenguajes y, por ende, la posibilidad de compartir sus experiencias previas con fines complementarios. En este caso, la paciente reconoce la eficacia de la medicina biomédica, pero no encuentra el mismo reconocimiento en sentido inverso. En la segunda escena, el contexto judicial en el que las mujeres mapuche llegan de manera obligada al hospital después de un operativo represivo de desalojo en su comunidad, vemos cómo la medicina mapuche peleó su inserción en el espacio biomédico. No obstante, a medida que la partera mapuche lograba preparar el *lawen* dentro de la cocina del hospital o realizar una ceremonia en la sala de la paciente, el personal del hospital fue abandonando el lugar —al que empezaron a percibir exótico y usurpado— hasta negar su atención complementaria. En ambos casos, las pacientes habían optado —más o menos libremente— por una coexistencia autonómica de una y otra medicina, esperando encontrar el canal de la complementariedad. Sus experiencias mostraron que esa coexistencia, en condiciones recíprocas de respeto y horizontalidad, aún no tiene lugar dentro del sistema biomédico.

Desde la perspectiva del *longko*, no se trata de permitir la entrada de ciertos conocimientos de medicina mapuche al sistema biomédico como creencias culturales

tolerables (por inofensivas, pintorescas o traducibles en ciencia). Sino de aceptar la existencia de un conocimiento que puede transcurrir en paralelo y en conexión. En paralelo porque su eficacia y precisión se basa en bordes epistémicos y ontológicos diferentes. En conexión porque las trayectorias de las/os pacientes cruzan cotidianamente los límites buscando la complementariedad entre sus respectivas especializaciones.

Algunas profesionales de la salud, que vienen ensayando formas de coexistencia y de diálogos respetuosos con pacientes mapuche subrayan lo fructíferos que han resultado ciertos canales de complementariedad entre ambos sistemas médicos. Si bien algunas circunstancias se fueron llevando a la práctica como una manera positiva de convivencia, una de estas médicas sostiene que, para que haya un sistema pluralista, se tienen que atender muchos obstáculos, como, por ejemplo, la imposibilidad de hacer derivaciones, puesto que la aceptación de una coexistencia autónoma está lejos aún de ser una práctica generalizada dentro de las instituciones estatales. Permitir que el *lawen* se incorpore en los expedientes clínicos o propiciar intercambios de saberes, prácticas y conocimientos en consultas médicas es aún un proceso incipiente.

La demanda mapuche de un sistema pluralista se ha ido enfocando en la coexistencia autónoma, en la que ciertas opacidades no tengan que ser resueltas, traducidas o controladas, ya que se puede convivir en complementariedad. Pero pareciera que, para el sistema biomédico, es más fácil habilitar la institucionalización —vía la traducción o la folclorización— de determinadas prácticas que la coexistencia con una autonomía mapuche relativa. La coexistencia autónoma, explicada aquí, a través de algunas escenas, es una demanda compartida por gran parte de las personas mapuche con las que he trabajado en los últimos años. Lo que se exige, desde pacientes y especialistas mapuche, es que ambos sistemas de conocimientos preserven sus espacios autónomos sin dejar de estar conectados. Esto implica poder circular en uno u otro itinerario de curación, sin necesidad de institucionalización o reglamentación estatal y sin riesgo de banalización, negación o exotización.

Como dice el *longko*, “¿cuáles son los espacios que se deben abrir?”. Una pregunta que, como he querido mostrar en este trabajo, se despliega en otras: ¿hasta dónde y cuánto se pueden aplicar las regulaciones del sistema biomédico a la práctica medicinal mapuche? ¿Hasta qué punto la regulación o protocolización de los sistemas culturales y locales (Kleinman 1988) impide la coexistencia autónoma dentro de los hospitales? Retomo estas preguntas para decir que no hay recetas, sino intercambios, experiencias, diagnósticos y demandas situadas que ayudan a iluminar posibles caminos para contraponer las asimetrías del control y la cooptación. Las preguntas que motivaron este trabajo son también las preocupaciones de las personas mapuche que luchan por una salud intercultural que se tome en serio el valor curativo del *lawen*. Lo expuesto plantea algunos desafíos a futuro, más cuando actualmente las actividades y las luchas por la medicina mapuche se están reactivando exponencialmente en distintas partes de la región patagónica.

## Referencias

1. Alarcón, Ana María, Aldo Vidal y Jaime Neira Rozas. 2003. "Salud intercultural: elementos para la construcción de sus bases conceptuales". *Revista Médica de Chile* 131: 1061-1065. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872003000900014>
2. Baeza, Brígida, Lila Aizenberg y Carlos Barriá Carlos. 2019. "Cultura y salud migratoria: miradas comparativas entre profesionales sanitarios y mujeres migrantes bolivianas". *Si Somos Americanos* 19 (1): 43-66. <http://dx.doi.org/10.4067/S0719-09482019000100043>
3. Blaser, Mario. 2013. "Ontological Conflicts and the Stories of Peoples in Spite of Europe: Towards a Conversation on Political Ontology". *Current Anthropology* 54 (5): 547-568. <https://doi.org/10.1086/672270>
4. Blaser, Mario. 2009. "La ontología política de un programa de caza sustentable". *Red de Antropologías del Mundo (RAM)* 4: 81-108. [http://ram-wan.net/old/documents/05\\_e\\_Journal/journal-4/jwan4.pdf](http://ram-wan.net/old/documents/05_e_Journal/journal-4/jwan4.pdf)
5. Boccara, Guillaume Bruno. 2007. "Etnogubernamentalidad. La formación del campo de la salud intercultural en Chile". *Chungara. Revista de Antropología Chilena* 39 (2): 185-207. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-73562007000200003>
6. Boccara, Guillaume. 2004. "Del buen gobierno en territorio mapuche. Notas acerca de una experiencia en salud complementaria". *Cuadernos de Antropología Social* 20: 113-129. <http://revistascientificas.filo.uba.ar/index.php/CAS/article/view/4647/4144>
7. Bonet, Octavio. 1999. "Saber e sentir: uma etnografia da aprendizagem da biomedicina". *Physis. Revista da Saúde Coletiva* 9 (1): 123-150. <https://www.scielo.br/j/physis/a/c3PCws7x6dVZgd4TgSLV8Kb/?format=pdf&lang=pt>
8. Briggs, Charles. 2017. "Hacia la justicia comunicativa en salud". *Medical Anthropology* 36 (4): 287-304. <https://doi.org/10.1080/01459740.2017.1299721>
9. Briones, Claudia. 2020. *Conflictividades interculturales. Demandas indígenas como crisis fructíferas*. Ciudad de México: Universidad de Guadalajara; Centro Maria Sibylla Merian de Estudios Latinoamericanos Avanzados en Humanidades y Ciencias Sociales. <https://doi.org/10.1515/9783839448922-004>
10. Briones, Claudia y Walter Delrio. 2007. "La 'conquista del desierto' desde perspectivas hegemónicas y subalternas". *Runa* 27: 23-48. <https://www.redalyc.org/pdf/1808/180857810008.pdf>
11. Briones, Claudia, Walter Delrio, Paula Lanusse, Axel Lazzari, Mariana Lorenzetti, Alejandra Szulc y Ana Vivaldi. 2006. "Diversidad cultural e interculturalidad como construcciones socio-históricas". En *Diversidad cultural e interculturalidad*, editado por Aldo Amegeiras y Elisa Jure, 255-264. Buenos Aires: Universidad Nacional de General Sarmiento, Prometeo.
12. Cahn, Jordan, 2012. "Comunicación entre personal médico y pacientes indígenas un estudio de la medicina intercultural en Huancarani, Cusco, Perú". *Colección de Proyectos de Estudio Independiente (ISP)*. 1421. [https://digitalcollections.sit.edu/isp\\_collection/1421](https://digitalcollections.sit.edu/isp_collection/1421)

13. Campos Navarro Roberto, Edith Yesenia Peña Sánchez y Alfredo Paulo Maya. 2017. "Aproximación crítica a las políticas públicas en salud indígena, medicina tradicional e interculturalidad en México (1990-2016)". *Salud Colectiva* 13 (3): 443-455. <http://dx.doi.org/10.18294/sc.2017.1115>
14. Cancino, Rita. 2017. "Las amenazas ambientales contra el hábitat de las plantas medicinales: la medicina mapuche en Chile". *Sociedad y Discurso* 31: 66-87. <https://doi.org/10.5278/ojs.s%20&%20d.v0i31.2013>
15. Cardona-Arias, Jaiberth Antonio, Yennifer Rivera-Palomino y Jaime Carmona-Fonseca. 2015. "Expresión de la interculturalidad en salud en un pueblo emberá-chamí de Colombia". *Revista Cubana de Salud Pública* 41 (1): 77-93. [https://www.scielo.org/articulo/ssm/content/raw/?resource\\_ssm\\_path=/media/assets/rcsp/v41n1/spu08115.pdf](https://www.scielo.org/articulo/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/rcsp/v41n1/spu08115.pdf)
16. Carsten, Janet. 2007. "Introduction". En *Ghosts of Memory. Essays on Remembrance and Relatedness*, editado por Janet Carsten, 1-35. Sídney: Blackwell.
17. Cuyul Soto, Andrés. 2013. "La política de salud chilena y el pueblo Mapuche. Entre el multiculturalismo y la autonomía mapuche en salud". *Salud Problema* 14: 21-33. <https://saludproblemaojs.xoc.uam.mx/index.php/saludproblema/articulo/view/334>
18. Das, Veena. 2017. "Cómo el cuerpo habla". *Etnografías Contemporáneas* 3 (5): 302-339. <https://revistasacademicas.unsam.edu.ar/index.php/etnocontemp/articulo/view/451>
19. De la Cadena, Marisol. 2009. "Política indígena: un análisis más allá de 'la política'". *Red de Antropologías del Mundo (RAM)* 4: 139-171. [http://ram-wan.net/old/documents/05\\_e\\_Journal/journal-4/jwan4.pdf](http://ram-wan.net/old/documents/05_e_Journal/journal-4/jwan4.pdf)
20. De la Cadena, Marisol, Helen Risør y Joseph Feldman. 2018. "Aperturas onto-epistémicas: conversaciones con Marisol de la Cadena". *Antípoda. Revista de Antropología y Arqueología* 32: 159-177. <https://doi.org/10.7440/antipoda32.2018.08>
21. "Desalojo en Villa Mascardi: cuatro mujeres detenidas fueron trasladadas al penal de Ezeiza". 2022. *Telam Digital*, 10 octubre, acceso 4 de diciembre de 2023. <https://www.telam.com.ar/notas/202210/607019-villa-mascardi-operativo-detenidas-ezeiza.html>
22. Descola, Philippe. 2011. "Más allá de la naturaleza y la cultura". En *Cultura y naturaleza. Aproximaciones a propósito del bicentenario de la independencia de Colombia*, editado por Leonardo Montenegro Martínez, 75-96. Bogotá: Jardín Botánico de Bogotá.
23. Escobar, Arturo. 2014. *Sentipensar con la tierra: nuevas lecturas sobre desarrollo, territorio y diferencia*. Bogotá: Universidad Autónoma Latinoamericana.
24. Escobar, Arturo. 2005. *Más allá del tercer mundo: globalización y diferencia*. Bogotá: Instituto Colombiano de Antropología e Historia.
25. "Están silenciando nuestra voz". 2022. *Agencia de Noticias Red Redacción*, 5 de octubre, acceso 21 de octubre de 2022. [https://www.instagram.com/p/CjWwdCWvhPo/?utm\\_source=ig\\_embed&ig\\_rid=3bd3231e-3da2-423b-badf-b19f167364a5](https://www.instagram.com/p/CjWwdCWvhPo/?utm_source=ig_embed&ig_rid=3bd3231e-3da2-423b-badf-b19f167364a5)
26. Estrella, Paula Verónica. 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 doctoral, Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. <http://repositorio.filo.uba.ar/handle/filodigital/4592>

27. Fassin, Didier. 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. <https://doi.org/10.22380/2539472X.1226>
28. Foucault, Michel. 1990. “Historia de la medicalización e incorporación del hospital a la tecnología moderna”. En *La vida de los hombres infames. Ensayos sobre desviación y dominación*, editado por Michel Foucault, 85-120. Madrid: La Piqueta.
29. Good, Byron. 2003. “Cómo construye la medicina sus objetos”. En *Medicina, racionalidad y experiencia. Una perspectiva antropológica*, editado por Byron Good, 2-32. Barcelona: Ediciones Bellaterra.
30. Hirsch, Silvia María y Mariana Lorenzetti. 2016. *Salud pública y pueblos indígenas en la Argentina: encuentros, tensiones e interculturalidad*. San Martín: Universidad Nacional de General San Martín, Buenos Aires.
31. Ingold, Tim. 2011. *Being Alive. Essays on Movement, Knowledge and Description*. Nueva York: Routledge.
32. Kleinman, Arthur. 1988. *Las narrativas de la enfermedad: sufrimiento, curación y condición humana*. Nueva York: Libros Básicos.
33. Langdon, Esther Jean. 2018. “Salud indígena en Brasil: pluralismo médico y autoatención”. *Desacatos. Revista de Ciencias Sociales* 58: 8-15. <https://doi.org/10.29340/58.1993>
34. Langdon, Esther Jean y Luiza Garnelo. 2017. “Articulación entre servicios de salud y ‘medicina indígena’: reflexiones antropológicas sobre política y realidad en Brasil”. *Salud Colectiva* 13: 457-470. <http://dx.doi.org/10.18294/sc.2017.1117>
35. Latour, Bruno. 2007. *Nunca fuimos modernos. Ensayo de antropología simétrica*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores.
36. Lazzari, Axel y Diana Lenton. 2002. “Araucanización y nación, o cómo inscribir indios extranjeros en la pampa durante el siglo pasado”. En *Contemporary Perspectives on the Native Peoples of Pampa, Patagonia, and Tierra del Fuego: Living on the Edge*, editado por Claudia Briones y José Luis Lanata, 33-46. Greenwood Publishing Group.
37. Le Breton, David. 1999. *Antropología del dolor*. Barcelona: Seix Barral.
38. Lévi-Strauss, Claude. (1962) 1997. “Las clasificaciones totémicas”. En *El pensamiento salvaje*, editado por Claude Lévi-Strauss, 60-114. Ciudad de México: Fondo de Cultura Económica.
39. Martínez Medina, Santiago. 2008. “Poder, conocimiento y creencia: por los caminos de la ruda en la localidad séptima de Bogotá”. *Antípoda. Revista de Antropología y Arqueología* 6: 153-170. <https://doi.org/10.7440/antipoda6.2008.08>
40. Martínez Medina, Santiago, Richard Casallas Rodríguez y María Nelsy Chiguasque. 2007. “Fortalecimiento de la medicina tradicional en el Cabildo Indígena Muisca de Bosa: una experiencia intercultural exitosa”. *Revista de Investigaciones en Seguridad Social y Salud* 9: 99-122. <https://doi.org/10.56085/20277970.300>
41. Marcus, George E. 2001. “Etnografía en/del sistema mundo. El surgimiento de la etnografía multilocal”. *Alteridades* 11 (22): 111-127. <https://alteridades.izt.uam.mx/index.php/Alte/article/view/388>

42. Menéndez, Eduardo. 2023. "De omisiones especializadas: la biomedicina como parte intrínseca de la vida de los pueblos originarios". *Salud Colectiva* 19 (e4539): 1-15. <https://doi.org/10.18294/sc.2023.4539>
43. Menéndez, Eduardo L. 2018. "Antropología médica en América Latina 1990-2015: una revisión estrictamente provisional". *Salud Colectiva* 14 (3): 461-471. <https://doi.org/10.18294/sc.2018.1838>
44. Menéndez, Eduardo L. 2003. "Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas". *Ciência & Saúde Coletiva* 8 (1): 185-207. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232003000100014>
45. Nichter, Mark y Margaret M. Lock, eds. 2002. *New Horizons in Medical Anthropology: Essays in Honour of Charles Leslie*. Londres: Routledge.
46. Paulo-Maya, Alfredo y Martha Cruz-Sánchez. 2018. "De eso que se ha llamado interculturalidad en salud: un enfoque reflexivo". *Revista de la Universidad Industrial de Santander. Salud* 50 (4): 366-384. <https://doi.org/10.18273/revsal.v50n4-2018010>
47. Pérez, Pilar. 2019. "La conquista del desierto y los estudios sobre genocidio. Recorridos, preguntas y debates". *Memoria Americana* 27 (2): 34-51. <http://revistascientificas.filo.uba.ar/index.php/MA/article/view/7160>
48. Ramírez Hita, Susana. 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. [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S1851-16942009000100010&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S1851-16942009000100010&script=sci_abstract&tlng=pt)
49. Ramos, Ana. 2022. "Desalojo en Villa Mascardi. Imágenes para conversar con la comunidad mapuche". *Anfibia*, 11 de octubre, acceso 4 de diciembre de 2023. <https://www.revistaanfibia.com/imagenes-para-conversar-con-la-comunidad-mapuche/>
50. Ramos, Ana Margarita. 2016. "Un mundo en restauración: relaciones entre ontología y política entre los mapuche". *Avá. Revista de Antropología* 29: 131-154. <https://www.redalyc.org/comocitar.oi?id=169053775005>
51. Ramos, Ana Margarita y Florencia Yanniello. 2021. "El 'territorio' y la 'salud' en contexto de pandemia: reorientaciones en los lenguajes contenciosos del Pueblo Mapuche Tehuelche (Puelmapu, Argentina)". *Albuquerque* 13 (25): 105-126 <https://doi.org/10.46401/ardh.2021.v13.12436>
52. Sabatella, María Emilia. 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: 2-25. <https://doi.org/10.35305/cf2.vi18.133>
53. Sabatella, María Emilia. 2011. *Procesos de subjetivación política: reflexiones a partir de un proyecto de medicina mapuche en Los Toldos*. Viedma: Universidad Nacional de Río Negro.
54. Sabatella, María Emilia y Kaia Santisteban. 2021. "La producción de proyectos políticos desde la memoria: análisis de dos casos de restauración de recuerdos sobre las prácticas medicinales mapuche". En *Memorias fragmentadas en contextos de lucha*, editado por Ana Margarita Ramos y Mariela Rodríguez, 247-273. Buenos Aires: Editorial Teseo.

55. Saldi, Leticia, Luis Mafferra y J. Alejandro Barrientos Salinas. 2019. “Ontologías en disputa. Diálogos entre la antropología y la arqueología para la problematización de paisajes regionales”. *Antípoda. Revista de Antropología y Arqueología* 37: 3-26. <https://doi.org/10.7440/antipoda37.2019.01>
56. Santisteban, Kaia. 2019. “Entrelazando mundos a través del Lawen. Procesos políticos y afectivos de la memoria”. Tesis de licenciatura, Escuela de Humanidades y Estudios Sociales, Universidad Nacional de Río Negro, San Carlos de Bariloche. <http://rid.unrn.edu.ar/handle/20.500.12049/3927>
57. Scheper-Hughes, Nancy. 2000. “Demografía sin números. El contexto económico y cultural de la mortalidad infantil en Brasil”. En *Antropología del desarrollo. Teorías y estudios etnográficos en América Latina*, editado por Viola Andreu, 265-296. Barcelona: Paidós Studio.
58. Stella, Valentina. 2020. “Otras formas de construir parentesco: procesos de familiarización y memorias genealógicas entre los mapuche-tehuelche de la costa y el valle (Chubut, Argentina)”. *Antípoda. Revista de Antropología y Arqueología* 38: 115-136. <https://doi.org/10.7440/antipoda38.2020.06>
59. Stengers, Isabelle. 2005. “The Cosmopolitical Proposal”. En *Making Things Public. Atmospheres of Democracy*, editado por Bruno Latour y Peter Weibel, 994-1003. Cambridge: MIT.
60. Strathern Marilyn. 2005. *Partial Connections*. Nueva York: Altamira.
61. Sy, Anahí. 2018. “La medicalización de la vida: hibridaciones ante la dicotomía naturaleza/cultura”. *Ciência & Saúde Coletiva* 23 (5): 1531-1539. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018235.10212016>
62. Ulloa, Astrid. 2010. “Reconfiguraciones conceptuales, políticas y territoriales en las demandas de autonomía de los pueblos indígenas en Colombia”. *Tabula Rasa* 13: 73-92. <https://doi.org/10.25058/20112742.405>
63. Vega, Rosalynn Adeline. 2017. “(nter)identificación racial: la racialización de la salud materna a través de oportunidades en las clínicas gubernamentales”. *Salud Colectiva* 13 (3): 489-505. <https://doi.org/10.18294/sc.2017.1114>
64. Viveiros de Castro, Eduardo. 2004. “Perspectivismo y multiculturalismo en la América indígena”. En *Tierra Adentro. Territorio indígena y percepción del entorno*, editado por Alexandre Surrallés y Pedro García Hierro, 37-80. Copenhague: IWGIA. <https://flacso.org.ar/wp-content/uploads/2014/05/Texto-1.pdf>
65. Walsh, Catherine. 2010. “Interculturalidad crítica y educación intercultural”. En *Construyendo interculturalidad crítica*, editado por Jorge Viaña, Luis Tapia y Catherine Walsh, 75-96. La Paz: Instituto Internacional de Integración del Convenio Andrés Bello.



**Kaia Santisteban**

skaiamariel@gmail.com

Doctoranda en Antropología Social de la Universidad de Buenos Aires y licenciada en Ciencias Antropológicas con orientación sociocultural de la Universidad Nacional de Río Negro, Argentina. Actualmente recibe una beca de doctorado del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (Conicet) con lugar de trabajo en el Instituto de Investigaciones en Diversidad Cultural y Procesos de Cambio (IIDYPCA). Integrante de la red Gemas (Grupo de Estudio sobre Memorias Alterizadas y Subordinadas) desde 2012. Entre sus últimas publicaciones están: “La resignificación política del *lawen*: una metáfora en las memorias de la Lof Millalonco Ranquehue (Río Negro, Argentina)”, *Desacatos. Revista de Ciencias Sociales* 68 (2022): 124-139, <https://desacatos.ciesas.edu.mx/index.php/Desacatos/article/view/2491>; “Disputas y tensiones a partir de la medicina ancestral mapuche en Puelmapu (Patagonia, Argentina)”, *Textos y Contextos desde el Sur*, número especial (2020): 87-100, <http://www.revistas.unp.edu.ar/index.php/textosycontextos/article/view/135>. <https://orcid.org/0000-0002-4202-0654>

