

ISSN: 2452-4751

Volumen 13 N°1, 2023, pp. 142-155

# ¿UNA RUKA EN LA CIUDAD? LOS LÍMITES DE LA NOCIÓN INTERCULTURALIDAD DEL ESTADO CHILENO, EN UN ESPACIO DE SALUD MENTAL INTERCULTURAL URBANO

**A Ruka in the city? the limits of the chilean state's notion of "interculturality" in an urban intercultural mental health space**

Jorge Gallardo Cochifas<sup>1</sup>  
<https://orcid.org/0000-0002-5965-5322>

DOI: <https://doi.org/10.53689/int.v13i1.176>

Recibido: 15 de mayo 2023

Aceptado: 2 de julio 2023

## Resumen

El siguiente artículo forma parte de los resultados de una investigación doctoral, cuyo objetivo fue conocer cómo una comunidad Mapuche enacta sus conocimientos en un lugar concebido como "intercultural" urbano. Para ello, la investigación gira en torno al diagnóstico de 'depresión'. Considerando los límites del construccionismo social de la enfermedad mental, se incorpora la sensibilidad teórica de la ontología política y la teoría del actor red (ANT) para aumentar el campo analítico de las prácticas que son enactadas. Uno de los resultados es el análisis de la presencia de la Ruka, que es traída a la realidad en medio de un espacio urbano. Finalmente se discuten dos situaciones. Primero, cómo la incorporación de las herramientas de la teoría de actor red y ontología política, permiten conocer de manera más compleja las tensiones de las prácticas que se enmarcan dentro lo conocido como interculturalidad. Y segundo, la Ruka es una práctica que tensiona la novedad sobre las discusiones de los nuevos materialismos en las ciencias sociales, pues es una práctica que ya existe en esta comunidad Mapuche. Se concluye que la promoción de prácticas interculturales debe ser al menos interepistémicas, de lo contrario, se mantiene la asimetría ontológica moderna-occidental.

**Palabras clave:** interculturalidad, ontología política, comunidad Mapuche, Ruka, salud mental

## Abstract

The following article is part of the results of doctoral research, whose objective was to know how a Mapuche community enacts its knowledge in a place conceived as "intercultural" urban. For this purpose, the research focuses on the diagnosis of 'depression'. Considering the limits of social constructionism of mental illness, the theoretical sensitivity of political ontology and actor network theory is incorporated to increase the analytical field of the practices that are enacted. One of the results is the analysis of presence of the Ruka, which is brought to reality in the middle of an urban space. Finally, two situations are discussed. First, how the incorporation of the tools of the actor network theory and political ontology, allows to know in a more complex way the tensions of the practices that are framed within what is known as "interculturality". And second, the Ruka is a practice

---

<sup>1</sup> Investigador en salud mental, psiquiatría e interculturalidad. Docente Facultad Cs. Médicas Universidad de Santiago. Dr.(c) en Sociología. Facultad Cs. Sociales. Universidad Autónoma de Chile. E-mail: [jgallardoco@gmail.com](mailto:jgallardoco@gmail.com)

ISSN: 2452-4751

Volumen 13 N°1, 2023, pp. 142-155

that stresses the novelty of the discussions of the new materialisms in the social sciences, since it is a practice that already exists in this Mapuche community. It is concluded that the promotion of intercultural practices must be at least interepistemic, otherwise, the modern-western ontological asymmetry is maintained.

**Key words:** Interculturality, political ontology, Mapuche community, Ruka, mental health.

### Cómo citar

Gallardo, J. (2023). ¿Una Ruka en la ciudad? Los límites de la noción “interculturalidad” del estado chileno, en un espacio de salud mental intercultural urbano. *Intervención*, 13(1), 155-168.

## 1. Introducción

La idea de lo intercultural en los sistemas de salud aparece como una solución semántica y práctica a las demandas mantenidas por décadas de organizaciones y grupos pertenecientes a poblaciones llamadas indígenas (Bolados, 2009): semántica, pues busca nombrar un espacio donde puedan habitar dos culturas- la chilena y la indígena- y, práctica, ya que intenta crear un soporte institucional para darle existencia a dicho espacio.

En Chile, con el término de la dictadura, se abrió un camino institucional a estas demandas. Bajo el alero del Estado -neoliberal-, se iniciarían las acciones necesarias para que pudiesen tener cabida y expresión los distintos sistemas de salud. Por ejemplo, en 1996, se llevó a cabo el Primer Encuentro Intercultural de Salud en la ciudad de Temuco (Ministerio de Salud, 1996) declarando que el futuro de la salud intercultural debía ser uno donde el modelo médico y las medicinas indígenas tuvieran igualdad de condiciones y reconocimiento (p.38). En otras palabras, lo intercultural en salud, suponía la coexistencia de dos sistemas médicos.

Sin embargo, no podemos olvidar el contexto internacional y su influencia sobre las definiciones y las prácticas interculturales en salud. El movimiento Global por la Salud Mental, creado el 10 de octubre del 2008 en Reino Unido (Patel et. al, 2011), se autoproclamó como la organización mundial que debe plantear las directrices y las orientaciones sobre cómo abordar la salud mental, desconociendo todas las discusiones e investigaciones previas realizadas en Latinoamérica, sobre los problemas que existen en las nociones de interculturalidad que se aplican en el campo de la salud (Menéndez, 2016; Ruano, 2017). Este movimiento establece acciones, principios técnicos, presupuestos y recomendaciones sobre depresión, esquizofrenia y suicidio, entre otros, para ser aplicados por los Estados en sus programas de salud interculturales. Y en particular, también describe cómo abordar la salud mental intercultural en países de medio y bajo ingreso.

Plantea una alarmante preocupación por altas tasas de depresión y suicidio en las poblaciones indígenas. Estas últimas las define como grupos vulnerables, que viven en condiciones de pobreza o extrema pobreza, teniendo mayores probabilidades de sufrir depresión y, lamentablemente, cometer suicidio (Pollock, Naicker, Loro, Mulay & Colman, 2018). Por ello, proponen que los Estados deben crear sistemas de salud con pertinencia cultural. Es decir, promover que las poblaciones indígenas tengan acceso a sus propias cosmovisiones de salud mental, a través de los propios miembros de esas poblaciones considerados curanderos o chamanes.

En este sentido, podemos afirmar que Chile es resonante con estas recomendaciones, sobre todo si consideramos la existencia de un programa de salud intercultural que tiene 20 de años de existencia. Nos referimos al Programa Especial de Salud y Pueblos Indígenas (en adelante PESPI). Este programa ofrece atención con pertinencia cultural. En particular, el Machi, figura reconocida en el mundo Mapuche por poseer los conocimientos para ejercer su medicina, ejerce, junto a su

ISSN: 2452-4751

Volumen 13 N°1, 2023, pp. 142-155

comunidad, labores de diagnóstico y tratamiento. Y precisamente, una de las atenciones más solicitadas es sobre salud mental<sup>2</sup>. En otras regiones de Chile, existen otras comunidades pertenecientes a otros pueblos originarios.

Por lo anterior, podemos afirmar que en el PESPI, cuando se habla de lo intercultural en salud, nos encontramos con dos supuestos. El primero, -que podemos denominar la dimensión cultura del concepto-, supone una frontera entre dos culturas que trabajan una al lado de la otra, que son diferentes, puras y que hacen cosas distintas. Lo cual, en principio, permitiría establecer una cierta simetría en cómo enactan salud. Mientras que un segundo -refiriéndonos a lo *inter-*, estaría dado, tácitamente, por la convivencia de dos mundos en términos epistémicos y ontológicos.

Sin embargo, en este artículo veremos que estos supuestos de la interculturalidad bajo la cual se inscribe institucionalmente el PESPI constituyen un problema y no una ventaja para que la comunidad Mapuche enacte su medicina. El supuesto de lo *inter*, más allá de permitir una simetría y libertad epistémica para la medicina Mapuche<sup>3</sup>. En cambio, establece límites y posibilidades en nombre de la pertinencia cultural. En este sentido, la pertinencia no será un sinónimo de libertad epistémica, sino una determinada traducción del Estado sobre la medicina Mapuche. En consecuencia, el supuesto de culturas diferentes estará anclado a dicha traducción, produciendo una asimetría *a priori* sobre las condiciones de posibilidad para que la comunidad enacte su propia medicina.

En otras palabras, si queremos hablar de salud mental intercultural, necesitamos profundizar con mayor detalle cuáles son las prácticas que suceden en los lugares que así han sido llamados, donde conviven comunidades de Pueblos Originarios con protocolos, normas y profesionales formados bajo las coordenadas moderno-occidentales. De otro modo, los problemas que pueden surgir en la reproducción del discurso sobre aumento de cobertura o pertinencia cultural en los espacios de salud intercultural seguirán existiendo o invisibilizados, sobre todo al momento de concebir estos lugares como un sitio de intervención.

Por lo tanto, presentaré primero en qué consiste el concepto enactar y porqué resultó una ventaja para utilizarlo en el contexto de mi investigación. Y segundo, mostraré algunos resultados de mi investigación doctoral para analizar las tramas que enfrenta la comunidad Mapuche que trabaja en el PESPI, conviviendo entre prácticas coloniales y de resistencias -bajo el concepto de interculturalidad estatal-, pero también de creatividad frente a la posición del Estado. Y esto, en un contexto urbano y neoliberal, en el cual muchos podrían esperar que producto de la intensidad del Estado- en comparación con una zona rural- la comunidad Mapuche no tendría más opciones que simplemente aceptar y resistir.

### 1.1. Enactar versus construccionismo y conocimientos vs creencias

Enactar es un concepto que se inscribe en el giro ontológico de las Ciencias Sociales, y que a diferencia del construccionismo social, busca mostrar la agencia de objetos, no-humanos y más-que-humanos. Es decir, situar a lo humano dentro de la configuración social de un lugar, pero no de modo totalizante. En este sentido, como plantea Mol (1999), el construccionismo social afirma la solidez de lo humano como un factor fundamental de las prácticas que determinan lo social, en cambio, enactar, disminuye esta fortaleza, para mostrar los espacios, grietas, controversias o incluso accidentes desde los cuáles pueden traerse a la realidad las prácticas.

<sup>2</sup> Según los propios datos de este programa PESPI publica. Más información en: <http://www.comudef.cl/wp-content/uploads/2020/10/Kallfulikan-PPT.pdf>

<sup>3</sup> En esta investigación, la comunidad pertenece al Pueblo Originario Mapuche.

ISSN: 2452-4751

Volumen 13 N°1, 2023, pp. 142-155

Siguiendo a Mol (1999), pierde sentido entonces tratar de identificar los diseños epistemológicos bajo los cuáles las prácticas se sitúan. Esta discusión no nos permitiría mostrar que, cuando las prácticas son enactadas, lo hacen en una complejidad de mundos posibles que luchan por ser traídos a la realidad. Por ello, podemos decir, que las prácticas buscan ordenarse en torno a una política ontológica, y cada práctica es potencialmente distinta, y no estable y determinada como propone el construccionismo social. Por ejemplo, aun cuando exista un discurso hegemónico sobre que es la depresión, las prácticas que son enactadas en cada lugar serán diferentes, incluso atentando contra los supuestos epistémicos que las definan en su interior. Es decir, no solo serán diferentes- como plantea el relativismo cultural- sino que, al interior mismo de los equipos profesionales y las distintas reparticiones burocráticas del Estado, no existirá una depresión, sino que muchas.

Esto significa ir más allá de las discusiones y trabajos sobre interculturalidad convencionales y críticas que se han aplicado al campo de salud y la salud mental. Implica, poner en suspensión estos desarrollos conceptuales en torno a las supuestas diferencias culturales realizadas hasta el momento. Ya que, dichas investigaciones, al basarse en el construccionismo social de la enfermedad mental, reproducen los supuestos de superioridad humana en la definición de los procesos y existencia de entidades como la depresión, enclaustrando la discusión en términos exclusivamente humanos y modernos-occidentales. Es decir, reducen la discusión al campo epistemológico, cuando en realidad, podemos estar en presencia de disputa ontológica.

Por ejemplo, desde el construccionismo social de la enfermedad mental, se afirma que la depresión existe universalmente, pero la expresión de los síntomas es distinta según la cultura. Esta afirmación es problemática, pues, por un lado, supone que una entidad creada en el mundo moderno-occidental (depresión), tiene una existencia universal y trascendental a todas las culturas. Y por otro, instala discursos que reproducen este supuesto, al afirmar que los Pueblos Originarios poseen una cosmovisión de la enfermedad, y nosotros los occidentales no. En otras palabras, se establece de modo arbitrario quienes heredamos y ejercemos prácticas y conocimientos moderno-occidentales, no estuviéramos constituidos por relatos y discursos que sí pueden considerarse cosmovisiones. Más específicamente, no somos conscientes del poder ejercido cuando definimos a un grupo humano- sus conocimientos y prácticas- como cosmovisión, expresando tácitamente que dicho grupo no pertenece a nuestra jerarquía onto-epistémica, sino que a otra de menor rango, no moderna, no científica y por ende, no configuran cuerpos de conocimiento propiamente tales.

Por este motivo, el segundo componente teórico fundamental que utilicé en mi investigación proviene de los estudios decoloniales (Grosfoguel, 2009). En específico, la crítica al principal mito de la modernidad-occidental: el dualismo naturaleza-cultura. Como plantea Escobar (2011), una de las características fundamentales de la modernidad es distinguir a la naturaleza de la cultura, que resulta en la obtención de dos tipos de conocimientos, los Conocimientos Modernos (en adelante CM) y los Conocimientos Pachamámicos (en adelante CP). Los CM, son los científicos por definición. En cambio los CP, corresponden a la versiones místicas, religiosas y que no ofrecen certezas de ningún tipo. Existen, pero no son científicos. Quedan relegados a ser comprendidos y definidos como creencias. Es decir, tiene un rango menor que los conocimientos (CM).

Entonces, para investigar de la manera más simétricamente posible, esto es, evitar considerar predeterminadamente una práctica como CP o CM, es que incorporo las herramientas de la Teoría del Actor-Red (ANT) (Latour, 2007), de modo que pueda suspender la distinción entre naturaleza y cultura creada por la modernidad, que impide considerar conocimientos a lo realizado -en este caso- por la Comunidad Mapuche donde investigué. En consecuencia, puede existir más de una naturaleza, y en ningún caso, las prácticas de la Comunidad Mapuche son una versión aproximada a la realidad como establecen investigaciones basadas en el construccionismo social de la enfermedad que abordan la interculturalidad. Al contrario, podemos afirmar que son otra realidad que está siendo enactada en un tiempo y lugar específico.

ISSN: 2452-4751

Volumen 13 N°1, 2023, pp. 142-155

Por tal motivo, considero un problema el relativismo cultural de la enfermedad mental, que proviene del construccionismo social de la enfermedad, pues, se constituye bajo los supuestos que he criticado anteriormente. Ya que, si nos posicionamos en este relativismo, entonces, estamos nuevamente participando del mito de la modernidad, reproduciendo la idea que lo enactado por una Comunidad Mapuche no es conocimiento como el moderno, sino uno de menor rango, solo una creencia.

Por lo tanto, este andamiaje teórico, no busca reemplazar ni tampoco opacar lo que realmente enacta una Comunidad Mapuche o un Machi cuando una persona consulta por depresión. Lo que busca, es problematizar la excesiva confianza interpretativa y explicativa que manifiestan poseer aquellas investigaciones que se basan en el construccionismo social y relativismo cultural de la enfermedad mental, para afirmar qué es lo que verdaderamente está haciendo un grupo u otro. En consecuencia, es una posición crítica dentro de los supuestos moderno-occidentales, de entre los cuáles se apoya en los trabajos decoloniales orientados en este esfuerzo.

## 2. Metodología

Según Flick (2012), una investigación basada en la etnometología es coherente con la etnografía, observación participante y análisis de los discursos. Sin embargo, en esta investigación se utilizó una aproximación etnográfica, y no una etnografía propiamente tal, debido a las dificultades producidas por la pandemia. La primera permite aplicar las herramientas de etnografía, pero no puede considerarse una, ya que el tiempo y la frecuencia de visita al campo es menor. Por tal motivo, fue fundamental la observación participante y 10 entrevistas semiestructuradas de actores clave. La primera, ya que de acuerdo con Seawright y Gerring (2008), es una forma adecuada de elegir una muestra cualitativa referida a casos.

Del mismo modo, entrevistar a actores clave de una forma semi-estructurada, me permitió profundizar en aspectos no explorados en la interacción grupal, pero relacionados con el acto de diagnosticar. Y esto es posible ya que como proponen Peräkylä & Ruusuvuori (2008), cuando estamos en presencia de prácticas que comparten un espacio sociosemiótico, es decir, un espacio común de uso y construcción de significados es posible investigar de este modo.

Según Parker & Titter (2006), el valor de las entrevistas en el terreno está dado por la interacción grupal *face to face* y el rol del moderador. Por ello, aunque esta investigación doctoral, su principal objeto de investigación fue la depresión, fue en el mismo proceso, que la Ruka aparece como relevante en el proceso de enactar las prácticas de la comunidad.

### 2.1. Justificación ontológica y epistemológica

Entiendo que la realidad está construida por sus actores (Guess, 2006). Por lo tanto, investigar qué significan y cómo realizan sus prácticas dichos actores, es mi posición epistemológica para explorar el campo. Esto se justifica en que los profesionales de la salud mental intercultural y el o la Machi son quienes ejercen el acto de diagnosticar. Las personas pacientes no lo pueden hacer. Por ello, un acercamiento de este tipo que se enmarca en la etnometodología permitiría conocer las prácticas desde los propios actores.

Ahora bien, entiendo que la realidad es construida por sus actores, pero no cualquier realidad es posible de construir. Guba & Lincoln (1994), plantean al construccionismo como una ontología que permite explorar lo local, pero esta investigación quiere plantear que en lo local están también presentes factores de lo global. Dicho de otro modo, si local no tuviera relaciones con procesos globales, entonces infinitas realidades podrían estar produciéndose. Sin embargo, esto no es así. Hay un potencial materialmente determinado de realidades que pueden construirse. En nuestro caso, lo normal y anormal de lo mental tiene una frontera determinada. Y si bien dicha frontera puede ser

ISSN: 2452-4751

Volumen 13 N°1, 2023, pp. 142-155

comprendida como relativa en diferentes culturas, en la actualidad no es posible eliminar del proceso diagnóstico la causa biológica como un componente principal de esta acción. Por lo tanto, esta investigación asume una postura de construccionismo moderado basado en el realismo crítico (Sayer, 2004). Es decir, las posibilidades para construir realidades localmente no son ilimitadas, ya que sus potenciales, están materialmente determinados por procesos globales que habitan lo local. Y esto tiene sentido para nuestra investigación, pues, estamos trabajando en el campo del poder médico psiquiátrico, donde las posibilidades de realizar o no ciertas prácticas, tienden a estructurarse en torno a postulados de pretensión mundial, como lo es el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría (o DSM por sus siglas en inglés).

Por otro lado, dado que no conocemos el acto de diagnosticar del o la Machi, del mismo modo la consideramos como un acto que está construido por sus actores. Aquí nuevamente el límite de esta investigación es la descripción del proceso a través de nuestros propios conceptos. Sin embargo, el proceso que realice el o la Machi constituye para esta investigación un proceso de enactación de la realidad.

### 3. Resultados

El Estado, a pesar de su asimetría y control para con las comunidades que llama indígenas, no es total en cuanto a la traducción que hace de ellas. Y si bien podemos afirmar que es totalizante, en términos de que clausura para sí mismo una definición sobre qué es una comunidad indígena y cuáles son los instrumentos y procedimientos que ella debe realizar para existir, deja abierto espacios que la Comunidad Mapuche disputará. Dicho de otra manera, existen espacios epistémicos y ontológicos que escapan a la definición estatal de salud intercultural y pertinencia cultural, lo cual será aprovechado por la comunidad para enactar su mundo. Este proceso, será en un contexto de negociación constante y precariedad, pero, al mismo tiempo, de creatividad. En este sentido, la preocupación -cierta- por el daño incalculable y desconocido que tienen en las comunidades la aplicación de programas y prácticas estatales interculturales en salud (Matthews, 2017), puede ser mermada por la movilización de materialidades ahí donde el Estado no tiene sensibilidad epistémica ni ontológica. Y veremos cómo, precisamente, la Ruka es una de ellas.

La Ruka, que en Mapudungun significa casa u hogar o donde se habita, ha sido descrito como el lugar que usaban históricamente las poblaciones Mapuche como sus casas (Carmona, 2015). Sin embargo, la Ruka (Fotografía 1) es mucho más que un lugar donde habitar o una innovación arquitectónica. Es también un lugar donde se 'hace comunidad' (Carmona, 2015, p.79). Es decir, para que una comunidad Mapuche pueda desplegarse en plenitud, utilizará a la Ruka para hacerlo. No es simplemente una casa rústica de una cultura ancestral. Forma parte del repertorio de materialidades para enactar la Comunidad Mapuche. En ella podrán emerger los roles diferenciados de cada integrante, pudiendo cada uno tener su lugar específico. Además de realizar actos como el Nguillatún, Wiñol Tripantu, y por supuesto, la preparación del Lawen. Por ello, la existencia de la Ruka en la comunidad donde investigamos es tan relevante. No solo porque tiene una historia reciente, sino también sobre cómo y porqué fue posible traerla a la existencia por parte de la comunidad.

La comunidad Mapuche que trabaja en el PESPI nace hace 20 años. Al principio, formada por un Lonko, Machi, Lawentuchefe y familiares de estos últimos, iniciarán la atención a personas de la comuna de la Florida, en la Región Metropolitana. Si bien, su funcionamiento -muy rudimentario en esta etapa- ofrecía el diagnóstico del Machi y la entrega de Lawen (hierbas preparadas específicamente para algo) a las personas, el proceso a través del cual llegan al estándar de atención actual -en el que atienden a cerca de 2000 personas al año, y preparan 13.000 litros de Lawen- atravesó varias resistencias y conflictos en distintos niveles de administración del Estado. En este

ISSN: 2452-4751

Volumen 13 N°1, 2023, pp. 142-155

sentido, el hito que consideran más importante es la construcción de la Ruka, pues, en propias palabras del Machi: “podimos instalar un poco de nuestro mundo aquí en la ciudad”.



Fotografía 1

La Ruka y su entrada principal ubicada hacia el oriente. Al fondo se encuentran las instalaciones del CESFAM

En este sentido, Carmona (2015), nos propone que la Ruka forma parte del proceso de revitalización y participación activa de las comunidades Mapuche en la ciudad. Si bien su diseño y construcción corresponden a conocimientos utilizados por el mundo Mapuche antes de la llegada de Colón y mantenidas a través de los siglos, y ubicadas generalmente en espacios rurales, hoy son utilizadas en las ciudades además como un nuevo lugar de lo político. En ellas, confluyen los lenguajes ancestrales y los institucionales. Es un lugar donde se analizan las opciones y se vislumbra el porvenir. Sin embargo, la Ruka no formaba parte de ningún plan o programa de salud intercultural creado por el Estado en sus inicios. Fue un proceso que las propias comunidades, poco a poco, fueron disputando e instalando. Por ejemplo, el Machi nos explica lo que ocurrió cuando se inaugura el PESPI, y la comunidad Mapuche es recibida y presentada a los profesionales del CESFAM:

Quando empezamos aquí, nos llevaron a una sala donde había una camilla, una silla, una mesa y un librero. Nos mostraron donde estaba el baño. Y después tuve una reunión con el director de CESFAM de ese tiempo que me dijo que podía atender en esa sala. Pero yo le pregunté: ¿y dónde vamos a preparar el Lawen? El director me dice que no sabía que yo preparaba hierbas. Pero si queríamos, lo podíamos hacer aquí en la cocina del CESFAM. Yo le respondí: yo no preparo el Lawen, eso lo hace el Lawentuchefe (L.A.,9 de octubre de 2019).

ISSN: 2452-4751

Volumen 13 N°1, 2023, pp. 142-155

Incluso en la actualidad, el Estado concibe que las medicinas ancestrales pueden operar dentro de las instalaciones de los centros de salud convencionales. Tal es el caso de Hospital Intercultural Kallvu Llanca, ubicado en el sur de Chile, específicamente en la comuna de Cañete. Se propone como un lugar donde confluyen tanto convencional como Mapuche. Sin embargo, en palabras del Machi:

Ese hospital que se llama intercultural en el sur no es Mapuche. No puede serlo. El Machi, como cada integrante de la comunidad tiene su lugar y su función. Si los de allá piensan que está bien que un Machi trabaje en un box [sala de atención] de hospital, están equivocados. Nosotros sabemos qué es lo que hace el Mapuche. No los winkas<sup>4</sup>. Por eso era importante para nosotros tener nuestro propio espacio y tener la Ruka (L.A., 4 de diciembre de 2019).

Es decir, enactar la medicina Mapuche implica también en la movilización específica de materialidades. Y esta disputa, como vemos, tiene un sentido ontológico. Cuando el Machi se niega a realizar su trabajo en un “box” del centro de salud, no es una resistencia que pueda interpretarse de manera sencilla como plantea el relativismo cultural de la enfermedad. Es más bien una resistencia a la naturalizada materialidad y diseño que tiene el modelo de salud convencional. Y esto nos confirma dos situaciones. Por un lado, lo que Helén (2007), advierte sobre las condiciones subalternas de los grupos indígenas cuando interactúan con instituciones del Estado. En específico, en cómo estos grupos deben explicitar constantemente cuáles son sus coordenadas epistemológicas y ontológicas de salud, debido a que estas no son reconocidas. Pero al mismo tiempo, que los conocimientos y prácticas convencionales (las que provienen del Estado y sus servicios de salud) al estar legitimados socialmente, operan naturalmente como si, solo existiera una determinada forma y condiciones materiales para enactar la salud.

Pues bien, la que podríamos llamar como inconsciencia epistémica del PESPI, también lo es ontológica y material, como un efecto de la reducción del otro indígena, a una definición rudimentaria o *folk* sobre quienes son. Dicho de otra manera, la imposibilidad de la salud convencional para imaginar que una comunidad Mapuche puede utilizar otro lugar -materialidad- para enactar su mundo, nuevamente nos habla de la relación asimétrica y los efectos de la idea del otro cultural basado en los supuestos moderno-occidentales, como una versión incompleta de la realidad.

Sin embargo, debo agregar que la relación entre las comunidades y el Estado, las primeras, a pesar de no ser reconocidas, sí son conscientes de las configuraciones onto-epistémicas del segundo. Y esto representará una ventaja para la comunidad, ya que pueden comparar ambas medicinas, diferenciarlas y establecer estrategias de mundificación (Escobar, De la Cadena y Blaser, 2017), aun cuando estén en un entorno precario y asimétrico que el Estado les ofrece. En ese sentido el Lonko lo señala muy claro:

Nosotros tenemos que saber muy bien cómo funciona la otra cultura, para que así vayamos viendo hasta donde podemos lograr cosas y cuando también debemos decir que no. Porque somos diferentes. Pero hay muchas veces que ellos no saben que hay cosas que simplemente no podemos hacer. Pero ahí debemos estar nosotros y saber hablarles para que nosotros hagamos lo nuestro (J.T., 17 de noviembre de 2021).

Entonces, es este marco de negociación donde surge la Ruka. Esta comunidad inició sus trabajos de atención motivados por la convicción de hacerlo. Y a pesar de que es posible rastrear hasta los años 90' a la CONADI, y su propósito por apoyar las iniciativas indígenas, el primer paso lo dio esta

---

<sup>4</sup> Winka es una forma despectiva de referirse a la población no Mapuche. Tiene sus orígenes en los primeros encuentros de los españoles que llegaron a este territorio. Se refiere tanto a una persona extranjera, como también de malos comportamientos.



ISSN: 2452-4751

Volumen 13 N°1, 2023, pp. 142-155

comunidad. Sabían que lo primero que necesitaban era un lugar donde ofrecer sus conocimientos. Por ello, será en el año 1999, cuando obtienen la autorización legal para utilizar un terreno precisamente ubicado detrás del CESFAM, es decir, atrás de este centro de salud comunitario. En este sentido, el Machi lo explica:

Esto era un basural. Aquí vinimos todos los fines de semana a limpiar y arreglar hasta dejarlo bonito y preparado para atender la gente. Igual me llamó la atención de que siendo un terreno que se encuentra detrás de un lugar de salud, se ocupara como basural y nadie del consultorio [CESFAM] se preocupara de eso. Pero así empezamos (L.A.,9 de octubre de 2019).

Este trabajo, en ninguna parte descrita ni tampoco apoyada por el CONADI, responde a la búsqueda de un lugar propio donde ejercer la salud Mapuche. Cuando la comunidad vuelve pública su constitución, debieron reunirse con las entonces autoridades municipales, y también con el entonces director del CESFAM. Sin embargo, la historia que llevará a la construcción de ella empieza precisamente fuera de Chile.

Una vez oficializado el inicio del PESPI, la comunidad decide realizar un acto público de inauguración. El terreno ya limpio, con árboles y plantas traídas desde la tierra donde nació el Machi - todos plantados de acuerdo con el orden necesario- se procedió al acto. Fueron invitados el Alcalde del época, junto con el encargado Municipal de salud, el director de CESFAM y un representante del Ministerio de Salud. Además, por actividades anteriores del Machi, este pudo invitar al entonces Embajador de Canadá a la ceremonia. Junto a unas 20 personas, la comunidad realiza el acto. Lamentablemente, el Alcalde no pudo estar presente. Al finalizar, la única autoridad que pregunta sobre la fuente de financiamiento es el Embajador. En respuesta, el Machi explica que solo cuentan con \$800.000 pesos chilenos<sup>5</sup>. El embajador invita al Machi y a toda la comunidad a una reunión, donde le promete apoyo para fortalecer su trabajo.

Así es como el embajador de Canadá se volverá en el primer actor de importancia en la legitimidad de la comunidad para con las autoridades chilenas -en el largo camino de 20 años- para obtener mayor financiamiento. La suma de dinero que tenían disponible- que mencionamos arriba-, podría con suerte costear el pago de los servicios de una o dos personas de la comunidad por un mes. En cambio, con ese monto debería trabajar durante un año completo la comunidad entera. Por este motivo, el embajador les apoyará con una suma similar y les ofrecerá apoyo para dialogar con autoridades chilenas más adelante. Y aun cuando existen críticas al sistema de salud canadiense en sus formas de abordar lo intercultural (Kral, Idlout, Minore, Dyck & Kirmayer, 2011), han trabajado e investigado hace décadas la complejidad que podría significar un sistema de salud intercultural (Kaufert & Koolage, 1984), que implica procesos de negociación más allá del perspectivismo cultural (Fuller, 2003). Por ello, la sensibilidad del embajador frente al lugar precario de la comunidad podría tener su origen en esa historia y configuraciones distintas sobre lo intercultural en salud. Al mismo tiempo, nos habla de la presencia del colonialismo interno chileno hacia lo indígena. Como nos plantea Carrasco (2013), las lógicas del proyecto moderno-occidental habitan incluso los espacios de salud que se inscriben en los modelos comunitarios de salud o que buscan estar más cerca de la vida cotidiana de la población. De este modo, las prácticas y conocimientos Mapuche son traducidas como no importantes o menospreciadas por los profesionales chilenos, a tal punto, que el embajador de un país tan lejano es capaz de notarlo este acto y actuar de otra manera.

Ahora bien, como he planteado, existe un vacío del que la comunidad es consciente. Uno de ellos, refiere a qué es ser Mapuche en un espacio urbano. Para el Machi, esto resultará una ventaja

---

<sup>5</sup> Si calculamos históricamente el cambio en la inflación, ese dinero podría corresponder aproximadamente a 500 USD actuales.

ISSN: 2452-4751

Volumen 13 N°1, 2023, pp. 142-155

permanente, que buscarán llenar y disputar con los elementos que encontrarán necesarios. O como plantea el Machi:

Es que ser Machi, no es algo que se aprende en la universidad. Yo nací así. Entonces, ellos [personeros del Estado] creen que saben lo que somos nosotros y lo que podemos hacer. Pero en realidad no saben. Y es responsabilidad de nosotros preservar el mundo Mapuche, no de ellos (L.A., 21 de abril de 2021).

Un segundo apoyo internacional fue realizado por una fundación japonesa, con quien mantienen contacto en la actualidad. En conjunto con el apoyo del embajador, pudieron conseguir la legitimidad necesaria para obtener los recursos nacionales para la construcción de la Ruka a través de CONADI, y en el marco de la reforma a la Ley Indígena (Biblioteca del Congreso Nacional, 2000). Luego de 10 años de trabajo, la Ruka fue levantada el año 2010, tal como la hubieran construido los abuelos del Machi. Además de los materiales específicos, que debieron buscarse en el sur de Chile, fue necesario contratar a un antiguo constructor de la misma zona. Sumando las experiencias, recuerdos y conocimientos de este último y la comunidad, fue construida bajo las coordenadas que correspondían. La entrada principal ubicada al oriente. La salida hacia el poniente. Al interior dividida en 3 zonas. Una primera, un lugar donde comer. Un segundo, el fogón -lugar donde se cocina- y, un tercero, un lugar donde se preparan las hierbas.

De esta manera, la Ruka tendrá al menos funciones. La primera función, de carácter más externa, es la visita frecuente de todo tipo de autoridades, tanto de salud, como de gobierno local o central. Obtener una fotografía con la comunidad, o más específicamente, con el Machi frente a la Ruka, al parecer funciona como un ejercicio de legitimación pública sobre la cercanía de esas personas con lo intercultural. Y esto no excluye ningún gobierno o afiliación partidaria. Todos quienes pueden, desde ministros, hasta alcaldes, intentan visitar el lugar. En este sentido, como propone Debray (1995), la Ruka se vuelve un lugar que forma parte de las prácticas de mediación simbólicas del Estado. Es decir, la fotografía con ella es un ejercicio que podemos atribuir a las estrategias de seducción del Estado para con la población, utilizando la imagen como una evidencia de su compromiso y una herramienta de eficacia simbólica para establecer o modificar el estado de las cosas. En este caso, el lugar de lo intercultural y su importancia para quienes figuran ahí.

Pero la segunda función, desde la comunidad, la constituye una movilización de materialidades. Estas se han descrito como una estrategia de las comunidades para enfrentar los espacios donde co-existen con el Estado y sobrevivir a los contextos coloniales. Sin embargo, debemos situar esta movilización como parte de los materialismos indígenas y no como parte de los nuevos materialismos. Hokowhitu (2020) propone que, a pesar de los esfuerzos que resultan plantear los nuevos materialismos como parte de la crítica posthumanista al contexto actual de las investigaciones en las ciencias sociales y precisamente, también como crítica al construccionismo social, no podemos olvidar que las comunidades indígenas llevan realizando sus propios materialismos antes de estas propuestas académicas y estos, efectivamente, trascienden a lo humano. Incluso, pueden superar los dualismos naturaleza-cultura o cuerpo-mente (Ravenscroft, 2018). En este sentido, la Ruka conecta con agencias que no son de total control de los integrantes de la comunidad.

En conjunto con ella, y ubicada precisamente en frente de la salida principal de la Ruka, se encuentra el Rewe (Fotografía 2). Como tal, es un elemento sagrado para el mundo Mapuche. Constituye una conexión viva con el pasado y el centro de las actividades más importantes que ya mencionamos, entre ellas, el Nguillatún y el Wiñol Tripantu. Todas ellas ceremonias fundamentales del mundo Mapuche, que implican el cuidado, la reflexión y la proyección de la comunidad en el tiempo. En palabras de la Lawentuchefe:

ISSN: 2452-4751

Volumen 13 N°1, 2023, pp.142-155

El Rewe es un lugar que conecta con el pasado y otros Newén [energías buenas o malas], pero también es testigo de todo lo bueno y lo malo que hacemos aquí (G.H., 9 de junio de 2021).

Es decir, el Rewe es una entidad que observa y cuenta con una moralidad propia más allá de la comunidad. Puede juzgar, pero también proteger. El Lonko nos plantea que junto con la Ruka, son los encargados de proteger a la comunidad y el territorio donde se encuentran. Esto significa que ambas cuentan con las herramientas necesarias para evitar que malas energías lleguen o se vayan del lugar. Como también, apoyar que buenas energías entren y sean parte incluso de la comunidad. En otras palabras, la Ruka y el Rewe formarían parte de lo que Barad (2012), llama realismo agencial. Esto significa posibilidades de agencia más allá de la humana, donde no sólo existen relaciones entre objetivos, entidades, subjetividades, materialidades y por supuesto, ontológicas y epistemológicas, sino también éticas, todas ellas co-existiendo una red inseparable. De esta manera, Ruka y Rewe forman parte de una red de relaciones recíprocas con la comunidad y el territorio, lo cual implica, como propone Deloria (1996), que vivimos en un universo moral donde todas las acciones y entidades están relacionadas, donde la responsabilidad está siempre presente para participar en la continua creación de la realidad.



Fotografía 2

Entrada principal de la Ruka, ubicada hacia el oriente. Se aprecia el Rewe, que protege la entrada

ISSN: 2452-4751

Volumen 13 N°1, 2023, pp. 142-155

## 4. Conclusiones

Entonces, en este artículo intenté mostrar el conjunto de relaciones en las que se encuentra el PESPI. A pesar de dificultades y prejuicios epistemológicos, la comunidad Mapuche encuentra los espacios y es creativa enacting su mundo, con sus propias materialidades (Ruka), disputando el sentido natural de las prácticas convencionales en salud, que son concebidas como única forma de entregar servicios sanitarios dentro de sus centros. Y si bien, esta comunidad Mapuche aprovecha estas grietas, sus prácticas han sido de un tremendo esfuerzo y compromiso que no es posible comprender sino en la encarnada consciencia de ser una ontología diferente a la occidental, que puede ofrecer conocimientos de salud a toda la población sin importar si son o no Mapuche.

Por otro lado, he mostrado las limitaciones del concepto interculturalidad en general y la pertinencia cultural que provienen del Estado, al momento de crear instancias e instituciones donde se provean servicios de salud intercultural. El prejuicio epistémico de la herencia moderna-occidental presente en la ausencia de apoyos y recursos es evidente. Pero también la pretensión colonial de comprender todos los procesos que podemos llamar “salud-enfermedad”, cuando al Machi le proponen trabajar en un “box”. La Ruka, no es un simple capricho. Hemos revisado que su existencia es producto de negociaciones, esfuerzo y búsqueda de legitimidad a través de actores externos al Estado. La Ruka es una entidad que forma parte del mundo Mapuche y que es traída a la realidad urbana para enacting los conocimientos que sean necesarios cuando una persona solicita ayuda por depresión. Aun cuando el Machi nos comenta, que para él no existe la salud mental. Entonces, no podemos afirmar aquí que podemos traducir o interpretar de manera unívoca lo que el Machi y la Comunidad Mapuche enacting. Lo que sí podemos decir, es que debemos estar conscientes de los límites y los perjuicios que provoca nuestro onto y ‘epistemocentrismo’, que cree que estamos comprendiendo lo que dicha comunidad realiza.

Por lo tanto, cualquier intervención desde el Estado o profesionales que se hayan formado en las coordenadas onto-epistémicas modernas, necesitan una revisión profunda de los supuestos de sus prácticas si buscan promover y crear instituciones de salud mental interculturales. Pues al menos, debieran orientarse en términos interepistémicos. Ya que, para superar la dualidad moderna, deberíamos posicionarnos en un lugar de ontologías relacionales (Blaser, 2019). Es decir, por una parte, ser capaces de reconocer la existencia de otros conocimientos no occidentales, que pueden ser incluso más efectivos que los nuestros, pero que no están configurado bajo los supuestos y relatos que establecemos como lo científico. Y por otra, que nuestros conocimientos -modérmicos-son una posibilidad entre muchos, son limitados y poseen relatos y supuestos que pueden ser dañinos. Pero tal vez, lo más importante si nos interesa la intervención, es que nuestros conocimientos cuentan con un poder y legitimidad socio-histórica-política, que puede impedir la creación y resolución de problemas, ya que estamos encerrados en el mito de solo nosotros contamos con conocimientos, y los demás, con creencias. En otras palabras, seguiremos siendo parte de la reproducción del mito moderno-occidental que nos tiene en la actual crisis civilizatoria, cuando vemos grupos humanos que voluntariamente nos ofrecen otros horizontes.

## Referencias

- Barad, K. (2012). Interview. In R. Dolphijn & I. Van der Tuin (Eds.), *New materialism: Interviews & cartographies* (pp. 48-70). Michigan: Ann Arbor, MI: Open Humanities Press.
- Biblioteca del Congreso Nacional (2000). *Ley indígena: ley no. 19.253*. Recuperado de [https://www.bcn.cl/catalogo/detalle\\_libro?bib=116675](https://www.bcn.cl/catalogo/detalle_libro?bib=116675)
- Blaser, M. (2010). *Storytelling Globalization from the Chaco and Beyond*. Durham: Duke University Press
- Bolados, P. (2009). ¿Participación o pacificación social? La lógica neoliberal en el campo de la salud intercultural en Chile: El caso Atacameño. *Estudios atacameños*, (38), 93-106.

ISSN: 2452-4751

Volumen 13 N°1, 2023, pp. 142-155

- Carmona, R. (2015). Rukas en la ciudad. Cultura y participación política Mapuche en la región Metropolitana. *Antropologías del Sur*, 2(4), 67-87.
- Carrasco, J. (2013). Interventores en salud mental y psiquiatría como interfase en un orden colonial. *Sociedad Hoy*, (25), 79-95.
- Debray, R. (1995). *El estado seductor: Las revoluciones mediológicas del poder*. Buenos Aires: Ediciones Manantial.
- Deloria Jr, V. (1996). Reserving to Themselves: Treaties and the Powers of Indian Tribes. *Ariz. L. Rev.*, 38, 963.
- Escobar, A. (2011). *Encountering development: The making and unmaking of the Third World* (Vol. 1). Princeton: Princeton University Press.
- Escobar, A., De la Cadena, M., y Blaser, M. (2017). Editorial: Breve nota sobre el pluriverso. *Pluriverso*, 1, 7-10.
- Flick, U. (Ed.). (2012). *The SAGE handbook of qualitative data analysis*. New York: Sage Publications, Inc.
- Fuller, J. (2003). Intercultural health care as reflective negotiated practice. *Western Journal of Nursing Research*, 25(7), 781-797.
- Grosfoguel, R. (2009). A decolonial approach to political-economy: Transmodernity, border thinking and global coloniality. *Kult*, 6(1), 10-38.
- Guba, E. & Lincoln, Y. (1994). Competing paradigms in qualitative research. In N. Denzin & Y. Lincoln (Eds.), *Handbook of qualitative research* (pp. 105-117). New York: Sage Publications, Inc.
- Guess, T. (2006). The social construction of whiteness: Racism by intent, racism by consequence. *Critical Sociology*, 32(4), 649-673.
- Helén, I. (2007). Multiple Depression. *J Med Humanit*, 28, 149-172.
- Hokowhitu, B. (2020). The emperor's 'new' materialisms: Indigenous materialisms and disciplinary colonialism. In B. Hokowhitu, A. Moreton-Robinson, L. Tuhiwai-Smith, C. Andersen, S. Larkin (Eds.), *Routledge handbook of critical indigenous studies* (pp. 131-146). London: Routledge.
- Kaufert, J. & Koolage, W. (1984). Role conflict among 'culture brokers': The experience of native Canadian medical interpreters. *Social Science & Medicine*, 18(3), 283-286.
- Kral, M., Idlout, L., Minore, J., Dyck, R. & Kirmayer, L. (2011). Unikkaartuit: Meanings of well-being, unhappiness, health, and community change among Inuit in Nunavut, Canada. *American journal of community psychology*, 48(3), 426-438.
- Latour, B. (2007). *Reassembling the social: An introduction to actor-network-theory*. Oup Oxford.
- Matthews, R. (2017). The cultural erosion of Indigenous people in health care. *CMAJ*, 189(2), E78-E79.
- Menéndez, E. (2016). Intercultural health: Proposals, actions and failures. *Ciencia & saude coletiva*, 21, 109-118.
- Ministerio de Salud (1996). *Primer encuentro Nacional de Salud y Pueblo Indígenas: Hacia una Política Nacional Intercultural. Programa de Salud con Población Mapuche* (3ª Ed.). San Miguel: Servicio de Salud Araucanía.
- Mol, A. (1999). Ontological politics. A word and some questions. *The sociological review*, 47(1\_suppl), 74-89.
- Parker, A. & Tritter, J. (2006). Focus group method and methodology: current practice and recent debate. *International Journal of Research & Method in Education*, 29(1), 23-37.
- Patel, V., Collins, P., Copeland, J., Kakuma, R., Katontoka, S., Lamichhane, J., ... & Skeen, S. (2011). The movement for global mental health. *The British Journal of Psychiatry*, 198(2), 88-90.
- Peräkylä, A. & Ruusuvoori, J. (2008). Analyzing talk and text. *Collecting and interpreting qualitative materials*, 3, 351-374.
- Pollock, N., Naicker, K., Loro, A., Mulay, S., & Colman, I. (2018). Global incidence of suicide among Indigenous peoples: a systematic review. *BMC medicine*, 16(1), 1-17.
- Ravenscroft, A. (2018). Strange weather: Indigenous materialisms, new materialism, and colonialism. *Cambridge Journal of Postcolonial Literary Inquiry*, 5(3), 353-370.
- Ruano, J. (2017). Interculturalidad y descolonialidad. *Revista nuestraAmérica*, 5(9), 38-57.

ISSN: 2452-4751

Volumen 13 N°1, 2023, pp.142-155

Sayer, A. (2004). Why critical realism? In S. Fleetwood, & S. Ackroyd (Eds.), *Critical realist applications in organisation and management studies* (pp. 6-20). London: Routledge.

Seawright, J. & Gerring, J. (2008). Case selection techniques in case study research: A menu of qualitative and quantitative options. *Political research quarterly*, 61(2), 294-308.