

**¿DOMINAR A TRAVÉS DE LA PARTICIPACIÓN?
EL NEOINDIGENISMO EN EL CHILE DE LA POSDICTADURA**

*DOMINATING THROUGH PARTICIPATION?
THE SHAPING OF NEOINDIGENISM IN
POST-DICTATORSHIP CHILE*

Guillaume Boccara*

Paola Bolados**

* CNRS, EHESS, Francia. E-mail: chuleimi@yahoo.fr.

** IIAM, Universidad Católica del Norte, Chile. E-mail: paobolados@yahoo.com.ar

RESUMEN

Desde la vuelta a la democracia se ha iniciado en Chile un proceso de redefinición de la relación del estado con los pueblos indígenas del país. A través de la implementación de un innovador y multimillonario programa de etnodesarrollo llamado Orígenes, del fomento de la participación comunitaria indígena y de la instalación de políticas interculturales en salud y educación, se busca conseguir la verdadera integración de las poblaciones originarias y caminar hacia la formación de una ciudadanía cultural. En este ensayo, examinamos la naturaleza política de este nuevo proyecto cultural nacionalizador llamado multiculturalismo a través de sus prácticas y representaciones cotidianas en sitios etnográficos específicos. Focalizamos nuestra atención sobre uno de los instrumentos más potentes del neoindigenismo chileno de la última década, a saber: El Programa de Desarrollo Integral de Comunidades Indígenas, conocido como Orígenes. Dentro de este Programa de etnodesarrollo concentramos nuestra mirada sobre la formación del campo etnoburocrático de la salud intercultural en el norte de Chile mediante el análisis de la primera consultoría en salud intercultural en la Comuna de San Pedro de Atacama, destacando la centralidad de la participación, principio político predilecto del ejercicio del nuevo poder de estado.

Palabras clave: neoindigenismo - etnodesarrollo - salud intercultural - Chile - atacameños

ABSTRACT

Since the democratic restoration in 1990, the Chilean state has been concerned with its connectedness to the civil society and nowadays, participation and empowerment are political buzzwords that are omnipresent in politicians' debates and the marketing of democracy. An especially important issue in this regard is the emergence of the so-called multicultural citizenship and the widespread recognition of cultural diversity accompanied by the will to empower disadvantaged, discriminated against and marginalized indigenous peoples. Since the beginning of the 1990s, cultural diversity has become the new universal, and there is a novel interest in the indigenous community as a self-generating formation capable of governing itself. Nevertheless, it is worth observing that this will to improve the fate of the natives through new forms of citizen's participation, cultural dignifying and the implementation of an IDB-funded ethnodevelopment program called *Origins*, is intrinsically connected to the neoliberal agenda of the postcorporatist state and new forms of social domination. In this paper, we shall analyze the ways multiculturalism intersects with new modes of neoliberal governance through the study of the implementation of Intercultural Health in San Pedro de Atacama (II Region).

Key words: neoindigenism - ethnodevelopment - intercultural health - Chile - atacameños

EL PODER DEL NEOLIBERALISMO CULTURAL

Desde la vuelta a la democracia, y bajo los distintos gobiernos de la Concertación ¹, se ha iniciado en Chile un proceso de redefinición de la relación del estado con los pueblos indígenas del país. Los debates públicos con respecto a la deuda histórica de Chile para con “sus etnias originarias” ², la promulgación de una nueva legislación que reconoce y promueve la diversidad cultural y la creación de nuevas instancias de mediación entre el estado y los pueblos indígenas, conducen a muchos observadores a sostener que el país ha dejado definitivamente atrás la vieja y obsoleta política asimilacionista de los siglos anteriores. El discurso político oficial repite *ad nauseam* que Chile ha entrado en el tercer milenio dotado de una política de reconocimiento que le permite redefinirse como nación, ya no en base a la tradicional matriz blanca-europea, sino como entidad pluricultural y multiétnica. A través de la implementación de un innovador y multimillonario programa de etno-desarrollo llamado Orígenes ³, del fomento de la participación comunitaria

¹ La Concertación de Partidos por la Democracia o simplemente “Concertación” es una coalición política de partidos de centro (Democracia Cristiana, Partido Radical) y centro-izquierda (Partido Socialista, Partido por la Democracia) que han gobernado Chile desde la vuelta a la democracia en marzo 1990. Nació para organizar la oposición política al régimen militar de Augusto Pinochet.

² En la nueva ley indígena de 1993, no se hace referencia a la existencia de “pueblos indígenas” sino a “etnias originarias”. Es dable precisar que la existencia de los pueblos indígenas no está mencionada en la constitución chilena y que Chile es uno de pocos países que no firmaron el Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT).

³ Orígenes o Programa de Desarrollo Integral de Comunidades Indígenas se empezó a implementar en Chile en el año 2001. Es un Programa de 133 millones de dólares que tiene como objetivo contribuir al desarrollo y mejoramiento de la calidad de vida de los pueblos aymara, atacameño y mapuche del sector rural. Está financiado en parte a través de un préstamo de 80 millones de dólares del Banco Interamericano de Desarrollo. El ejecutor principal del Estado de Chile durante la primera fase de Orígenes (2001-2005) fue el MIDEPLAN (Ministerio de Planificación). A partir del año 2007, y al iniciarse la segunda fase del programa, Orígenes fue incorporado administrativamente a la Corporación Nacional de Desarrollo Indígena (CONADI), servicio público creado por la Ley Indígena 19.253 de 1993.

indígena y de la instalación de políticas interculturales en salud y educación, se busca conseguir la verdadera integración de las poblaciones originarias y caminar hacia la formación de una ciudadanía cultural. Definiendo en una sola palabra de aparente sencillez este nuevo marco social, ideológico, legal e institucional, el multiculturalismo se ha instalado con fuerza en la arena pública. Los problemas sociales se interpretan desde ahora en clave étnica. Nuevos rituales públicos contribuyen a fabricar la imagen de un Chile plural pero unido. El país parece iniciar el tercer milenio animado de un impetuoso deseo por re-imaginar su cuerpo político como nación, dispuesto a reparar el daño histórico infligido a sus poblaciones originarias y a otorgarles a sus hijos nativos un lugar digno en el seno de la comunidad nacional.

En este artículo nos proponemos examinar la naturaleza política de este nuevo proyecto cultural nacionalizador llamado multiculturalismo a través de sus prácticas y representaciones cotidianas en sitios etnográficos específicos. Nos interesaremos por la manera como se está implementando este nuevo orden de la cosa pública vía la redefinición de las figuras de la alteridad y el uso de nuevas tecnologías de saber-poder para la resolución del llamado “problema indígena”. Si bien numerosos trabajos recientes han tratado sobre la política de reconocimiento de estado hacia los pueblos originarios y de la influencia ejercida por la llamada comunidad internacional mediante las diversas normativas legales con respecto del reconocimiento de los derechos colectivos de los pueblos indígenas (Aylwin 2001; Bengoa 1999; Gundermann *et al.* 2003; Haughney 2006; Saavedra 2003), poca atención se ha prestado a la mecánica concreta, en terreno, del multiculturalismo y a sus efectos en la definición de las identidades colectivas e individuales.

Dada la amplitud del tema, focalizaremos nuestra atención sobre uno de los instrumentos más potentes del neoindigenismo chileno de la última década, a saber: el Programa de Desarrollo Integral de Comunidades Indígenas, conocido como Orígenes. Dentro de este Programa de etnodesarrollo que abarca nada menos que las esferas de la salud, de la educación, del fortalecimiento institucional y agro-productivo, concentraremos nuestra mirada sobre la formación del campo etnoburocrático de la salud intercultural en el norte de Chile. Para tal efecto, analizaremos la primera consultoría en salud intercultural del programa Orígenes en la Comuna de San Pedro de Atacama⁴,

⁴ La Comuna de San Pedro de Atacama es parte de la Provincia del Loa, Región de Antofagasta en el norte de Chile y está conformada por las localidades de San Pedro y sus *ayllus*, Toconao, Peine, Socaire, Talabre, Cámar, Río Grande y Machuca. Consta de casi 5.000 habitantes, cuyo 60 % se reconoció como pertenecientes al pueblo atacameño en el último censo del 2002, resultando ser la tercera localidad con mayor población atacameña después de Antofagasta y Calama. En términos generales, la población atacameña repre-

destacando la centralidad de la participación, principio político predilecto del ejercicio del nuevo poder de estado. Tomando en serio, pero no al contado la retórica participativa del estado, o lo que podríamos llamar la *doxa* neoindigenista, examinaremos las categorías y los dispositivos mediante los cuales el espacio social de la salud intercultural es construido, las nuevas modalidades de legitimación-deslegitimación de las medicinas llamadas ancestrales y, desde una perspectiva más general, los efectos sociopolíticos de la máquina etnodesarrollista neoliberal. Veremos que la nueva retórica multicultural pregonada por los agentes estatales y privados o para-estatales así como también por un número creciente de científicos sociales convertidos en expertos de la nueva etnoburocracia tiende a ocultar las nuevas vías mediante las cuales se ejerce la violencia simbólica de la democracia multicultural de libre mercado. Veremos también que el multiculturalismo o neoindigenismo de estado se despliega vía el uso de palabras aparentemente tan neutras y evidentes como las de comunicación intercultural, participación, empoderamiento, capital social, pobreza, etc., o mediante principios arbitrarios de visión y división del mundo social (tradicional/moderno, medicina ancestral/biomedicina) que contribuyen a la construcción de un nuevo orden representacional y material dominante así como al ocultamiento de formas alternativas de interpretar las desigualdades y de organizarse o de hacer política.

En la primera parte de este trabajo, haremos una breve presentación del llamado a licitación que desembocó en la realización de una consultoría cuya meta era “diseñar y sistematizar las experiencias piloto de atención y gestión intercultural de salud” en la zona norte de Chile. Fijaremos luego nuestra atención sobre dos talleres de validación de esta consultoría que se desarrollaron en la Comuna de San Pedro de Atacama en 2006 y 2007. Finalmente, desarrollaremos una reflexión más general sobre la naturaleza del neoliberalismo multicultural en Chile.

PRIMER ACTO: EL NACIMIENTO DE LA SALUD INTERCULTURAL EN TERRITORIO ATACAMEÑO

En el campo de la salud a nivel local, el Programa Orígenes inició sus actividades el año 2001 con la creación de una Mesa de Diálogo que agrupaba a distintos representantes de organizaciones y comunidades indígenas atacameñas y donde, por primera vez, se convocaba a dirigentes y líderes

senta un 3 % de la población indígena nacional, de la cual un 66 % radica en la región de Antofagasta, mayoritariamente en la ciudad de Calama (aproximadamente un 87 % del total de población en la región).

interesados en visibilizar al sistema médico indígena. Orígenes apoyó la realización de encuentros de salud ancestral e intercultural en los ayllus de Sequitor, Quitar y Caspana, donde fueron tomando forma y sistematizadas las llamadas demandas de reconocimiento de la medicina indígena a nivel local. Luego de la disolución de esta primera instancia de diálogo, por razones que sería demasiado largo exponer aquí, la naciente salud intercultural en zona atacameña pareció estancarse. Es solo después de varios meses sin actividad real que el Programa Orígenes vuelve a desarrollar sus actividades con el fin de apoyar el “Diseño de experiencias piloto de atención y gestión intercultural de salud en las primera y segunda regiones de Chile”. Es al análisis del reinicio de las actividades del Programa Orígenes en territorio atacameño que nos dedicaremos a continuación.

A fines del año 2005, el Servicio de Salud de Arica publica las bases técnicas de la consultoría llamada “Apoyo al diseño de experiencias piloto de atención y gestión intercultural de salud en las Primera y Segunda regiones”⁵. En la licitación pública se precisa que esta actividad se integra dentro del subcomponente de Desarrollo de Modelos Interculturales de Atención en Salud del componente Salud Intercultural del Programa Orígenes. Si bien los co-ejecutores en este caso son los PESPI (Programa de Salud Especial de Pueblos Indígenas) de los Servicios de Salud Arica y Antofagasta, es el programa Orígenes que financia la actividad en acuerdo con el Reglamento Operativo de ese programa que prevé la compra de servicios a consultoras externas.

¿Cuáles son las grandes líneas de esta consultoría?

El objetivo general es “diseñar y sistematizar las experiencias piloto de atención y gestión intercultural de salud” en tres espacios de las primera y segunda región. Los consultores deben “diseñar, implementar y sistematizar perfiles epidemiológicos validados comunitariamente en Putre y San Pedro de Atacama” así como “apoyar en terreno la planificación participativa” y “la institucionalización de la experiencia de la salud intercultural desde la maternidad del hospital de Iquique”. El perfil epidemiológico realizado en la zona de Putre debe tomar en cuenta catorce localidades de la Provincia de Parinacota y el de San Pedro de Atacama cinco localidades. En cuanto a la experiencia de parto Aymara, se debe tomar en consideración “una muestra representativa” de cinco localidades. Las bases técnicas insisten sobre el aspecto participativo y consensuado del estudio así como también sobre la necesidad de juntar “antecedentes sobre el sistema médico indígena”. El

⁵ Las referencias textuales contenidas en esta sección corresponden a las bases técnicas de esta consultoría, elaborada por el Servicio de Salud de Arica, Chile (2005).

informe realizado por la consultora debe por otra parte ser “validado” por los grupos focalizados por el estudio y los funcionarios de los servicios de salud a través de la realización de talleres de “validación participativa de las experiencias”. El plazo para realizar los dos estudios (perfil epidemiológico y diagnóstico sociocultural), validarlos colectivamente y definir “los lineamientos para la concreción de un modelo de salud intercultural” es de cuatro meses. La suma destinada a ese efecto es de 80.000 dólares.

La consultora que responde al llamado proviene del ámbito académico. Se conforma de dos grupos de investigadores (sociólogos, antropólogos, enfermeras) de la Universidad Arturo Prat de Iquique (Instituto de Estudios Andinos de Isluga) y de la Universidad Católica del Norte (Instituto de Investigaciones Arqueológicas y Museo de San Pedro de Atacama). A pesar de que no se haya incorporado “personas indígenas con experiencia en el trabajo comunitario” en el equipo y que ninguno de los integrantes tenga “experiencia demostrable en estudios cualitativos de salud comunitaria” o “en epidemiología social”, se le otorga la consultoría a esta alianza interinstitucional. El hecho de que ninguna consultora se haya presentado a los dos primeros llamados explica en parte que no se hubiera respetado los requisitos de las bases técnicas. Los tiempos burocráticos obligan a los co-ejecutores a adjudicar la consultoría en la medida en que se hace necesario “ejecutar la plata” antes de que finalice la primera fase del programa Orígenes (2001-2005).

Dada la magnitud de la tarea, es solo después de seis meses que se presentan los resultados del estudio durante el primer taller de validación en la Comuna de San Pedro de Atacama. En la medida en que el informe epidemiológico no se valida en esa ocasión, se resuelve que será necesario tener un segundo taller de validación y se le da un plazo de varios meses a la consultora para enmendar su trabajo. Vayamos pues a la presentación y análisis de esos dos talleres de San Pedro durante los cuales los distintos protagonistas se reúnen para conversar, “en forma participativa”, de los resultados arrojados por la investigación para luego definir los lineamientos de “un modelo piloto de salud intercultural”.

SEGUNDO ACTO: ¿DOMINACIÓN O PARTICIPACIÓN? (EL TALLER DE VALIDACIÓN DEL 4 DE SEPTIEMBRE DE 2006)

Alrededor de treinta personas se juntan el día 4 de septiembre en la sede social de la Población Licancabur del pueblo de San Pedro de Atacama para asistir al “Taller de validación del proyecto apoyo al diseño de experiencias piloto en salud intercultural”. Además de los consultores del IIAM y del

Instituto de Isluga, se distingue tres grupos de personas: los funcionarios públicos de la salud (PESPI, Ministerio de Salud, Hospital de Carahue, Consultorio de San Pedro de Atacama, postas rurales de Peine y Socaire); los encargados regionales de las instituciones y programas indígenas nacionales (CONADI, Orígenes); y los cultores⁶ y dirigentes indígenas de los distintos ayllus o localidades de la comuna de San Pedro de Atacama (Peine, Talabre, Camar, San Pedro, Coyo, Solor, Toconao). Durante la sesión de la mañana, y después de una breve introducción por parte del antropólogo que coordina la investigación en la Comuna de San Pedro, la enfermera de Isluga presenta el perfil epidemiológico de la zona. Antes de ir al almorzar, los asistentes discuten el perfil epidemiológico. En la sesión de la tarde, se procede a la presentación del diagnóstico sociocultural que es, a su vez, discutido entre las personas presentes. Se prevé que al término del taller, y en caso de que los estudios hayan sido “validados”, todos los actores definan en conjunto y de manera consensuada las bases para la implementación de un modelo piloto de salud intercultural en Atacama la Grande.

Vayamos pues a la presentación más detallada de lo que ocurrió durante este primer taller de validación.

Después de que la presidenta de la junta de vecinos de la sede social Licancabur da la bienvenida a los asistentes, la enfermera de Isluga inicia la presentación del perfil epidemiológico. Se entabla rápidamente una discusión entre la consultora y los funcionarios públicos de la salud con respecto de la validez del perfil epidemiológico. La encargada del PESPI observa que no se han considerado las variables de sexo y residencia. Se critica también la ausencia del problema del alcoholismo y de las enfermedades oftalmológicas. Los consultores y funcionarios entran así progresivamente en una discusión técnica en la que los cultores no participan. Después de casi una hora de debate, las dos especialistas locales de la consultora del IIAM se quejan de que los cultores no hayan podido opinar en razón al carácter técnico y burocrático de la discusión. El funcionario del MINSAL responde que es “normal que los cultores no opinen pues esto es algo eminentemente técnico, difícil de entender”. Este funcionario, oriundo de un *ayllu* atacameño y ex-matrón de la posta de San Pedro de Atacama, reconoce que los expertos abordan “temas a partir de datos epidemiológicos a los cuales las comunidades no tienen acceso” y que “el estudio epidemiológico es meramente técnico y que, a lo mejor, en la parte sociocultural, las comunidades van a tener una participación más activa”. Además de ser excluidos del debate, los cultores

⁶ Los cultores o sanadores son los agentes indígenas de la salud, vale decir los yatiri, compositores, yerbateros, etc.

se transforman, sin querer y sin haberlo ni siquiera reivindicado, en representantes de sus comunidades. De este modo, y a través de la magia del lenguaje autorizado y legítimo, el funcionario del MINSAL excluye los indígenas del debate y los identifica como representantes autorizados de su pueblo frente a las autoridades públicas.

Se dibujan así muy precozmente en el desarrollo del taller, cuatro mecanismos que se ubican al centro del funcionamiento y de la estructuración del campo de la salud intercultural en construcción: 1) una división socio-étnica del trabajo que limita las posibilidades de participación real de los indígenas y que contribuye a reforzar la dominación social basada en la desigualdad en el volumen de las distintas especies de capital (cultural o técnico y simbólico) de los agentes presentes; 2) la construcción de los indígenas presentes como representantes legítimos de su pueblo que deben comprometerse en nombre de sus comunidades; 3) la construcción de la población indígena como población, vale decir como un todo homogéneo que es aprehendido a través de datos estadísticos concebidos como reflejo de una realidad social preexistente; 4) el papel de intermediario de los funcionarios indígenas que circulan entre distintos espacios (burocrático, médico, comunitario), que piensan saber mejor que los indígenas lo que es bueno para los indígenas y cuyas tomas de posiciones están determinadas por las posiciones que ocupan dentro del nuevo campo etnoburocrático en construcción.

La existencia de estos mecanismos de dominación, consagración, naturalización e intermediación que veremos funcionar a lo largo de los distintos talleres permite una primera acotación: a diferencia de lo postulado comúnmente (Alarcón *et al.* 2003), nos parece que la salud intercultural no es un ente abstracto o un simple “modelo de atención con pertinencia cultural”, sino que es un espacio social concreto en el cual existen relaciones de poder y luchas de clasificaciones entre agentes que se encuentran constreñidos por la lógica del campo burocrático. Por otra parte, como lo veremos a continuación, el taller constituye mucho más que una instancia de validación de investigaciones epidemiológicas y socioculturales. Es el lugar en el cual se construyen y legitiman los nuevos agentes de la salud intercultural. Es un escenario social en el que se ponen en marcha mecanismos de autenticación cultural y de autorización política. Es en estos espacios públicos concretos y en sus relaciones con otros campos de poder (médico, burocrático) que se construye la salud intercultural, con sus agentes, apuestas, capitales específicos y vía la imposición de mecanismos específicos y novedosos de construcción de una opinión colectiva.

Después de casi dos horas de debate entre funcionarios y consultores, un dirigente del *ayllu* de Talabre se atreve a tomar la palabra. Pide que el sistema

formal de salud se mejore en términos de calidad y cantidad de remedios, de atención y de prevención. Cuenta que su propia experiencia con el sistema de salud oficial ha sido negativa y propone “que se realicen exámenes durante las rondas médicas”. En esta primera intervención no se menciona en ningún momento el tema del llamado sistema médico indígena como tampoco se plantea el de la llamada salud intercultural. La preocupación central de ese dirigente es “que los remedios no lleguen vencidos a las comunidades”. Algunos minutos después, un cultor del *ayllu* de Solor pregunta “cuáles van a ser las conclusiones para mejorar la cuestión de la salud”. Otro cultor de Coyo hace comentarios que van en la misma dirección que sus dos colegas ⁷.

Al cierre de la sesión de la mañana que ha durado dos horas y diecisiete minutos, los cultores y dirigentes indígenas han dispuesto de un tiempo de palabra de poco menos de diez minutos. La participación deseada y tantas veces pregonada en los discursos oficiales no parece haberse dado. En cuanto al intercambio de ideas y a las interacciones entre especialistas de distintos ámbitos, también resulta ser un fracaso que se manifiesta no solo en el diálogo de sordos entre funcionarios y cultores o en la incomprensión del lenguaje técnico de los expertos por parte de los asistentes indígenas, sino que también se materializa en la repartición polarizada de la gente en el espacio. Se observa en efecto que las personas se repartieron en función de sus afinidades, los cultores de un lado y los funcionarios de otro lado, con el espacio intermedio ocupado significativamente por los intermediarios culturales (guías socioculturales del hospital de Calama y auxiliares para-médicos de las postas rurales).

Es así como después de un breve almuerzo durante el cual los distintos grupos no se mezclan y los intercambios entre cultores y funcionarios públicos son tan escasos como durante la sesión matutina, se reinicia el taller con la presentación del diagnóstico sociocultural. La naturaleza de este estudio es bastante diferente a lo que se presentó en la mañana. De hecho, el estudio, más cualitativo que cuantitativo, demuestra un excelente conocimiento de

⁷ Es dable observar que tanto durante el taller de diagnóstico como durante los dos talleres de validación, los cultores y dirigentes indígenas insistieron sobre la necesidad de mejorar el sistema de salud formal, de tomar en cuenta los problemas ambientales, así como también de la alimentación, de la educación y del trabajo en las minas. De suerte que lejos de definir la salud en términos restringidos y la interculturalidad de manera abstracta, entregaron una visión global y extendida de la salud y muy práctica de la interculturalidad que pasa por el reconocimiento de sus derechos colectivos y la toma en consideración de las desigualdades estructurales existentes en la sociedad chilena. Sobre la manera como los indígenas definen los problemas de salud en términos de “buena vida” y conciben la salud como hecho social total. Véase Boccara (2005).

las concepciones atacameñas de la salud, del cuerpo, de la enfermedad y de las distintos tipos de terapeutas existentes en los *ayllus*. Evitan así reificar o esencializar las prácticas y representaciones indígenas relativas al proceso salud-enfermedad y plantean que la construcción de la salud intercultural va más allá de la proyección del sistema de clasificación dominante sobre prácticas hasta hace poco condenadas.

Luego de esa presentación, se abre el debate con respecto de la validación de los resultados y la definición de un supuestamente novedoso modelo de salud intercultural.

Inicia la sesión de debate el antropólogo de la consultora del IIAM. Señala que “para que se implemente la salud intercultural, es necesario que se genere un espacio político donde puedan juntarse y participar todos los actores”. Si bien es el primero en plantear el tema de la salud intercultural en términos políticos, observamos que sigue tomando a los “actores” como dados a priori y no como unos agentes que emergen en el proceso mismo de construcción del campo de la salud intercultural y sobre los cuales pesan limitaciones de orden estructural. Pues, como quedó demostrado en la mañana, las palabras de algunos agentes sociales pesan más que las de otros. Además, el microespacio de la salud intercultural presenta una homología estructural con respecto del espacio social total en la medida en que reproduce mecanismos de dominación basados en el volumen y la estructura diferencial de las distintas especies de capital que poseen los agentes. Así es como los agentes poco dotados en capital cultural y económico (los cultores) siguen ocupando las posiciones de dominados mientras que los funcionarios públicos y los expertos, legitimados por sus diplomas y el capital simbólico que le confiere el hecho de ser representante del estado, les permite ubicarse en una posición dominante. De hecho, como lo veremos a continuación, tanto el comportamiento de los distintos participantes como la manera de usar del tiempo de palabra y de definir cuales son los temas dignos de ser tratados y cuales no, tienden a manifestar la preeminencia ejercida por los agentes del Estado y los expertos doblemente consagrados (en nombre de la ciencia y como consultor seleccionado por el Estado).

Es así como una representante del Servicio de Salud de Antofagasta, que declara haber participado del Diplomado en Gestión Intercultural organizado por Orígenes en la ciudad de Calama pocos meses antes, relata su experiencia de aprendiz etnógrafa. Afirma que en su breve trabajo de campo en localidades indígenas del Alto Loa tuvo la oportunidad de constatar de primera mano que los comuneros no validaban a sus cultores y que los pocos terapeutas nombrados eran personas de muy avanzada edad. Destaca que las relaciones son mucho más intensas con médicos bolivianos que con terapeutas locales.

En respuesta a esas afirmaciones que ponen directamente en cuestión la legitimidad de los cultores presentes, que de representantes involuntarios de su pueblo pasan a ser unos “chantas”⁸ (tramposo o mentiroso), el antropólogo coordinador de la consultora del IIAM recurre a una explicación sociohistórica. Observa que a diferencia de Atacama la Grande, la gente del Alto Loa mantiene fuertes vínculos con el Sur Lipez, zona en la cual la medicina tradicional goza de más legitimidad que en Atacama. La funcionaria sigue, impávida. Se refiere a las prácticas de los terapeutas tradicionales y al uso de las plantas sin, en ningún momento, mirar o dirigirse a los cultores presentes en la sala. De suerte que la especialista local de la consultora, frente a lo que considera ser una falta de respeto hacia los indígenas convocados, indica que sobre este punto preciso, los cultores deberían opinar. Una dirigente indígena aprovecha la oportunidad para vincular el problema de la aparente desaparición de las prácticas y representaciones atacameñas relativas a la salud al contexto sociohistórico de discriminación y criminalización. Afirma enfáticamente que los problemas se iniciaron cuando el Estado empezó a fiscalizar y atemorizar a los cultores. Destaca el hecho de que ellos siempre han estado vivos y que la labor del Estado debería ser la de fortalecerlos y apoyarlos, no rescatarlos. El debate toma entonces un cariz inesperado pues los cultores se encuentran ante la necesidad de demostrar su legitimidad. De asistentes silenciosos y silenciados, pasan a ser individuos sospechosos y constreñidos a legitimarse frente a las autoridades y a los expertos reunidos. Un cultor de Solor afirma que la gente de su comunidad lo conoce y que “¡uno sabe lo que tiene que hacer y lo hace!”. Afirma que “no se puede implementar las cosas de un día para otro” sino que hay que “agarrar confianza” en base a “un trabajo sincero

⁸ Durante el taller de diagnóstico del 29 de mayo 2006, los funcionarios del consultorio de San Pedro de Atacama ya habían planteado el tema de la legitimidad de los cultores en esos términos: “Tenemos que ver la validez de los cultores porque podemos ver que hay cultores muy serios, reconocidos por las comunidades pero que también hay chantas, gente que engaña a otros”. A lo cual los dirigentes atacameños respondieron lo siguiente: “Quienes practiquen la medicina nuestra van a ser quienes realmente están identificados por su comunidad e inscritos en nuestra Asociación”. En los dos casos, se trata de intervenir en los mecanismos internos o comunitarios de validación de los cultores y de imponer medidas de control, tanto legales como institucionales. De hecho, los dirigentes afirman: “Nosotros vamos a ver a través de la Asociación, quienes van a practicar esta medicina”. El monopolio que reivindica la Asociación de cultores sobre el proceso de legitimación de los cultores está sobredeterminado por la necesidad de ser reconocida como institución válida y consagrada a ojos del Ministerio de Salud. La Asociación se presenta como ente regulador y legitimador y se instituye, en el momento preciso del taller, como intermediario legítimo frente al Estado. Frente a estas luchas de clasificación y de representación, los cultores afirman que también existen “funcionarios chantas”.

y honesto”. Reconoce que “los doctores saben mucho” pero que ellos también saben y que por eso es que “deben tener confianza para poder ejecutar en conjunto las cosas” en forma complementaria. Ello no impide el funcionario del Ministerio de Salud seguir indagando sobre la función, la utilidad y la legitimidad real de los cultores. Pregunta a los consultores, sin molestarse en dirigir la mirada hacia los cultores, si “han estimado la cantidad mensual de personas que se atienden con los terapeutas tradicionales”. Según él, se hace necesario tener una “estimación” o un “referente” con respecto de las visitas de los comuneros a los distintos especialistas. Quiere saber cual es “la naturaleza de la oferta de los cultores”.

Mientras los cultores siguen silenciosos, la encargada del PESPI de Antofagasta se pregunta “cuanta plata habría que pagar a los cultores por especialidad si los hacemos entrar en el sistema de salud occidental que, a diferencia de la oferta médica atacameña, es estructurado”⁹. Los funcionarios de la salud y los expertos siguen conversando de las prácticas de los cultores y de la manera de incorporarlos al sistema de salud formal por más de 50 minutos sin que los cultores expresen su opinión. La encargada del PESPI esgrime un decreto del Ministerio de Salud y avisa a los presentes que “desde la institucionalidad, tenemos la norma administrativa en donde se abre la interculturalidad”. Trae a colación el tema de las guías interculturales del hospital de Calama. Entrega información sobre el papel de orientador o facilitador que ejercen las guías en el hospital. “Sirven para ayudar a la gente que viene de los pueblos a realizar sus trámites en el hospital” dice. Son intermediarios entre las personas que vienen de los pueblos del interior y la institucionalidad. Es dable observar que en este caso, el objetivo de la salud intercultural se reduce a la incorporación de los indígenas al sistema de salud dominante. Una de las guías socioculturales corrobora lo antedicho aunque se queja de no tener contactos con el personal médico. Con lo que a la participación respecta, la funcionaria, en un arrebatado de entusiasmo y generosidad, declama lo siguiente: “por ejemplo podría suceder que la Asociación de Cultores participara al Consejo de Desarrollo y ellos, dentro de las necesidades que vieran, es que necesitan que la decoración de la sala de atención tiene que ser pertinente, entonces ellos pueden gestionar a que se

⁹ Esta preocupación por la manera como hacer entrar la medicina informal en el sistema burocrático y jerárquico de salud formal se encuentra formulada de manera explícita en un documento del Ministerio de Salud: “Fortalecer líneas de investigación respecto a la medicina indígena, con participación de las propias comunidades, orientadas a identificar la eficacia, seguridad y costo efectividad de terapias o prácticas específicas” (*Política de Salud y Pueblos Indígenas*, Ministerio de Salud-Gobierno de Chile, Programa de Salud y Pueblos Indígenas, 2003: 24).

incorpore más la pertinencia étnica”. Mientras se está llegando al nivel cero de participación y el papel de los cultores y dirigentes parece reducirse al de decorador de interior, una dirigente atacameña intenta centrar el debate sobre el tema del reconocimiento legal de las prácticas médicas atacameñas y la necesidad de apoyar económicamente a los cultores ¹⁰.

Mas la discusión se desvía otra vez hacia problemas de orden burocrático y de costo. El funcionario del Ministerio de Salud, que no se aparta de su *laptop* -verdadero símbolo de su estatus de etnoburócrata y garante de la seriedad y autoridad vinculada a su función y a su persona- pregunta a los consultores “cuál sería el costo de la implementación de la salud intercultural en San Pedro”. Frente a la incongruencia de semejante pregunta, el antropólogo de la consultora destaca que “es un poco prematuro hablar de costo” en ausencia de “actores e instituciones que empiecen a tomar decisiones”. Sin embargo, el funcionario insiste sobre el hecho de que él “necesita una propuesta concreta de Modelo para presentar al Ministerio de Salud”. En ese instante, y para complejizar aún más el panorama, un psicólogo en práctica del consultorio de San Pedro de Atacama anuncia la creación de un nuevo y flamante Consejo de Desarrollo Local de Salud que debería permitir que “la gente opine, participe y que las culturas se mezclen”. Hasta el momento, todas las propuestas formuladas por los funcionarios de los distintos servicios de salud han ido en el sentido de incorporar los indígenas al sistema de salud dominante. Se observa también la preocupación por crear nuevos espacios de negociación, pero siempre desde y en función de los intereses y de los valores del estado y de la institucionalidad dominante. Se perfila así paulatinamente la idea de que es desde y gracias al estado que los cultores podrán recuperar una legitimidad perdida. Haciendo prueba de buena voluntad, y para concluir en forma casi burlesca el diálogo que no fue, el psicólogo se dirige a los cultores para señalarles lo siguiente: “hay un interés de la cultura occidental de conocerlos a ustedes”. Se cierra el taller. No se llega a ninguna conclusión tangible pero sí se rechaza el perfil epidemiológico y se pide a los consultores enmendarlo. Nadie menciona el diagnóstico sociocultural, a pesar de que sea el fruto de un trabajo etnográfico acucioso y realmente participativo.

En base a nuestras propias estadísticas, y en la jerga futbolística, podemos afirmar que los cultores fueron dominados por los funcionarios, pues

¹⁰ Durante el taller de diagnóstico, los dirigentes atacameños insistieron reiteradamente sobre la necesidad de implementar un marco legal que reconozca las prácticas terapéuticas tradicionales. Señalaron que sus demandas dirigidas al Ministerio de Salud nunca fueron concretadas. Si bien este aspecto aparece como central para los dirigentes atacameños, no fue rescatado como un hecho central por parte de los funcionarios de la salud y los representantes de los distintos organismos de Estado.

estuvieron en posesión de la palabra por un total de solo veintinueve minutos, vale decir por menos de un 30% del tiempo de duración de la sesión de la tarde. En cuanto a los dirigentes atacameños son los que “salen peor parados” pues hablaron un total de ocho minutos, lo que equivale a menos del 8,5 % del tiempo de palabra. Si consideramos el conjunto del taller (dos horas y cuarenta minutos), los cultores han hablado treinta y cuatro minutos (20 %) y los dirigentes trece minutos (8 %). Pero además de su superioridad en términos cuantitativos, los funcionarios, a través de sus gestos, mímicas, de su circulación en la sala, desinterés por lo que decían los cultores, uso de celular y conversaciones múltiples en voz no siempre baja cuando los terapeutas autóctonos hablaban, tendieron a desvalorizar la palabra de los indígenas y a asentar su superioridad en base a su capital técnico.

Ahora bien, ¿que conclusiones sacar de este primer taller de validación en relación tanto al objetivo general y a los objetivos específicos enunciados en las bases técnicas de la consultoría como a la manera como se encuentra hecho el marketing del multiculturalismo de estado a través de las múltiples declaraciones públicas de los funcionarios estatales y del gobierno, de la propaganda neoindigenista cada vez más presente en los espacios públicos (paredes de los organismos públicos, muros de las ciudades, paneles erigidos en medio de las comunidades rurales) y medios de comunicación (radio, televisión, internet, fascículos de la CONADI y de Orígenes)?

Observamos en primer lugar, desde una lectura política, que más que a una “atención con pertinencia cultural” o un “artefacto ideológico”, el interculturalismo de estado se construye como espacio de luchas y clasificaciones en lugares y momentos muy concretos de la vida. Es en esos escenarios de participación que el estado multicultural se hace visible y palpable para los ciudadanos. El estado multicultural se pone en escena, se legitima y se construye a través de prácticas y representaciones diarias. Elabora una serie de rituales, hace uso de un lenguaje específico, construye la esfera pública en la cual operan un cierto tipo de relación entre funcionarios y ciudadanos o entre gobernantes y gobernados (Abélès 2005: 158).

En segundo lugar, y desde una perspectiva sociológica, constatamos que a través de la llamada participación social, el estado extiende sus mecanismos de control e intervención. Consagra o deslegitima a los agentes sociales y tiende a englobar las esferas sociales que quedaban hasta hace poco afuera de su ámbito de acción e intervención. Además, al asimilar los cultores indígenas a médicos, kinesiólogos, matronas, etc., tiende a desconocer los mecanismos comunitarios a través de los cuales los terapeutas autóctonos son conocidos y reconocidos por sus comunidades. Finalmente, estos nuevos espacios del interculturalismo presentan una homología estructural con el espacio social global, lo cual permite entender porque la participación contribuye a la re-

producción de la dominación social y de la violencia simbólica. En este caso, la dominación se ejerce a través de la participación.

Así es como se puede afirmar que la salud pública construida desde el Estado Multicultural de Libre Mercado tiende a etnicizar a los agentes sociales a la vez que a concebirlos más como clientes que como ciudadanos. Al reducir los problemas sanitarios a realidades biológicas y culturales, hace olvidar que la salud pública no solo se limita a descubrir sino que también inventa y construye tanto una nueva relación al cuerpo individual y colectivo del indígena con una nueva mirada sobre las afecciones (Fassin 2005). Por otra parte, contribuye a la formación de un nuevo mercado terapéutico unificado y reglamentado al cual los cultores deberán incorporarse si no quieren desaparecer o caer en el ejercicio ilegal de su profesión.

TERCER ACTO: REBELIÓN EN CONTRA DEL MISTERIO DEL MINISTERIO (EL TALLER DE VALIDACIÓN DEL 9 DE MAYO DE 2007)

Más de medio año después del primer taller de validación, y a raíz de la insatisfacción de los agentes públicos y de los cultores con respecto del informe epidemiológico, se organiza un segundo taller que tiene como objetivo presentar los resultados del supuestamente revisado estudio epidemiológico realizado por la consultora de la Universidad Arturo Prat. Se convoca una vez más a los distintos funcionarios de los servicios públicos de salud (MINSAL, Servicio de Salud de Arica y Antofagasta) y de asuntos indígenas (Orígenes, CONADI), a las autoridades municipales así como también a los cultores y dirigentes comunitarios. Esta vez, la reunión tiene lugar en la sede social del pueblo de San Pedro de Atacama. El programa del día, distribuido por los dos miembros de la consultora de Isluga, contempla por la mañana la presentación de los resultados del estudio epidemiológico en la Comuna de San Pedro seguido de un debate con respecto de los resultados arrojados. Después del almuerzo, se prevé la presentación del llamado “sistema médico atacameño” ya examinado durante el primer taller. Para concluir la sesión, la consultora anuncia que luego de un intercambio de ideas, se debería llegar a la elaboración de los “lineamientos y las propuestas finales para la concreción de un modelo intercultural de salud en la comuna de San Pedro”. El programa es por lo tanto denso y ambicioso. De hecho, como era de esperar, poco de lo que estaba anunciado en el programa ocurrió. Como lo veremos a continuación, lejos de plantear de manera abstracta las bases de un modelo de salud intercultural, el debate se dirigió hacia la crítica colectiva de la noción de participación, de la institución de consultoría, de la manera como se había gastado el dinero y del papel de los organismos públicos. Lejos de

desembocar en la validación o la crítica interna de los resultados presentados y la construcción de un consenso en torno a un modelo de salud intercultural dentro del marco institucional definido por las agencias globales, estatales y para-estatales, las críticas emitidas ese día hicieron desviar el debate hacia el problema de la definición del modo de construcción de una opinión colectiva. El descontento de los terapeutas y líderes indígenas planteó de manera clara que el problema no radicaba únicamente en el contenido y la calidad de los resultados de la consultoría -como intentaron sugerirlo con insistencia los funcionarios públicos- sino también, y más radicalmente, en la necesidad de producir previamente una opinión colectiva sobre la manera de producir una opinión colectiva (Bourdieu 2005: 79). De suerte que lo que empezó como un simple “taller de validación participativa” que venía cerrar el ciclo de la “consultoría” y abrir el nuevo periodo de definición de “un modelo piloto de salud intercultural”, derivó paulatinamente hacia una crítica tanto política como epistemológica en torno a los significados de las mismísimas nociones de taller, validación, participación, consultoría e interculturalismo, así como también, correlativamente, al marco objetivo o político-institucional dentro del cual esas nociones cobran sentido y operan.

Como lo adelantamos, el taller de validación toma rumbos inesperados para los dos consultores a cargo de la organización de la reunión. De hecho, ellos mismos son los primeros en introducir cambios en la programación. En lugar de iniciarse con la exposición de los resultados del estudio epidemiológico, los consultores piden a un conocido dirigente atacameño, actual funcionario de la CONADI, realizar una breve presentación del contexto general en el cual se enmarca este taller y de la historia reciente de la política de salud intercultural en la zona.

Detengámonos, para empezar, sobre la contextualización efectuada por el ex-dirigente indígena y actual funcionario de la CONADI.

El señor Alfredo realiza una síntesis con respecto de la manera como se ha ido planteando el tema de la salud intercultural en la zona desde principios del año 2003. Este funcionario público atacameño pone énfasis sobre el protagonismo de los indígenas en el proceso de reconocimiento del sistema médico local en pos de la construcción de una salud verdaderamente intercultural. Aunque es empleado de la CONADI, se presenta de manera implícita, a través de los términos que usa, como el portador del mensaje indígena frente a los otros funcionarios públicos. Emplea reiteradamente el término “Nosotros”, incluyéndose en el colectivo atacameño. No permite en ningún momento, tanto a través de su discurso como a través de su ubicación en la sala, que la gente lo pueda identificar como parte de la máquina estatal. No obstante, cabe destacar un cambio en el discurso de este funcionario con respecto del primer taller de diagnóstico que tuviera lugar más de un año

antes. Pues si bien habla desde el “nosotros atacameño”, utiliza varias veces el término “ustedes” para referirse a los cultores. Legitima sus afirmaciones con respecto de la salud intercultural que desean los atacameños valiéndose de la expresión “ustedes me dijeron”. En fin, en tanto que ex-asesor del Consejo de Pueblos Atacameños y nuevo funcionario público, ocupa una posición de intermediario entre los cultores atacameños y los funcionarios del estado. En tanto que agente social de antigua militancia indígena que se desempeña desde ahora en el campo del interculturalismo en vía de constitución, es parte de la nueva etnoburocracia que emergió a partir de fines de los años 1990. Si bien sus prácticas y discursos se encuentran determinados por los intereses y valores asociados a la nueva posición que ocupa en el campo burocrático intercultural y aunque tiende a transmitir/traducir para los miembros de su pueblo las nuevas líneas de acción del estado, se presenta también, dentro de la máquina estatal, como un representante de su pueblo, pues su legitimidad dentro del campo burocrático intercultural depende en gran parte de su identidad de indígena y de su doble capacidad por hacer entender “la razón de estado” a sus compatriotas y transmitir a los funcionarios públicos las especificidades de la cultura y sociedad indígena. Etnoburócrata, intermediario, *porteur*, portavoz, Alfredo ejemplifica el nuevo tipo de agente generado a través de la política pública intercultural del estado ¹¹. La ambigüedad de su estatus le permite circular entre distintos espacios sociales. Tanto fiel mensajero de su pueblo frente a los servicios públicos, tanto traductor de las directrices de estado frente a los miembros de su pueblo, ocupa una posición de *cultural broker*. Otro hecho digno de destacar, es que ese funcionario de la CONADI reconstruye la historia de la salud intercultural en la zona desde lo que el considera es el punto de vista indígena. Es así como presenta de manera detallada los diversos encuentros de salud originaria o medicina tradicional que tuvieron lugar en los últimos cinco años. Realiza una síntesis de las demandas y propuestas indígenas con respecto del reconocimiento de sus prácticas terapéuticas ancestrales, señalando de manera muy discreta que estos seminarios fueron patrocinados por

¹¹ Es interesante señalar que si bien en encuentros de salud anteriores, cuando era todavía miembro del Consejo de Pueblos Atacameños, Alfredo era muy crítico con respecto del papel de la consultora, se encuentra ahora dispuesto a participar de los talleres organizados por esa misma consultora. Por otra parte, vale la pena notar que los consultores y el nuevo funcionario de la CONADI estudiaron en la misma escuela de sociología, lo cual tiende a reforzar las afinidades sociales y permite explicar la nueva disposición de Alfredo a participar juntos a la consultora a la realización del taller. Ex-militante indígena, licenciado en sociología, partidario de la Concertación y oriundo del territorio atacameño, cumple todas las características del nuevo tipo de agentes sociales que ocupan puestos claves en el seno del nuevo campo etnoburocrático.

organismos públicos y que contaron con el apoyo financiero del programa de etnodesarrollo Orígenes. Recalca que las ideas y propuestas que evoca en su exposición remiten a “un pensamiento indígena propio”. Asimismo, afirma que, según los indígenas que participaron de los cuatro encuentros de salud realizados entre 2003 y 2006 en las localidades indígenas de Quito, Sequitor y Caspana, existen varias condiciones previas a la implementación de una verdadera salud intercultural en la zona. En primer lugar, indica que los cultores y dirigentes indígenas piden el reconocimiento de sus prácticas terapéuticas en términos legales. En segundo lugar, subraya que la participación atacameña no puede limitarse a validar instrumentos y políticas públicas definidas desde afuera sino que los cultores y dirigentes exigen participación en el diseño mismo del nuevo marco político, legal e institucional de la salud intercultural. En tercer lugar, enfatiza el hecho de que al margen del reconocimiento de la diversidad cultural, existen problemas sociales e institucionales concretos de mala atención, de discriminación, de falta de recursos y de infraestructura y de dificultad de acceso a los servicios de la salud formal u oficial. No pone énfasis sobre el hecho de que las disparidades frente a la morbilidad y la mortalidad son el producto de la estructura socioeconómica de la región y no plantea el problema en términos de desigualdad sino de pobreza. Reconoce, por otra parte, que si bien los cultores indígenas necesitan el reconocimiento legal de sus prácticas terapéuticas y solicitan que el estado les otorgue credenciales oficiales para el ejercicio de su labor, no deberían limitarse a ese tipo de reivindicaciones. Según su punto de vista, son los mismos indígenas los que deberían validar a sus cultores, pues son a fin de cuentas las comunidades indígenas las que legitiman, conocen y reconocen a sus cultores como tales y no el estado. Admite sin embargo, manifestando una vez más la ambivalencia de su posición y la ambigüedad de su discurso, que “hoy, el papel manda” y que “la palabra se perdió”, y que por lo tanto, los cultores indígenas tendrán que ser reconocidos oficialmente a través de credenciales del Ministerio de Salud.

Aparece aquí toda la ambigüedad y el pragmatismo del discurso de los nuevos funcionarios de la etnoburocracia de estado. Pues si bien sabe que la legitimidad y el poder reconocido a los cultores es función de la propia dinámica social de las comunidades y que, por lo tanto, remite a un conjunto de prácticas y representaciones que poco tienen que ver con la manera de definir el campo médico en la sociedad dominante, es también consciente de que, en última instancia, es el estado que concentra el capital simbólico de reconocimiento y de legitimidad, y sobre todo de su reconocimiento y legitimidad como intermediario válido. De este modo, inculca la idea de que, en última instancia, es del estado, del cual el mismo es un agente, que habrá que esperar la legitimación de la llamada medicina ancestral, vía la operación

de unificación del mercado terapéutico y de homogeneización de las formas de comunicación (Bourdieu 1997). Si bien los cultores gozan de un estatus y ejercen un poder de una naturaleza diferente a la del médico occidental y obtienen su legitimidad a través de mecanismos sociales e ideológicos específicos (Fassin 1996), tendrán sin embargo que acomodarse al principio de visión y división del mundo social y a las formas de clasificaciones estatales. Serán médicos indígenas con credenciales estatales, lo cual les permitirá evitarse problemas legales en caso de uso de la coca así como también ejercer su profesión y entrar en relación con sus condiscípulos no-indígenas en espacios hasta ahora vedados (consultorios, postas rurales). Es así como de manera muy concreta, a través de micro-actos y prácticas localizadas y de la generación de nuevos agentes sociales que se desenvuelven en el seno de nuevos espacios sociales, el estado se constituye como “una instancia central de nombramiento” (Bourdieu 1997:111) en ámbitos cada vez más extendidos de la sociedad. El afán por regular todos los aspectos sociales y culturales de las poblaciones indígenas, hace que el estado tienda a controlar y legitimar el ejercicio de las llamadas medicinas indígenas, las cuales eran, hasta hace pocos años, aprehendidas bajo los vocablos de magia y supersticiones. Parafraseando a Pierre Bourdieu, podríamos decir que el capital simbólico del terapeuta indígena que se basa en una estima social y en un conocimiento y reconocimiento de su poder inestable de curar en un espacio social local o regional bien circunscrito debe, en el nuevo contexto de la salud intercultural, alcanzar algún nivel de objetivación burocrática para llegar a tener una validez universal y permanente.

Ahora bien, la lógica de nombramiento estatal y la génesis de un capital simbólico objetivado no pasan únicamente por la certificación estatal a través de la entrega de credenciales que dicen el ser social que el terapeuta tiene derecho a reivindicar, profesar o ejercer. Alfredo, como nueva criatura de estado, pide también que se les ofrezca a los especialistas en medicina ancestral cursos de capacitación en medicina occidental, acercando un poco más, a través de nuevas prácticas y ya no solo por operaciones de nombramiento, la definición del terapeuta tradicional a la del biomédico. Recalca, usando un vocablo que desde el *management* empresarial hizo su camino hacia las agencias multilaterales de desarrollo y las oficinas de asuntos indígenas, la necesidad de formar capital humano. En resumidas cuentas, las luchas por el reconocimiento pasan por el hecho de reconocer al estado el poder de nombrar y de autorizar una categoría de agentes (los cultores) “a ser oficialmente, es decir pública y universalmente, lo que por el momento son por sí mismas” (Bourdieu 1997: 115). El punto de vista particular de la sociedad dominante sobre lo que es la medicina se impone así, y en razón a la posición de dominado y de marginación que ocupan los indígenas en la

sociedad chilena contemporánea, como el punto de vista universal. El reconocimiento de la medicina ancestral como medicina involucra la emergencia de una identidad social de médico ancestral socialmente garantizada. Y es en el marco jurídico-institucional objetivo de la interculturalidad que esos nuevos agentes sociales legítimos podrán ejercer su oficio de manera legítima.

Es así como Alfredo, cuyas tomas de posición se encuentran determinadas por la posición que ocupa dentro del nuevo campo etnoburocrático, termina su exposición a través de la proyección de un gráfico que pretende ilustrar cual sería el ámbito de la salud intercultural: un área formada por la intersección de los espacios, claramente delimitados, de la salud ancestral atacameña por un lado y de la salud formal por el otro. A través de sus explicaciones, Alfredo genera la sensación de que el gráfico no es una representación construida de la realidad sino que es la realidad misma. Los espacios de la salud intercultural, de la salud ancestral y de la salud formal no se presentan en tanto que construcciones. Estos tres sistemas de la salud plasmados sobre el papel pasan a ser ámbitos reales a través de un trabajo político de imposición de una visión y división del nuevo mercado terapéutico y de la movilización y clasificación de los distintos agentes (médicos y funcionarios de la salud). La proliferación del uso de este tipo de gráfico, que es tanto más eficiente en cuanto su evidencia salta a la vista, contribuye a crear estructuras cognitivas que deben aplicarse a las estructuras objetivas del nuevo espacio intercultural. Sin la percepción, por parte de los nuevos agentes del campo etnoburocrático, de que existen realmente dos espacios claramente delimitados de igual estatus (salud ancestral/salud formal) resultaría imposible inculcar la creencia en y legitimar la existencia de un tercer espacio, el de la salud intercultural. Al ubicar en un mismo plano los dos sistemas de salud y al pensar la intersección de los dos como el ámbito natural de la salud intercultural, Alfredo presupone “la homogeneidad y la continuidad del campo terapéutico que se basaría sobre los mismos fundamentos de poder”, a pesar de que el diagnóstico sociocultural hubiese demostrado que existe “heterogeneidad y discontinuidad del espacio social que tiene a cargo los problemas de la enfermedad y del infortunio” (Fassin 2000: 75). Esta perspectiva implica por lo demás una moralización de las medicinas tradicionales, vale decir “por una parte la separación entre el bien y el mal y, por otra parte, la valoración del primero sobre el segundo” (Fassin 2000: 73).

Recurrir a ese tipo de gráfico implica, además, por lo menos dos cosas. En primer lugar, tiende a invisibilizar las relaciones de poder y las luchas e imposiciones que contribuyeron y siguen contribuyendo a la formación de la salud como campo. Al adoptar una aproximación reificante, en lugar de privilegiar una perspectiva relacional, se tiende a despolitizar el espacio social de

la salud pública a la vez que a olvidar que es “la sociedad -no como entidad abstracta sino como juego concreto entre los agentes- la que determina lo que entra en el campo semántico, y por lo tanto político, de la salud” (Fassin 2000: 10). En segundo lugar, el uso de ese tipo de representación tiende a reificar las prácticas y representaciones indígenas del proceso salud-enfermedad a la vez que a esencializar la cultura indígena, presentándola como una mónada donde la sustancia primaria sobre la relación. Se olvida así que antes de pensar la diferencia cultural hay que pensar los procesos sociopolíticos de diferenciación y que si bien las prácticas y representaciones atacameñas relativas a la salud, al cuerpo, la persona, el medio ambiente forman un sistema coherente, se han ido construyendo a través de préstamos y adopciones, así como también mediante largos y complejos procesos de imposición, mestizaje, adaptación y aculturación antagónica. La oposición entre salud ancestral y salud formal no hace nada más que retomar la vieja dicotomía entre tradición y modernidad y no permite aprehender las configuraciones contemporáneas del espacio terapéutico (Fassin 2000). Estos gráficos tienden por lo tanto a despolitizar y deshistorizar tanto la construcción de la diferencia cultural en territorio atacameño como las reconfiguraciones de la etnicidad atacameña. Permiten por lo demás inculcar una nueva estructura de la distribución de las diferencias étnicas. Para concluir, es dable mencionar que Alfredo insiste sobre el hecho de que no puede existir salud intercultural sin participación, reconocimiento, respeto y comunicación. Estos términos serán, como veremos más adelante, al centro de la discusión de la tarde y llevarán los cultores atacameños a poner en tela de juicio el marco social e ideológico en el cual se está discutiendo el tema de la salud intercultural.

La segunda etapa del taller se inicia con la presentación del polémico perfil epidemiológico. Los dos consultores de la Universidad Arturo Prat de Iquique entran en escena. Presentándose reiteradamente como especialistas, empiezan con la exposición “muy científica” del perfil epidemiológico de la zona elaborado en base al análisis de centenares de fichas clínicas del consultorio de San Pedro y de las postas rurales de distintos *ayllus*. A través del uso del imprescindible *power point*, presentan las estadísticas relativas a la morbi-mortalidad en la zona. Es así como desfilan en la pantalla tasas, diagramas, gráficos y tablas perfectamente realizados, que tienden a corroborar la cientificidad del trabajo y la objetividad de los datos recogidos. Con el objeto de simplificar la presentación, los consultores ofrecen una síntesis de su informe final que, en razón de las fallas relevadas en el primer taller de validación, ha sido retocado por una especialista en salud intercultural de Arica que no se encuentra presente y que nunca hizo trabajo de campo en territorio atacameño. Empero, apenas iniciada la exposición, las primeras críticas empiezan a surgir. La encargada del PESPI del Servicio de Salud

Antofagasta se queja de que no hayan tomado en cuenta las observaciones emitidas durante el taller anterior pues sigue ausente la diferenciación de la morbi-mortalidad por sexo, edad y residencia. Una cultora atacameña dice no estar de acuerdo con las principales causas de consulta esgrimidas en el informe. Según ella, el problema del alcoholismo no se menciona aunque le consta que es un problema de salud grave en la zona. En cuanto al impacto del trabajo en las minas sobre la salud de la gente, tampoco aparece en toda su magnitud. Se critica por otra parte la elaboración del perfil en base al solo uso de fichas, en la medida en que estos formularios no incorporan el origen étnico de los pacientes como tampoco incluyen las interpretaciones que los enfermos dan de sus dolencias. Varias personas se extrañan de que los consultores no hayan realizado un trabajo más cualitativo a través de talleres y conversaciones con los enfermos y los especialistas de la salud. Se llega incluso a poner en tela de juicio la científicidad del estudio puesto que son los mismos consultores los que han “imaginado” las principales causas de las enfermedades. Esa etiología imaginaria es el objeto de duras críticas cuando los consultores afirman que varias patologías detectadas en territorio atacameño se deben al consumo de “comida chatarra” (*junk food*). Así es como los asistentes llegan rápidamente a la conclusión de que el estudio no puede ser validado.

Carlos, como miembro de la Asociación de Cultores, plantea una doble crítica. En primer lugar, confiesa sentirse ofendido por los dichos de los consultores, según los cuales debieron simplificar su presentación en base al supuesto de que la gente no tenía la capacidad de entender los datos duros, las tasas y las estadísticas. Según Carlos, si bien el papel de los expertos no es hacer de los atacameños unos especialistas en estadísticas es, en cambio, su obligación explicar claramente los resultados del estudio sin menospreciar las capacidades mentales de los asistentes. En segundo lugar, y yendo un poco más lejos en su crítica, exige no solo a los consultores sino también a los funcionarios públicos presentes entregar informaciones sobre la manera como se financió este estudio, cómo se llegó a contratar a esta consultora y cuales son, a fin de cuenta, los responsables institucionales de este tipo de estudio. Dice que en este caso preciso, no se trata de increpar solamente a la consultora sino más bien reflexionar sobre la manera como funciona el estado a través de sus distintos organismos y programas (CONADI, Orígenes, Servicios de Salud). Usando estratégicamente la jerga neoliberal en boga, afirma que, en tanto cliente-consumidor cuya activa participación ha sido requerida, no está satisfecho. Frente a esta interpelación, la encargada del Servicio de Salud de Antofagasta se levanta y ocupa el lugar central del consultor para intentar aplacar un poco los ánimos. Explica que al final de la primera fase del Programa Orígenes, el componente salud disponía de

80.000 dólares para ejecutar. Se pensó en ese entonces dedicar esa plata para el apoyo al diseño de experiencias piloto de salud intercultural en las primera y segunda regiones. Así es como el Servicio de Salud de Arica llamó a licitación y contrató los servicios de una consultora formada a partir de un convenio entre investigadores de la Universidad Arturo Prat de Iquique y el Instituto de Investigaciones Arqueológicas y Museo de la Universidad Católica del Norte en San Pedro de Atacama. Afirma que ella tampoco está conforme con el producto realizado pues no cumple con las bases técnicas de la licitación. Tanto ella como su homóloga del Servicio de Salud de Arica afirman que tendrán que tomar medidas legales en contra de la consultora, pues no prestó el servicio esperado. Una discusión se entabla entre los funcionarios públicos y los consultores frente a las miradas sorprendidas de los cultores atacameños. Definitivamente, algo no estaba funcionando bien en el estado. Después de un breve almuerzo durante el cual funcionarios públicos y cultores atacameños siguen ocupando mesas separadas sin comunicarse los unos con los otros, los participantes vuelven a la sala de reunión para una tarde que se anuncia agitada.

Los consultores, que no han participado del almuerzo, anuncian de entrada que después de haberlo pensado bien, les parece necesario entregar a los asistentes una versión más detallada del perfil epidemiológico. Según ellos, los malentendidos generados durante la sesión de la mañana provendrían del carácter demasiado sucinto de su presentación. Proponen entonces repasar el informe in extenso para luego seguir con la presentación del diagnóstico sociocultural y la definición de un modelo de salud intercultural. Pero ya es demasiado tarde. Los cultores, cansados, ya no están dispuestos a perder más tiempo. Han venido de lejos, han escuchado y les parece que “no se saca nada en seguir presentando un trabajo que no tiene ninguna relevancia”. Frente a la insistencia de los consultores, varios de los cultores hacen más precisas sus discrepancias. Afirman que si bien ellos han realizado su trabajo con las dos especialistas locales, los consultores no han cumplido y que, por lo tanto, no se puede definir un programa piloto en salud intercultural en la medida en que hay “una parte del trabajo que está coja”. Retomando el modelo presentado por la mañana por Alfredo, cuestionan la posibilidad de construir la salud intercultural si no hay nada válido sobre la salud formal. Frente a las reiteradas amenazas formuladas por las encargadas de los PESPI de Arica y Antofagasta, los consultores desesperados ofrecen enmendar una vez más el informe. Pero la discusión ya camina hacia otro derrotero. Para varios atacameños, el fracaso de la consultoría remite a un problema de fondo: el tipo de relación existente entre el Estado y los pueblos indígenas y la manera como se está implementando el interculturalismo en su territorio. Un cultor atacameño cuestiona la contratación de una consultora para realizar un estudio

local cuando existen personas competentes a nivel local. La antropóloga a cargo del estudio sociocultural propone a los cultores reunirse en otro tipo de espacio para conversar del tema de la salud en Atacama la Grande. Frente a la aprobación de los cultores, la encargada del PESPI de Antofagasta asegura que a pesar de este fracaso, ella quiere seguir trabajando con los cultores y se ofrece para “apoyar cualquier tipo de encuentro”. El taller llega a su fin. Los cultores impacientes empiezan a agitarse sobre sus sillas. Los dos consultores han perdido todo tipo de protagonismo y las encargadas de los servicios de salud intentan desvincularse de la consultora al reiterar su voluntad de tomar medidas legales en su contra y al ofrecer cualquier tipo de colaboración a la Asociación de Cultores. La larga historia de la consultoría para el “Apoyo al diseño de experiencias piloto de atención y gestión intercultural de salud” ha terminado y resulta ser, desde el punto de vista de los servicios públicos, un fracaso rotundo. Pues además de rechazar el informe epidemiológico, los cultores y dirigentes indígenas llegaron a poner en tela de juicio los mecanismos mismos a través de los cuales se implementa el multiculturalismo de estado en su territorio.

En base a la presentación del taller de validación de San Pedro, ¿qué tipo de conclusiones podemos sacar con respecto de los mecanismos sociopolíticos y de la lógica práctica de implementación de la salud intercultural en particular y del multiculturalismo de estado en general?

En primer lugar, existe un desfase notable entre la presentación teórica de Alfredo (la retórica de la participación) y el ejercicio concreto de la participación (la práctica de la participación). Pues en los hechos, los indígenas no fueron involucrados en el diseño de las bases técnicas, como tampoco intervinieron en la elección de la consultora y en el diseño y la ejecución de la investigación. Por otra parte, es dable observar que el diseño de programas neoindigenistas fuertemente influenciado por la nueva agenda etnodesarrollista de las agencias multilaterales contribuye a invisibilizar los saberes, las competencias y las formas organizativas locales. Finalmente, desprovistos de las distintas especies de capital (social, económico, cultural e informacional), los indígenas siguen ocupando una posición de dominados con respecto de los llamados expertos (antropólogos, epidemiólogos, sociólogos del ámbito universitario, de las consultoras y de los servicios públicos) fuertemente dotados en capital simbólico. El multiculturalismo de estado tiende así a reforzar la jerarquía social y sigue pensando el indigenismo sin los indígenas, a menos que estos últimos se incorporen, en posiciones dominadas, como nuevos etnoburócratas de estado o médicos indígenas con credenciales. En segundo lugar y en razón a la perspectiva culturalista adoptada por los poderes públicos y las agencias para-estatales, no se incorporaron en el estudio las causas propiamente sociales y económicas que permiten explicar las desigualdades

frente a la salud. El multiculturalismo favorece así el proceso de naturalización de las desigualdades y refuerza las jerarquías socioeconómicas.

CONCLUSIÓN: EL MULTICULTURALISMO COMO NUEVO ARTE DE GOBIERNO

El presente estudio de caso junto con otros trabajos etnográficos realizados en los últimos años, permiten sacar conclusiones más generales en cuanto al nuevo modo de funcionar del estado chileno con respecto de la manera de abordar los problemas de la pobreza y de la llamada “exclusión social”, así como sobre la reconfiguración de las relaciones de poder entre el estado y sus ciudadanos, sean estos indígenas o no. Como lo señala acertadamente Verónica Schild (2000) en un estudio sobre los programas sociales en el Chile de la post-dictadura, la política social de la democracia de libre mercado representa una nueva forma de gobierno que tiende a producir nuevos sujetos y nuevas necesidades. Según ella, el estado neoliberal en Chile, a través de sus prácticas y discursos institucionales emergentes, busca empoderar a las personas para el mercado y hacerlos responsables tanto de su destino como de sus fracasos y de su pobreza. A causa de la privatización y descentralización iniciadas durante el gobierno militar (1973-1989), se desmanteló el estado de bienestar y emergió un estado subsidiario que opera de manera focalizada mediante la definición de nuevos sujetos vulnerables y necesitados. A raíz de esto, surgieron nuevos agentes sociales comunales, privados y para-estatales (la llamada sociedad civil) lo cual modificó la naturaleza del vínculo entre estado y sociedad. Schild percibe continuidades entre el modelo neoliberal de la dictadura y de la democracia. El discurso de la modernización neoliberal que enfatiza una relación activa con el mercado mediante la responsabilización y participación de los ciudadanos se perpetuó bajo los distintos gobiernos de la Concertación. La idea de “libertad a través del mercado” y la concepción según la cual la sociedad moderna debe ser concebida como un mercado siguen siendo medulares en los discursos y las prácticas del estado. La lógica de descentralización, privatización, participación y responsabilización de los grupos marginados del nuevo modelo neoliberal de desarrollo determina la naturaleza de los distintos programas sociales diseñados durante los últimos veinte años y contribuye a la producción de lo que Schild llama *market citizens* (Schild 2000: 277).

En su etnografía de la democracia realizada en una población marginal de Santiago, la antropóloga Julia Paley llega a conclusiones similares. Plantea que los mecanismos de poder que operan durante el periodo democrático a través de la participación y de la construcción de la sociedad civil representan

un conjunto de prácticas y representaciones que canalizan la energía de las organizaciones sociales en un sentido funcional al nuevo modelo neoliberal de libre mercado¹². Demuestra que la idea de democracia participativa fue usada de manera estratégica por los gobiernos de la Concertación para limitar la movilización social y orientar el rol de la sociedad civil en el sistema político de la post-dictadura. Al promocionar y usar la democracia como un *symbolic glue* que permite unir la nación a pesar de las desigualdades existentes, se generó la figura del *citizen-consumer* (Paley 2001: 116-117) y se implementó un *business model* para la operacionalización de la política pública. Al análisis de Paley, podríamos añadir que después de haber hecho el marketing de la imagen de una democracia de libre mercado en los años inmediatamente posteriores a la dictadura, se promocionó un tercer término, el multiculturalismo. De suerte que se podría caracterizar al complejo político, institucional e ideológico-cultural del estado chileno como *democracia multicultural de libre mercado*. Al ubicar el libre mercado dentro de la democracia política, los gobiernos de la post-dictadura tienden a legitimar y fortalecer el modelo económico neoliberal dominante a la vez que a crear un sentido de unidad nacional en la diversidad. En ese contexto, la participación aparece tanto como nueva tecnología de poder como nuevo dispositivo de saber que tiende a producir una nueva visión y división legítima y dominante del mundo social. La dominación tiende a ejercerse a través de la participación. Las formas contemporáneas de poder parecen operar más a través de la participación que de la represión y la confluencia entre ciudadanía y consumismo refleja la manera como se entretienen el negocio con la política en el marketing de la democracia multicultural de libre mercado (Paley 2001). A través de la realización de talleres, reuniones y encuestas, se genera la sensación de que los grupos subalternos participan de la definición de la nueva política pública y que, por lo tanto, hacen parte del sistema. Eso es lo que Paley llama “las paradojas de la participación” (Paley 2001).

Ahora bien, como el caso analizado aquí lo demuestra, la emergencia de nuevas formas de poder es concomitante al surgimiento de nuevas prácticas contra-hegemónicas que, a través del uso estratégico de la misma jerga etnodesarrollista global, cuestionan el modelo multicultural participativo de libre mercado. Empleando los términos de referencia impuesto por la jerga e institucionalidad etnodesarrollista neoliberal, los grupos subalternos enfrentan los agentes del multiculturalismo sobre su propio terreno, exigiendo que, en tanto que consumidor-ciudadano, se les respete su derecho a participar, opinar, elegir. La implementación de este nuevo proyecto político-cultural no

¹² Sobre este mismo tema véase el trabajo de Víctor Bretón Solo de Zaldívar (2003) relativo al papel de las ONG en Ecuador.

se hace sin tensiones y contradicciones y las nuevas posibilidades políticas no solo radican en grandes oposiciones, sino también en los intersticios de las estructuras de poder emergentes y en los nuevos espacios políticos y sociales en construcción. El multiculturalismo como proyecto político no está dado, se está fabricando.

Desde este punto de vista, concordamos con la antropóloga Tania Li Murray cuando afirma que el análisis de las *practices of government* es inseparable del estudio de las *practices of politics* (2007:12). Por lo tanto y a nuestro entender, la subjetividad política de los agentes sociales indígenas se construye dentro de estos nuevos espacios de poder y en referencia a una comunidad y una cultura que se han transformado en los nuevos objetos de gobierno (Rose 1999).

AGRADECIMIENTOS

Este trabajo se enmarca dentro del proyecto de investigación FONDECyT 1070014.

Fecha de recepción: 2 de junio de 2008.

Fecha de aceptación: 23 de junio de 2008.

BIBLIOGRAFÍA CITADA

Abélès, Marc

2005. *Anthropologie de l'Etat*. Paris, Petite Bibliothèque Payot.

Alarcón, Ana María, Aldo Vidal y Jaime Neira

2003. Salud Intercultural: elementos para la construcción de sus bases conceptuales. *Revista Médica Chilena* 131: 1061-1065.

Aylwin, José (ed.)

2001. *Políticas Públicas y Pueblo Mapuche*. Concepción, Instituto de Estudios Indígenas/Ediciones Escaparate.

Bengoa, José

1999. *Historia de un Conflicto: el Estado y los Mapuche en el Siglo XX*. Santiago de Chile, Planeta-Ariel.

Boccara, Guillaume

2005. Del Buen Gobierno en Territorio Mapuche. *Cuadernos de Antropología Social* 20: 113-129.

Bourdieu, Pierre

1997. *Razones Prácticas. Sobre la teoría de la acción*. Barcelona, Anagrama.

2000. *Cosas dichas*. Barcelona, Gedisa.

2005. El misterio del ministerio. De las voluntades particulares a la “voluntad general”. En Bourdieu, P. *et al.*; *El misterio del ministerio. Pierre Bourdieu y la política democrática*. Barcelona, Gedisa: 71-79.

Breton Solo de Zaldívar, Víctor

2003. Neoliberalismo, etnicidad y etnofagia en América Latina. La experiencia de los Andes del Ecuador. Ponencia presentada en *Meeting of the LASA*, Dallas, Texas, MS.

Fassin, Didier

1996. *L'espace politique de la santé. Essai de généalogie*. Paris, Presses Universitaires de France.

2000. *Les enjeux politiques de la santé. Etudes sénégalaises, équatorien-nes et francaises*. Paris, Editions Karthala.

2005. *Faire de la santé publique*. Rennes, Editions ENSP.

Gundermann, Hans, Rolf Foerster y Jorge Iván Vergara

2003. *Mapuches y aymaras: el debate en torno al reconocimiento y los derechos ciudadanos*. Santiago de Chile, Universidad de Chile/PRESDES, RIL Editores.

Haughney, Diana

2006. *Neoliberal Economics, Democratic Transition, and Mapuche Demands for Rights in Chile*. Gainesville, University of Florida.

Li Murray, Tania

2007. *The Will to Improve. Governmentality, Development, and the Practice of Politics*. Durham y London, Duke University Press.

Paley, Julia

2001. *Marketing Democracy. Power and Social Movement in Post-Dictatorship Chile*. Berkeley y Los Angeles, University of California Press.

Rose, Nicolás

1999. *Powers of Freedom. Reframing Political Thought*. Cambridge, Cambridge University Press.

Saavedra, Alejandro

2002. *Los mapuche en la sociedad chilena actual*. Santiago de Chile, Universidad Austral de Chile/LOM Ediciones.

Schild, Verónica

2000. Neo-liberalism's New Gendered Market Citizens: The "Civilizing" Dimension of Social Programs in Chile. *Citizenship Studies* 4-3: 275-305.