

78.º período de sesiones del CDESC - CHILE

INFORME PARA EL COMITÉ DEL PACTO INTERNACIONAL DE DERECHOS ECONÓMICOS, SOCIALES Y CULTURALES DE NACIONES UNIDAS

Criminalización de la hoja de coca en Chile y las barreras estructurales que impiden el derecho a mantener los sistemas de sanación propios de los Pueblos Originarios

1. BREVE CONTEXTUALIZACIÓN DE LOS PUEBLOS AYMARA Y QUECHUA DE TARAPACÁ Y SU SABER MÉDICO ORIGINARIO.

Según los datos del último censo (2024), en Chile 2.105.863, es decir, el 11,5% de la población, es o se considera perteneciente a un pueblo indígena (Figura 1). En el extremo norte de Chile, que es la zona a la que pertenecen las personas que mandatan el presente informe, los principales pueblos presentes son el Aymara y el Quechua.

De ellos el pueblo aymara es el segundo más numeroso a nivel nacional, alcanzando 178.637 personas (8,49%) y el Quechua el cuarto, con 46.519 personas (2,21%). A su vez, en las dos regiones consideradas donde se encuentra la máxima proporción de aymaras y quechuas a nivel nacional, los porcentajes son los siguientes:

I Región de Tarapacá: Aymaras=55.266 (61,48% regional); Quechuas=10.593 (11,78% regional)

XV Región de Arica y Parinacota: Aymaras=70.270 (80,06%); Quechuas=4.107 (4,68% regional)

Como parte de su reproducción biológica, social, cultural e histórica, los pueblos aymara y quechua han desarrollado y reproducido saberes y prácticas de prevención, promoción y atención de la salud. Estas prácticas y saberes se basan en una profunda ontología relacional que concibe a las entidades territoriales (cerros, vertientes, rayos, ríos, lagos, etc.) como seres con quienes es preciso reciprocitar (dar, recibir y devolver), para que la vida de todos los seres (humanos, animales, vegetales, minerales y más-que-humanos) se pueda reproducir. Por lo mismo, la medicina tradicional andina no debe ser entendida en un sentido restrictivo como referida a la salud del colectivo humano. Forma parte de las prácticas propiamente técnicas a través de las cuales se reproduce la vida en un sentido ampliado. Por lo mismo, el saber médico andino resulta de la estrecha relación con su territorio, el que como ha demostrado John V. Murra, ha sido unificado en base al control vertical de los distintos pisos ecológicos que van desde la vertiente occidental (incluyendo la costa pacífica) a la vertiente oriental (incluyendo los yungas), pasando por el eje lacustre que funciona como centro y que articula de norte a sur, incluyendo el Titicaca, el lago Poopó (antiguo Aullagas) y los salares en el actual departamento de Oruro, Bolivia.

Los estudios sobre medicina tradicional que se han realizado en la región de Tarapacá vienen problematizando hace décadas el peligro de desaparición de la medicina tradicional, siendo uno de los motivos tras el desarrollo de políticas específicas de Salud Pueblos Indígenas en Chile (Gavilán et al., 2009, 2011). En dicho proceso de deterioro ha sido clave la historia de la extirpación de idolatrías del período colonial y la consecuente introducción de una ontología naturalista que atacó la ontología relacional originaria; el colonialismo interno, la persecución de

los saberes médicos originarios propios de la profesionalización de los saberes médicos por medio de la institucionalización universitaria y el individualismo liberal característicos del período republicano; y más recientemente las políticas multiculturalistas en el marco de los gobiernos neoliberales, que bajo propuestas de participación, equidad e interculturalidad han servido más como instrumentos de subordinación que de fortalecimiento de los saberes médicos (Boccaro, 2007; Piñones Rivera et al., 2017, 2019)

Sin perjuicio de todo lo anterior, los saberes médicos propios se siguen practicando y reproduciendo en el seno de las comunidades, gracias al trabajo de sus especialistas, así como del fuerte arraigo en las prácticas de autoatención, que se realizan en el espacio doméstico. La investigación reciente (Álvarez et al., 2025; Piñones Rivera et al., 2020; Piñones-Rivera, Liberona, et al., 2022; Piñones-Rivera, Muñoz-Henríquez, et al., 2022) ha mostrado también la importancia que tiene una economía popular de tipo transfronterizo, que luchando contra marcos jurídicos securitistas y criminalizantes, que obstaculizan los flujos transfronterizos de personas, insumos y saberes, logran poner a disposición de las necesidades de la salud y de reproducción de su cultura y territorio, estos elementos vitales.

2. TALLERES SARNAQAÑA Y SU METODOLOGÍA DE TRABAJO.

Las personas que mandatan el presente informe son un grupo de sanadores y comerciantes de insumos de la medicina tradicional pertenecientes a la región de Tarapacá, Chile. Este grupo se ha conformado en base a su participación en el Fondecyt de Iniciación “Sarnaqaña” (11230358), proyecto de investigación financiado por la Agencia Nacional de Investigación y Desarrollo (ANID) que tiene como objetivo comprender la configuración del saber médico andino del extremo norte de Chile, a partir del análisis de sus procesos de movilidad, económicos y rituales contemporáneos.

En el marco de dicho proyecto se realizaron 3 talleres en los cuales se convocó a especialistas de la medicina tradicional andina, a comerciantes que venden insumos para la medicina tradicional andina, principalmente plantas medicinales e insumos rituales, integrantes del consejo de salud indígena de la región de Tarapacá (Jocelyn, Adi y Gilda Palape) y a profesionales involucrados en el Área de Salud (parteras, un componedor de huesos, facilitadoras interculturales, una psicóloga, una estudiante de diplomado sobre partería andina, entre otras).

Los especialistas de medicina tradicional corresponden a yatirinaja, qullirinaja, usuyirinaja, hierbateros y componedores de huesos y son personas reconocidas por sus comunidades, correspondientes a distintas comunas de la Región de Tarapacá, que incluye los pisos ecológicos de la costa, valles precordilleranos y altiplano, las zonas urbanas y rurales, y los pueblos quechua y aymara. La gran mayoría atiende a personas de manera independiente, pero algunos trabajan en establecimientos de salud, en el marco del Programa Especial de Salud Pueblos Indígenas del estado chileno.

Los talleres se realizaron los días 8 de marzo 2024, 30 de octubre 2024 y 27 de Junio 2025 y constaron de sesiones destinadas a la transmisión de saberes y otras destinadas a la difusión del derecho indígena referido a la medicina ancestral. El equipo que coordinó y ejecutó los talleres comparte un posicionamiento desde la interculturalidad crítica, por lo que concibe los saberes occidentales y originarios como simétricos en cuanto a valor de verdad, pero sometidos a asimetrías de poder innegables que es preciso contrarrestar. Por lo mismo, los talleres buscaron

relevar la voz y saber de los especialistas originarios de la medicina tradicional. La metodología de los talleres consistió en sesiones que constaban de presentaciones a cargo de un orador (especialista o comerciante de medicina tradicional, abogado especialista o algún otro invitado pertinente) y se realizaban rondas de preguntas y comentarios, los que eran moderados y retroalimentados por la coordinadora de los talleres. Las sesiones eran grabadas previa solicitud de permiso al grupo, se transcribieron y sistematizaron elaborando un informe para cada taller. Al inicio de cada taller se recordaba los principales puntos tratados y acuerdos alcanzados.

Entre los talleres de transmisión se trataron los siguientes contenidos:

- “Sistema de sanación indígena, enfermedades, tratamientos, elementos de sanación, propiedades y sus orígenes”, a cargo de Gregorio Coñajagua Hilaja, Qulliri.
- “Mesas rituales: tipos, tiempos de uso, significados asociados, propiedades y orígenes de los elementos que las componen”, a cargo de José Luis Cueto Escobar, Yerbatero.
- “Reflexiones sobre la salud mental desde la visión de los Pueblos Originarios: Tipos de enfermedades y tratamientos”. Clemente Mamani, Yatiri.

Entre los talleres de derecho indígena se trataron los siguientes contenidos, todos a cargo del abogado del Instituto Nacional de Derechos Humanos (INDH), sede Tarapacá, Rodrigo Arancibia Campos:

- “Derecho a la salud de los pueblos originarios desde el enfoque de derechos humanos”
- “El porte y uso de la hoja de coca como ejercicio legítimo de un derecho: Análisis de casos de su criminalización”
- “Entre la costumbre y la ley: la hoja de coca y los derechos humanos en Chile”

Con el objetivo de buscar estrategias concretas para avanzar frente a los problemas identificados colectivamente, en la última sesión se propone realizar el presente informe a cargo de la Cooperativa Apacheta, organización vinculada a los derechos humanos y pueblos originarios, quienes operan como intermediario y ponen a disposición del colectivo especificado, sus competencias técnicas, de acuerdo a su misión institucional.

3. PROBLEMATIZACIÓN DE LAS MATERIAS ABORDADAS EN LOS TALLERES SARNAQAÑA

En los espacios de diálogo y reflexión desarrollados en los talleres Sarnaqaña, se ha señalado reiteradamente la necesidad de reconocer los sistemas propios de sanación. Sin embargo, es importante aclarar que esta demanda no busca una validación externa por parte del Estado o sus instituciones. Estos sistemas ya han sido históricamente validados por las propias comunidades y han demostrado su eficacia a lo largo de generaciones. Lo que se exige es que el Estado reconozca y garantice efectivamente el derecho de los pueblos originarios a conservar y ejercer sus prácticas de sanación en igualdad de condiciones.

Esta demanda, que se mantiene vigente en la agenda de las comunidades, ha tenido escasos avances en la política institucional. El reconocimiento constitucional de la preexistencia de los pueblos originarios y la declaración de un Estado plurinacional e intercultural han enfrentado una fuerte resistencia. No obstante, este sería un paso fundamental para destrabar diversas demandas y garantizar derechos actualmente vulnerados. En ese contexto, los talleres han identificado problemáticas urgentes:

4. DISCRIMINACIÓN DE LAS PRÁCTICAS DE SANACIÓN INDÍGENAS POR PARTE DEL ESTADO CHILENO

La historia de los pueblos originarios está marcada por la persecución de sus sanadores, especialmente de las parteras, quienes durante años atendieron partos en la clandestinidad por temor a ser detenidas o sancionadas. Esta situación debilitó la transmisión de saberes ancestrales, que muchas veces fueron ocultados para evitar conflictos con la institucionalidad.

Se observa un desconocimiento profundo de los derechos de los pueblos originarios en materia de salud, así como la falta de un enfoque intercultural en las políticas públicas. Estas, con frecuencia, sancionan prácticas indígenas amparándose en marcos normativos que no distinguen entre el uso medicinal y el tráfico ilícito, tratando muchos elementos de sanación bajo una lógica punitiva o de riesgo sanitario. Este tipo de situaciones es recurrente en los pasos fronterizos, donde organismos como el SAG, Aduanas y Carabineros incautan elementos rituales o medicinales sin considerar su uso tradicional.

Aunque se han dado algunos avances formales —como la incorporación de facilitadores interculturales, parteras o sanadores en ciertos establecimientos de salud, y la creación de salas de parto intercultural—, estos esfuerzos siguen siendo aislados. Carecen de financiamiento sostenido y no han sido integrados de manera sistemática ni equitativa a la red pública. Son frecuentes los testimonios de parteras que, estando bajo la supervisión de matronas, son relegadas a tareas de aseo o funciones consideradas “no peligrosas”. Asimismo, los sanadores suelen atender en espacios improvisados, sin condiciones adecuadas.

En muchos casos, el equipo médico no está dispuesto a ofrecer una atención complementaria a pacientes indígenas que lo solicitan. Los facilitadores interculturales, por su parte, son frecuentemente destinados a labores administrativas, desvirtuando su función principal: brindar una atención culturalmente pertinente desde el sistema biomédico. Además, se evidencia una profunda desigualdad en las remuneraciones y en el trato, lo que refleja una sobrevaloración de los saberes universitarios certificados por sobre los conocimientos adquiridos en la práctica comunitaria ancestral.

5. LA HOJA DE COCA NO ES COCAÍNA.

La hoja de coca es fundamental dentro de la cosmovisión andina: “la coca son los ojos de el Pachamama” según señala el abuelo Domingo Jiménez (Ministerio de relaciones exteriores Bolivia, 2009). La coca es la hija primogénita de la Pachamama y está vinculada al origen del Ch’amak Pacha (edad de la oscuridad o edad del origen de toda la existencia del universo). De esta manera, la coca está relacionada con el mito del origen de la existencia de todos los seres del universo. Por esta razón en la esfera del Aka Pacha (realidad presente) la coca merece un respeto

único y profundo en los usos rituales y cotidianos así como por sus propiedades como alimento y medicina (Ministerio de relaciones exteriores Bolivia, 2009).

En los talleres Sarnaqaña, participantes compartieron experiencias personales y colectivas relacionadas con el uso de elementos de sanación, en particular la hoja de coca. Relataron cómo muchas personas que transitan entre Bolivia y Chile han sufrido decomisos injustificados, incluso cuando portaban cantidades mínimas destinadas al uso personal o ritual. También se expusieron casos de hostigamiento, procesos judiciales y humillaciones en pasos fronterizos por portar coca o elementos ceremoniales reconocidos por sus comunidades.

Estas situaciones reflejan un actuar institucional basado en el desconocimiento, que refuerza la discriminación estructural. Una de las problemáticas más reiteradas fue la dificultad para comercializar y transportar libremente elementos de sanación, especialmente en contextos urbanos. Varias personas mencionaron que la venta de hierbas, coca, resinas o mesas rituales es tratada como actividad ilegal o informal, lo que las expone al decomiso, al hostigamiento institucional y a la estigmatización, incluso dentro de sus propios entornos sociales.

Casos como el decomiso de coca a sanadoras, comerciantes o personas que la portan con fines ceremoniales fueron presentados como expresiones de una política pública que no reconoce la espiritualidad ni la medicina indígena como legítimas. Esta situación impone una cadena de informalidad a la comercialización de mesas rituales, plantas, figuras y resinas. Aunque muchas de estas prácticas se sostienen gracias al comercio tradicional y a redes familiares o comunitarias, el taller evidenció que incluso quienes intentan formalizar su actividad enfrentan múltiples obstáculos. La procedencia de los productos, la falta de clasificación legal o la sospecha sobre su uso generan una constante tensión con aduanas, servicios sanitarios y policías.

Sin elementos rituales ni libertad para ejercer estas prácticas, los sistemas de sanación indígena se ven gravemente debilitados. La interrupción del acceso a la coca afecta directamente la posibilidad de realizar ceremonias, diagnósticos y tratamientos, poniendo en riesgo la continuidad de este conocimiento ancestral.

El derecho a conservar, practicar y proteger las prácticas médicas tradicionales incluye también el acceso y uso de los elementos necesarios para ello —como la hoja de coca, las mesas rituales o las plantas medicinales—. El reconocimiento de estos sistemas no puede seguir dependiendo de la voluntad de cada funcionario ni de la interpretación particular de cada institución. Es un deber del Estado garantizar este derecho y una urgencia en materia de justicia.

6. UN PROBLEMA ESTRUCTURAL

Los problemas identificados no son problemas aislados y dan cuenta de los límites concretos de las políticas y programas destinados a la salud de los pueblos indígenas en Chile. Notamos una confluencia importante entre los problemas identificados por los participantes del taller y los análisis críticos que ha sostenido buena parte de la investigación académica sobre el tópico (Boccaro, 2007; Piñones Rivera et al., 2017, 2019).

El problema del traspaso de los sistemas de sanación tiene varias aristas, pues está relacionado con el deterioro de los saberes en la región, con el desinterés de las nuevas generaciones a aprender estos saberes frente a un sistema educativo que tiene como uno de sus grandes valores

la incorporación en el mercado de trabajo urbano, con las dificultades propias del trabajo agrícola-ganadero, así como el escaso control de los precios y, por tanto, del beneficio económico asociado a dicho rubro cuando no es industrializado.

Si bien han existido iniciativas con muy buena recepción y resultados, en concreto talleres de transmisión de saberes realizados por personas como don Gregorio Coñajagua, y dichos talleres han sido financiados con fondos públicos, el financiamiento ha sido insuficiente para financiar las actividades y no responde a una política sostenida y consistente del Estado.

Los agentes de medicina tradicional manifiestan tener significativas dificultades para ser reconocidos, legitimados y validados por el sistema de salud público, aun cuando son reconocidos no solo a nivel de una comunidad, sino de toda la región. Existen barreras burocráticas significativas que dificultan la contratación.

Otro aspecto significativo es que la estructura burocrática estatal, estructurada para el reconocimiento de la carrera profesional, ubica en los escalafones más bajos de la jerarquía a personas que no tienen estudios formales. Esto es muy problemático cuando se trata de personas que, si bien no tienen dichos estudios formales, sí cuentan con décadas de conocimientos empíricos y además son los principales portadores del conocimiento en salud desde los saberes médicos originarios. Como ya se ha indicado:

el conjunto de los médicos andinos, quienes regularmente no tienen formación profesional o técnica, ingresa al sistema mecánicamente en los últimos niveles del escalafón, produciendo automáticamente su ingreso una subordinación a la totalidad de la jerarquía presente en los dispositivos de atención de salud tanto en términos de autoridad como de remuneración. Esto porque la valorización positiva de la formación profesional que se instrumentaliza a través de la jerarquización burocrática, supone una desvalorización ideológica de otras formas de adquisición y desarrollo de saberes, como son las propias de los saberes médicos de los pueblos originarios. (Piñones Rivera, 2015, p. 294)

Los agentes del saber médico andino indican que han sufrido fuertes experiencias de discriminación dentro del sistema de salud público. Desde el ámbito de la investigación esto se ha analizado como un lamentable efecto de las políticas de salud intercultural, que al no disponer de mecanismos efectivos que equilibren las asimetrías de poder entre los saberes médicos originarios y los alópatas, termina constituyéndose como un espacio en el que se ejerce de manera sistemática la violencia simbólica. Dicha violencia consiste en una subordinación que la ideología biomédica ejerce sobre el saber médico andino en base a preconcepciones peyorativas sobre el saber, sobre su eficacia y sobre cómo deberían ser las relaciones entre ambos saberes (Piñones Rivera et al., 2019).

Un ejemplo muy claro de esta violencia simbólica forma parte de un caso, que fue publicado en la prestigiosa revista de la Universidad de Harvard Health and Human Rights, en que ante el fallecimiento de una abuelita en el marco comprobado de una atención médica dada sin pertinencia cultural, el facilitador intercultural del centro de salud público, descalificó el saber de un qulliri, indicando que “su conocimiento es limitado a un tratamiento preventivo o paliativo, pero no existe la posibilidad de que una persona con enfermedades crónicas [...] pudiese haber sido estabilizada o tratada solo con un tratamiento de medicina natural.” (Moscoso et al., 2023).

Como analiza en detalle el artículo, el caso muestra la reproducción de los prejuicios propios de la ideología biomédica, siendo vehiculizados por un agente del Estado que debería velar por la protección y salvaguarda de los saberes médicos originarios.

Un último aspecto que ha relevado la investigación sobre medicina tradicional en la región, son las dificultades referidas a la movilidad transfronteriza de personas e insumos de medicina tradicional. Dichos trabajos han mostrado, por un lado, el valor que ha tenido la medicina tradicional en los procesos de atención a los problemas de salud, tanto en la población indígena como en la población migrante en contextos de la pandemia del COVID (Piñones-Rivera, Liberona, et al., 2022; Piñones-Rivera, Muñoz-Henríquez, et al., 2022). En ambos casos, se observó que, ya sea por razones culturales o como una forma de autoatención empujada por los obstáculos estructurales del sistema de salud pública, la medicina tradicional constituyó uno de los principales patrimonios sanitarios que protegió y sanó ciertos grupos de los efectos pandémicos. Por otro lado la literatura ha mostrado como los procesos de criminalización de los flujos transfronterizos, y las securitización y militarización de la frontera han producido impactos negativos en la salud de las comunidades originarias de la región, tanto por la dificultad de acceso a los insumos de la medicina tradicional, como por el impacto negativo que ha supuesto la dificultad de acceder a bienes de primera necesidad, que normalmente son abastecidos a través de prácticas ancestrales de cruce fronterizo.

Un tercer aspecto que la investigación reciente ha iluminado, muestra que la economía popular transfronteriza entre países vecinos como Chile, Perú y Bolivia juega un rol clave en el abastecimiento de insumos de medicina tradicional, ya sean las plantas medicinales como los insumos para tratamientos rituales, sin los cuales no se puede tratar una serie de enfermedades ante las cuales la medicina occidental alópata es impotente. En efecto, enfermedades de filiación cultural como el susto, la agarradura, la pérdida de ánimo (Gavilán et al., 2009; Piñones Rivera, 2015), solo se pueden tratar en base al conocimiento relacional propio de los yatiris, profundamente arraigado en la cosmovisión y ontología andina. Por lo mismo, el cuidado de la medicina tradicional supone también el cuidado de dichas redes económicas que conectan los distintos pisos ecológicos y hacen accesible a quien lo requiera los elementos de sanación (Piñones-Rivera et al., En prensa). Dichas redes económicas incluyen los procesos de producción, intercambio, distribución y consumo, y dependen estrechamente de la existencia de las ferias campesinas y de medicina tradicional (llamadas *jampi qhathus*), que permiten el acopio, el intercambio y la distribución a lo largo de todo el extenso territorio de la medicina tradicional, territorio que recrea en buena medida, la extensión del antiguo Tahuantinsuyo (Álvarez et al., 2025).

7. LA CRIMINALIZACIÓN DE LA HOJA DE COCA Y LOS DERECHOS CONSAGRADOS EN EL PIDESC.

La hoja de coca ha sido objeto de una criminalización en el ordenamiento jurídico chileno, al ser legalmente asimilada a una sustancia destinada exclusivamente a fines ilícitos. Si bien esta planta posee un uso ancestral y ceremonial en diversas culturas como se ha expuesto, en particular entre los pueblos indígenas aymara y quechua, la legislación chilena específicamente la Ley N°20.000 sobre tráfico ilícito de estupefacientes, la clasifica como una materia prima vinculada a la elaboración de cocaína, sancionando su tenencia, tráfico y consumo, sin distinguir entre su uso tradicional y su procesamiento con fines narcóticos. Este enfoque punitivo se basa en la

presunción de que la hoja de coca es únicamente utilizada como precursor químico en la fabricación de drogas ilícitas, lo que ha contribuido a su estigmatización y ha generado un conflicto entre la normativa penal vigente y el ejercicio legítimo de derechos culturales y de salud por parte de los pueblos indígenas.

En este contexto, se han registrado numerosos casos en que personas pertenecientes a pueblos originarios, nacionales y extranjeros que cruzan la frontera portando hojas de coca con fines ceremoniales, religiosos o medicinales, han sido objeto de persecución penal. Estas personas han enfrentado procesos judiciales e incluso han permanecido detenidas por varios meses, formalizándose cargos en su contra por delitos asociados al narcotráfico, pese a la evidente ausencia de dolo y al carácter tradicional y no ilícito del uso que pretendían dar a dicha planta. Esta situación revela una aplicación descontextualizada y desproporcionada de la normativa penal, que ignora los usos ancestrales de la hoja de coca y vulnera derechos culturales reconocidos tanto a nivel nacional como internacional.

De esta forma, resulta evidente que la actual legislación nacional, incumple los estándares normativos tanto del derecho internacional como de la legislación interna, al no reconocer ni distinguir los usos tradicionales lícitos de aquellos fines ilícitos vinculados al narcotráfico. Esta omisión normativa desconoce el carácter ancestral y legítimo del uso de la coca, perpetuando una criminalización que transgrede obligaciones jurídicas vigentes contenidas en el Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales, así como en otros tratados y convenciones internacionales. Así también contraviene legislación nacional, los artículos 1° y 54° de la Ley N°19.253, que establecen claramente el deber del Estado de respetar la identidad cultural, la cosmovisión, y las prácticas tradicionales de los pueblos indígenas.

Adicionalmente, es importante destacar que la Convención de las Naciones Unidas contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Psicotrópicas, ratificada por Chile mediante el Decreto N°543 de 1990 del Ministerio de Relaciones Exteriores, establece en su artículo 14, número 2, que las medidas adoptadas por los Estados para erradicar el cultivo ilícito de plantas como la coca deberán respetar los derechos humanos fundamentales y considerar debidamente los usos tradicionales lícitos, cuando exista evidencia histórica de ellos, así como la protección del medio ambiente.

El estándar internacional expuesto refuerza el propósito del presente informe y por ende, se vuelve urgente recomendar al estado de Chile que adecue la legislación para otorgar certeza jurídica tanto a las personas que hacen uso cultural, medicinal o ritual de la hoja de coca, como a los fiscales, defensores y jueces que deben interpretar y aplicar la normativa penal vigente.

8. DERECHOS DEL PACTO INTERNACIONAL DE DERECHOS ECONÓMICOS SOCIALES Y CULTURALES AMENAZADOS Y EVENTUALMENTE VULNERADOS (El derecho a la cultura y a la salud)

Derecho a determinar libremente el desarrollo cultural (Artículo 1(1))

Derecho a la cultura (Artículo 15).

Derecho a un nivel de vida adecuado (Artículo 11)

Derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (Artículo 12)

9. RELACIÓN DE ESTOS DERECHOS CON OTROS TRATADOS O CONVENCIONES INTERNACIONALES RATIFICADAS O ADHERIDAS POR CHILE.

Convenio 169 sobre Pueblos Indígenas y Tribales en países Independientes

Respeto a la identidad cultural (Artículo 2 (b))
Deber de reconocer y proteger los valores y prácticas sociales, culturales, religiosos y espirituales (Artículo 5)
Derecho al desarrollo desde la propia cosmovisión (Artículo 7)
Respeto de la relación espiritual de los pueblos indígenas con la tierra (Artículo 13)
Fortalecimiento y Fomento de las artesanías, las industrias rurales y las actividades tradicionales (Artículo 23)
Eliminación de los prejuicios (Artículo 31)
Facilitación de contactos culturales y espirituales de pueblos indígenas a través de las fronteras (Artículo 32)
Mejoramiento del nivel de salud como prioridad del desarrollo (Artículo 7(2))
Servicios de salud adecuados (Artículo 25)

Declaración de Naciones Unidas sobre Derechos de los Pueblos Indígenas

Derecho a la libre determinación y cultura (Artículo 3)
Derecho a conservar y reforzar instituciones culturales (Artículo 5)
Derecho a no sufrir la destrucción de su cultura (Artículo 8 (1) y (2) (a) y (d))
Derecho a practicar y revitalizar costumbres culturales (Artículo 11)
Derecho a practicar tradiciones, costumbres y ceremonias espirituales y religiosas (Artículo 12)
Derecho a revitalizar, utilizar, fomentar y transmitir expresiones culturales (Artículo 13)
Derecho a la dignidad y diversidad de su cultura (Artículo 15)
Derecho a mantener, controlar, proteger y desarrollar su patrimonio cultural (Artículo 31)
Derecho de los pueblos indígenas transfronterizos a mantener y desarrollar contactos de carácter cultural y espiritual (Artículo 36)
Derecho a la salud (Artículo 24)

Convenio para la salvaguardia del patrimonio cultural inmaterial

Definición de patrimonio cultural inmaterial (Artículo 2)
Salvaguardia del patrimonio cultural inmaterial (Artículo 11)

10. CONSIDERACIONES RESPECTO DE LA LISTA DE CUESTIONES PREVIAS (2020), EL ÚLTIMO INFORME DEL ESTADO PARTE (2022) Y LAS OBSERVACIONES FINALES ANTERIORES (2015)

Derecho a la Salud

En relación con el acceso a la salud, resulta pertinente considerar la cuestión previa N° 22, especialmente en lo que respecta a las mejoras en la accesibilidad, disponibilidad y calidad de los servicios de salud, incluyendo la atención adecuada en salud mental, en el Estado parte, particularmente en zonas rurales y remotas. En este contexto, reviste especial importancia observar los impactos en la salud derivados de la criminalización del uso tradicional de la hoja de coca en comunidades indígenas.

Derecho a la Cultura e Integridad Cultural

En cuanto al derecho a la cultura y a la integridad cultural, corresponde atender a la cuestión previa N°27 y a la respuesta entregada por el Estado de Chile. De las medidas propuestas no se desprenden acciones concretas orientadas a promover y avanzar en el reconocimiento del uso lícito de la hoja de coca como parte integrante de la identidad cultural de los pueblos originarios y elemento fundamental de sus sistemas tradicionales de salud.

No Discriminación

Asimismo, este informe solicita que se tenga presente la observación y recomendación formulada al Estado de Chile en 2015 en el ámbito de la no discriminación, particularmente en cuanto a la necesidad de adoptar medidas eficaces para prevenir y combatir la persistente discriminación contra los pueblos indígenas y otros grupos desfavorecidos o marginados. Ello incluye la implementación de campañas de sensibilización que garanticen el pleno ejercicio de los derechos reconocidos por el Pacto, en especial el acceso al empleo, la seguridad social, la atención de salud y la educación.

11. RECOMENDACIONES

- Que el Estado de Chile adecúe su legislación nacional para otorgar protección al uso tradicional lícito de la hoja de coca, garantizando el respeto de los derechos humanos fundamentales de los pueblos indígenas. Ello debe considerar expresamente los usos tradicionales lícitos de los distintos elementos vinculados a sus prácticas de sanación, otorgando protección jurídica a las personas que los utilicen con fines culturales, medicinales o rituales.
- Que se adopten medidas orientadas a la difusión, sensibilización y protección de los elementos del patrimonio cultural inmaterial vinculados a los sistemas de sanación de los pueblos originarios, en particular el uso de la hoja de coca y las relaciones transfronterizas entre comunidades indígenas. Estas medidas deben garantizar el acceso a sus diversas expresiones y componentes, con pleno respeto a los usos consuetudinarios.

LISTADO DE QUIENES SUSCRIBEN EL PRESENTE INFORME

Participantes taller Sarnaqaña, Región de Tarapacá

Nº	Nombre y apellidos	Rol Organización	Localidad	Comuna
1	Martina Castro Flores	Partera, Qulliri Asociación Kollire	Apamilca	Camiña
2	Edelia Mamani	Hija de partera aprendiz	Alto Hospicio	Alto Hospicio
3	Clemente Mamani	Yatiri Asociación Kollire	Camiña - Cuisama	Camiña
4	Inés Challapa	Partera Sanadora PESPI - consultorio Alto Hospicio	Colchane	Colchane
5	Jocelyn Coñajagua	Hija de Qulliri Aprendiz	Alto Hospicio	Alto Hospicio
6	Clara Baltazar	Comerciante Hierbería – mesas ceremoniales	Iquique	Iquique
7	José Luis Cueto Escobar	Comerciante Hierbería – mesas ceremoniales	Iquique	Iquique
8	Jendery Cueto Baldassano	Comerciante Hierbería – mesas ceremoniales	Iquique	Iquique
9	María Chambe Condore	Con conocimiento en tratamientos y rituales de sanación Comunidad de Miñi Miñe – Asociación Indígena de Pica	Miñi Miñe - Pica	Huara - Pica

10	Gilda Palape	Precursora Prog. Parto Intercultural Consejo Indígena de Salud	Coscaya	Huara
11	David Moruna	Aprendiz de hierbas medicinales C.I. Aymara de Parca	Parca	Pozo Almonte
12	Ambrosio Gómez	Componedor de Huesos Sanador PESPI – Consultorio Colchane	Escapiña	Colchane
13	Helena Mamani	Conocedora de hierbas medicinales	Cancosa	Pica
14	Antonio Moscoso	Cultor tradicional	Cariquima	Colchane
15	Erika Moscoso Mamani	Conocedora de hierbas medicinales	Chijo	Colchane
16	Hermelinda Chambe	Con conocimiento en tratamientos y rituales de sanación C.I. Quechua de Miñi Miñe	Miñi Miñe	Huara
17	Jorge Lizama	Con conocimiento en tratamientos y rituales de sanación C.I. Quechua de Miñi Miñe	Miñi Miñe	Huara
18	Erika Quenaya Mamani	Con conocimiento en tratamientos y rituales de sanación C.I. Quechua de Miñi Miñe	Miñi Miñe	Huara
19	Dolores Fernández	Con conocimiento en tratamientos y rituales de sanación C.I. Aymara de Cuanalla	Cuanalla	Huara
20	Paola Tancara	Con conocimiento en tratamientos y rituales de sanación	Visviri	General Lagos

		Estudia para asistente de partera		Arica Parinacota
21	Ana Vilca Cáceres	Partera Sanadora PESPI - consultorio Alto Hospicio	Sibaya	Huara
22	Cecilia Moscoso	Facilitadora Intercultural Facilitadora PESPI - consultorio Alto Hospicio	Chusmiza Usmagama	Huara
23	Adimelia Moscoso	Delegada Pica Consejo Indígena de Salud	Chalvire	Colchane
24	Néstor Ticuna Gómez	Yerbatero	Cancosa	Pica
25	Ruth Quenaya	Con conocimiento en tratamientos y rituales de sanación C.I.A. de Cutijmalla	Cutijmalla	Huara
26	Gregorio Coñajagua	Qullire	Camiña	Camiña

Equipo de trabajo Cooperativa Apacheta

- Carlos Piñones Rivera, Antropólogo médico
- Bárbara Quenaya Montecino, Socióloga
- Rodrigo Arancibia Campos, Abogado
- Adimelia Moscoso García, Psicóloga

Bibliografía

- Álvarez, G., Piñones-Rivera, C., & Larrazabal, S. (2025). Reconfigurar el territorio más allá del estado. Prácticas transfronterizas aymara y economía del saber médico andino. *Chungara: Revista de Antropología Chilena*, 57, 1-19. <https://doi.org/10.4067/S0717-73562025000100506>
- Boccará, G. B. (2007). Etnogubernamentalidad: La formación del campo de la salud intercultural en Chile. *Chungará (Arica)*, 39(2), 185-207.
- Gavilán, V., Madariaga, C., Morales, N., Parra, M., Arratia, A., Andrade, R., & Viguera, P. (2009). *Conocimiento y Prácticas en Salud: Patrimonio Cultural de los Pueblos Originarios Tarapaqueños*. Fondart.
- Gavilán, V., Viguera, P., Parra, M., Madariaga, C., Morales, N., Arratia, A., & Andrade, R. (2011). La sociedad y la cultura andina contemporánea. *Revista de Indias*, 71(252), 571-600.
- Ministerio de relaciones exteriores Bolivia. (2009). *El Akhulli. La coca en la diplomacia de los pueblos*. Ministerio de relaciones exteriores Bolivia.
- Moscoso, A., Piñones-Rivera, C., Arancibia, R., & Quenaya, B. (2023). The right to health care viewed from the indigenous research paradigm: Violations of the rights of an Aymara Warmi in Chile's Tarapacá Region. *Health and Human Rights*, 25(1), 81.
- Piñones Rivera, C. (2015). *La mala hora. Articulaciones en el pluralismo médico de agricultores precordilleranos aymarás chilenos*. Universitat Rovira i Virgili.
- Piñones Rivera, C., Liberona Concha, N., & Montecino Quenaya, B. (2019). La subordinación ideológica del saber médico andino en la salud intercultural chilena. *Polis (Santiago)*, 18(54), 224-244.
- Piñones Rivera, C., Mansilla Agüero, M. Á., & Arancibia Campos, R. (2017). El imaginario de la horizontalidad como instrumento de subordinación: La Política de Salud pueblos indígenas en el multiculturalismo neoliberal chileno. *Saude e sociedade*, 26(3), 751-763.
- Piñones Rivera, C., Muñoz, W., & Liberona Concha, N. (2020). Te mueves o te mueres: La movilidad del saber médico andino en la triple frontera Bolivia, Chile y Perú. En M. Ferrari, I. Gusman, E. Aparecido da Costa, & R. C. Lois González (Eds.), *Fronteira, território e ambiente: Diálogos entre América Latina e Europa*. Edunioeste.
- Piñones-Rivera, C., Liberona, N., Arancibia, R., & Jiménez, V. (2022). Indigenous border migrants and (im) mobility policies in Chile in times of COVID-19. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(15), 9728.
- Piñones-Rivera, C., Muñoz-Henríquez, W., Rodríguez, A., Torrez, R., & Jiménez, V. (En prensa). Jampi qhathus. Mobility, territoriality, and cosmoeconomics in traditional medicine fairs in the Andes. *Journal of Latin American and Caribbean Anthropology*.

Piñones-Rivera, C., Muñoz-Henríquez, W., & Rodríguez-Valdivia, A. (2022). Entre ferias, curanderos y remedios. La red asistencial popular andina en el espacio transfronterizo del norte de Chile. *Estudios atacameños*, 68.