

CONVENCIÓN
CONSTITUCIONAL

INICIATIVA CONVENCIONAL CONSTITUYENTE

N°

Iniciativa convencional constituyente presentada por Machi Francisca Linconao Huircapán, Natividad Llanquileo Pilquimán, Victorino Antilef Ñanco, Alexis Caiguan Ancapan, Isabel Godoy Monardez, Eric Chinga Ferreira, Wilfredo Bacian Delgado, Marco Arellano Ortega, Giovanna Grandón Caro y Elsa Labraña Pino, que consagra el DERECHO A LA SALUD CON PERTINENCIA CULTURAL.

Fecha de ingreso : 23 de Enero de 2022.
Sistematización y clasificación: Derechos Fundamentales.
Comisión : Derechos Fundamentales.

Tramites reglamentarios

Reglamentarios ADMISIBILIDAD (art.83)	:	<input type="checkbox"/>
INFORME DE LA COMISIÓN TEMÁTICA (art.93)	:	<input type="checkbox"/>
LECTURA EN EL PLENO (art.94)	:	<input type="checkbox"/>
INFORME DE REEMPLAZO (art.94, inciso tercero)	:	<input type="checkbox"/>



CONVENCIÓN
CONSTITUCIONAL

INICIATIVA CONSTITUYENTE: DERECHO A LA SALUD

CON PERTINENCIA CULTURAL

Santiago, 23 de enero de 2022

I. ANTECEDENTES REGLAMENTARIOS

1. Que, el Párrafo 2º del Título IV del Reglamento General de la Convención Constitucional establece las iniciativas constituyentes para la elaboración de las normas constitucionales.
2. Los artículos 81 y siguientes del Reglamento General de la Convención Constitucional permiten que las y los convencionales constituyentes puedan presentar iniciativas de normas convencionales constituyentes a la Mesa Directiva, a través de la Oficina de Partes de la Secretaría de la Mesa Directiva.
3. Que, el artículo 83 del Reglamento General de la Convención Constitucional exige que las iniciativas convencionales constituyentes sean presentadas con fundamento, por escrito, con articulado y dentro de plazo.
4. Que, a su vez, el mismo artículo 83 del Reglamento General de la Convención Constitucional exige que las iniciativas convencionales constituyentes no pueden ser firmadas por menos de ocho ni por más de dieciséis convencionales constituyentes.
5. Que, la Convención Constitucional ha reconocido la Declaración de Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas como una fuente idónea para conceptualizar el principio de plurinacionalidad dispuesto en el artículo 3 letra d del Reglamento General de esta convención constitucional.

II. FUNDAMENTOS

1. Que el Estado de Chile ocupó militarmente territorios de pueblos y naciones preexistentes, los despojó y los redujo de manera ilegal e injusta mientras paralelamente fomentaba la ocupación extranjera mediante beneficios que al indígena le eran negados¹. Posteriormente, la dictadura instauró las bases del modelo neoliberal en Chile y, en él, la propiedad privada ha tenido y tiene un rol preponderante respecto a derechos como la vida y a todos los derechos que permiten su ejercicio. Estas situaciones no han sido corregidas ni reparadas por el estado y constituyen una deuda histórica que ha impactado directamente en el derecho a la autodeterminación de los pueblos, su derecho al desarrollo económico, social y cultural, y particularmente, en el ejercicio de derechos individuales y colectivos.

¹ CORREA, Martín (2021).

2. Que el derecho internacional de los derechos humanos reconoce a todos los pueblos el derecho a la libre determinación, como consta en el artículo 1° del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos², el artículo 1° del Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales y el artículo 3° de la Declaración de Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas, en virtud del cual determinan libremente su condición política y persiguen libremente su desarrollo económico, social y cultural, en los mismos términos. En este sentido, como ya han señalado James Anaya y Luis Rodríguez Piñeiro³, la Declaración no crea derechos nuevos para los indígenas, sino que especifica en ellos los derechos humanos de los tratados ya existentes y contempla en diversas normas los más altos estándares de derechos humanos relativos a los pueblos indígenas.

3. Que los pueblos indígenas tienen el derecho a reforzar instituciones propias: consagrado en el artículo 6° que se refiere a los derechos colectivos establecido en la Declaración Americana sobre los derechos de los pueblos indígenas; artículo 5°, artículo 20 N°1, artículo 34 de la Declaración ONU de los derechos de los pueblos indígenas; artículo 8° Convenio N°169 de la OIT.

4. Que la Declaración de Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas, en su artículo 24, reconoce el derecho de los pueblos a sus propias medicinas tradicionales y a mantener sus prácticas de salud, incluida la conservación de sus plantas medicinales, animales y minerales de interés vital. También se consagra que las personas indígenas también tienen derecho de acceso, sin discriminación alguna, a todos los servicios sociales y de salud; que las personas indígenas tienen igual derecho a disfrutar del nivel más alto posible de salud física y mental, y que finalmente los Estados tomarán las medidas que sean necesarias para lograr progresivamente que este derecho se haga plenamente efectivo. Adicionalmente, esta misma declaración reconoce en su artículo 31⁴ el derecho a mantener, controlar, proteger y desarrollar su propio patrimonio cultural como la medicina tradicional, y la adopción de medidas eficaces para reconocer y proteger el ejercicio de estos derechos. Esta declaración considera y resguarda una perspectiva indígena de la salud en su dimensión individual y colectiva; que considera la estrecha vinculación de los pueblos indígenas y sus sistemas de salud, con el medio ambiente que les rodea, basado en la espiritualidad que contiene y que conforma la cultura de cada pueblo. Además, este instrumento reconoce que el territorio y sus recursos naturales, son la base para la mantención de los sistemas de salud indígenas, la espiritualidad y el *kyme mogen*, valorando la forma en que los pueblos indígenas ordenan sus relaciones humanas, por medio de sistemas culturales propios de legitimación de sus autoridades ancestrales, que implica un bienestar integral, de manera colectiva, territorial, física, social y espiritual, por lo cual la salud de los Pueblos Indígenas es holística y no asimilable en ninguna dimensión, a los actuales sistemas biomédicos estatales.

² “Todos los pueblos tienen el derecho de libre determinación. En virtud de este derecho establecen libremente su condición política y proveen asimismo a su desarrollo económico, social y cultural”.

³ RODRÍGUEZ, Luis (2009).

⁴ “Los pueblos indígenas tienen derecho a mantener, controlar, proteger y desarrollar su patrimonio cultural, sus conocimientos tradicionales, sus expresiones culturales tradicionales y las manifestaciones de sus ciencias, tecnologías y culturas, comprendidos los recursos humanos y genéticos, las semillas, las medicinas, el conocimiento de las propiedades de la fauna y la flora, las tradiciones orales, las literaturas, los diseños, los deportes y juegos tradicionales, y las artes visuales e interpretativas. También tienen derecho a mantener, controlar, proteger y desarrollar su propiedad intelectual de dicho patrimonio cultural, sus conocimientos tradicionales y sus expresiones culturales tradicionales”.

5. Que, el Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo reconoce los derechos colectivos de los Pueblos Indígenas, propios de cada uno de los individuos que los componen y de los pueblos que los detentan, con especial referencia a la obligación de consulta previa de toda medida administrativa que afecte directamente a los Pueblos Originarios; Que dicho Convenio, de acuerdo al Art. 25 mandata a los gobiernos que, para lograr el goce del nivel máximo de salud física, mental y espiritual de los pueblos indígenas, se disponga de servicios de salud adecuados o se proporcione los medios para prever, coordinar, organizar y prestar dichos servicios bajo su responsabilidad y control; así como también para la formación y contratación de personal sanitario de la comunidad local. Se deberá, asimismo, tener en cuenta sus condiciones económicas, geográficas, sociales y culturales, así como sus métodos de prevención, prácticas curativas y medicamentos tradicionales, priorizando el enfoque comunitario y la coordinación intersectorial.

6. Que son diversos instrumentos del derecho internacional los que abordan visiones complejas e integradoras sobre el derecho a la salud con pertinencia cultural, destacando la consideración necesaria del disfrute no solo de la vida, sino de una vida con dignidad y estrechamente relacionada al medioambiente que les rodea. Así por ejemplo, la Convención Internacional para la eliminación de todas las formas de discriminación racial declara en su artículo 5 que los Estados parte deben garantizar a todos, sin distinción de raza, color, nacionalidad u origen étnico, el derecho a la igualdad ante la ley y el pleno goce de el derecho a acceder a salud pública, cuidado médico, seguridad social y servicios sociales. Adicionalmente, el derecho humano a la Salud contenido en el Artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales incluye, entre otros elementos, que los establecimientos, bienes y servicios de salud no solo deben ser accesibles a todos, sin discriminación alguna, dentro de la jurisdicción del Estado Parte; sino que también deben ser culturalmente apropiados. Aspectos señalados en la Observación General n° 14 el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Finalmente, la Convención sobre los Derechos de las personas con Discapacidad también recoge estas obligaciones en su artículo 25.

7. Que, los Estados parte de la Convención de Derechos del Niño a través de la Observación General Nº 11 del Comité de los Derechos del Niño, han sido instados por esta a que consideren la aplicación de medidas especiales para que los niños indígenas puedan acceder a servicios culturalmente apropiados en el ámbito de la salud; señalando, además, que los Estados deben “tener especial cuidado de que los servicios de salud tengan en cuenta el contexto cultural y de que la información correspondiente esté disponible en los idiomas indígenas u originarios”.

8. Que existen derechos desarrollados a propósito de los informes de la relatoría especial sobre derechos de los pueblos indígenas; por ejemplo, la recomendación de adoptar con urgencia medidas de mitigación de los impactos, en especial de la contaminación del agua y los recursos disponibles en territorios indígenas (A/HRC/24/41,A/HRC/36/46); recomendaciones referidas específicamente a las industrias extractivas, a fin de poner especial atención a la salud y bienestar de las mujeres y niñas indígenas, en particular a su salud sexual y reproductiva, debido a la falta de planes y programas con pertinencia cultural focalizados en dicha materia (A/HRC/24/41) y asimismo en el Foro permanente para cuestiones indígenas UNPFII ONU, donde se estableció

que el derecho a la salud colectiva e individual de los pueblos está directamente asociado a vivir en un medioambiente limpio y libre de riesgos (E/C.19/2019/5; E/C.19/2019/7).

9. Que desde la perspectiva de género en materia de salud, las mujeres indígenas han estado en una posición de desventaja y desigualdad sustantiva de iure y de facto, situación aún más cruda en palabras de Marcela Lagarde⁵ quien desarrolla lo que la doctrina ha resumido como la *triple opresión* por ser mujer, por ser empobrecida y por ser indígena. En el caso de las mujeres del pueblo nación mapuche, esta posición de desventaja encuentra su raíz en la incorporación del wallmapu a Chile mediante una estrategia militar denominada “Pacificación de La Araucanía” entre 1861 y 1883, cuyo objetivo era expropiar las tierras que se encontraban al sur del río Biobío bajo el control mapuche⁶, despojo territorial efectuado vía remates y asignaciones a los jefes de familias de colonos chilenos y extranjeros ; consecuentemente las comunidades mapuche fueron reducidas y trasladadas de forma aleatoria a otros lugares, lo que impulsó que debieran convertirse en pequeños campesinos y pequeñas campesinas o mano de obra barata, entre otros roles de bajo nivel social⁷, y otros procesos históricos que continúan en desarrollo, como la diáspora mapuche y las lógicas de retorno⁸. Este cambio socio-territorial impactó también en la estructura familiar tradicional mapuche; de ahí la importancia de la comprensión de la territorialidad para las mujeres indígenas, y de expresiones como ixofillmogen o fillke mogen las que dan cuenta de todas las formas de vida sin excepción, la explicación a su existencia y sus distintas formas en cada una de las dimensiones del mapu o tierra. Cabe destacar nuevamente el informe del ex Relator Especial sobre los derechos de los pueblos indígenas sobre las industrias extractivas (A/HRC/24/41) y las recomendaciones especiales en torno a la salud y bienestar de las mujeres y niñas indígenas, especialmente en materia de salud sexual y reproductiva, debido a la falta de planes y programas con pertinencia cultural en la materia. Además, sobre la salud mental de mujeres y niñas indígenas expuestas a violencia doméstica, se recomendó fortalecer el acceso de las mujeres y niñas indígenas a servicios sanitarios con un plan intercultural.

10. Que desde la experiencia comparada, ya existen constituciones en el mundo que contienen normas que consideran la pertinencia cultural y las determinantes sociales en el marco del derecho humano a la salud. Así, por ejemplo:

Ecuador. Artículo 32.- *“La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir. El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional”*.

⁵ LAGARDE, Marcela (1989).

⁶ PACHECO, LÓPEZ Y CARRILLO (2018).

⁷ BENGUA, José (2020)

⁸ ANTILEO, Enrique (2012).

Bolivia. Artículo 30 N° 13. *“Es nación y pueblo indígena originario campesino toda la colectividad humana que comparta identidad cultural, idioma, tradición histórica, instituciones, territorialidad y cosmovisión, cuya existencia es anterior a la invasión colonial española. II. En el marco de la unidad del Estado y de acuerdo con esta Constitución las naciones y pueblos indígena originario campesinos gozan de los siguientes derechos: N° 13. Al sistema de salud universal y gratuito que respete su cosmovisión y prácticas tradicionales”.*

Bolivia. Artículo 35.- *“El Estado, en todos sus niveles, protegerá el derecho a la salud, promoviendo políticas públicas orientadas a mejorar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso gratuito de la población a los servicios de salud. II. El sistema de salud es único e incluye a la medicina tradicional de las naciones y pueblos indígena originario campesinos”.*

Bolivia. Artículo 42: *“Es responsabilidad del Estado promover y garantizar el respeto, uso, investigación y práctica de la medicina tradicional, rescatando los conocimientos y prácticas ancestrales desde el pensamiento y valores de todas las naciones y pueblos indígena originario campesinos. III. La promoción de la medicina tradicional incorporará el registro de medicamentos naturales y de sus principios activos, así como la protección de su conocimiento como propiedad intelectual, histórica, cultural, y como patrimonio de las naciones y pueblos indígena originario campesinos. III. La ley regulará el ejercicio de la medicina tradicional y garantizará la calidad de su servicio”.*

Colombia. Artículo 49: *“La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control. Así mismo, establecer las competencias de la nación, las entidades territoriales y los particulares y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley. Los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad. La ley señalará los términos en los cuales la atención básica para todos los habitantes será gratuita y obligatoria...”.*

11. Que no sólo hablamos de la necesidad de garantizar derechos de las naciones preexistentes, sino desde la existencia de un diagnóstico previo y definido de la situación actual del derecho a la salud en el estado chileno, en el contexto del sistema neoliberal dictatorial. La salud en Chile se caracteriza por su fragmentación⁹, por cuanto todo su sistema está construido en la Constitución actual, que sólo garantiza el libre acceso y el aparente derecho a la libre elección del sistema al cual adscribir. Este hecho provoca que la salud no sea considerada como un derecho humano o un bien público, sino como un bien de consumo con fines de lucro en que el Estado es reducido a un rol subsidiario, que no garantiza el acceso al cuidado y no cumple la función de regulador. Es esta la base de la segmentación del sistema en un sector privado de seguros para personas con altos recursos y con menor riesgo de enfermedad y otro sector que agrupa a la mayoría de los ciudadanos, cercano al 78% de la población, que se atiende en el sistema público, donde se concentra la población de mayor riesgo por contener a la mayoría de las personas en los extremos

⁹ ESP, COLMED (2018).

de la vida y por presentar la mayor carga de enfermedad¹⁰. Nuestro actual modelo de atención de salud es biomédico, hospitalocéntrico, no considera la multicausalidad de los problemas de salud, excluye la participación incidente de la comunidad y no considera la diversidad y pertinencia cultural de los pueblos preexistentes al estado; este sistema permitió y fomentó planes discriminadores de las isapres, la exigencia de cheques en garantía para atender a una persona incluso en caso de urgencias médicas, planes de salud sin enfoque de derechos y en definitiva, acentuó y perpetuó un sistema de desigualdad estructural que ha constituido por años violencia estatal, sumado a la desigualdad territorial, económica, social y cultural que se ha expresado en resultados sanitarios disímiles explicados por el enfoque de los determinantes sociales de la salud y asociado a un sistema sanitario que ha tenido un desempeño insuficiente en su promesa de equidad. Así, en el informe PNUD-DES¹¹, las personas refieren que en los 3 principales espacios donde se manifiesta la desigualdad de trato es: en el trabajo (42%), en la calle (33%) y en los servicios de salud (33%).

12. Que, desde 1996 el Ministerio de Salud ha intentado fortalecer una línea técnica de salud y pueblos indígenas para la incorporación del enfoque intercultural en el desarrollo e implementación de políticas, programas, normas y de un modelo de atención de salud con pertinencia cultural; que se ha intentado desde el año 2000 mediante el Programa Especial de Salud y Pueblos Indígenas del Ministerio de Salud contribuir a la disminución de brechas de inequidad en la situación de salud de los pueblos indígenas a través de la construcción participativa de planes de salud, que reconozcan la diversidad y promuevan la complementariedad entre los sistemas médicos; y que el Ministerio de Salud cuenta desde el año 2006 con una Política de Salud y Pueblos Indígenas que establece un marco de principios donde se reconoce la diversidad cultural, el derecho a la participación, y los derechos políticos de los pueblos indígenas de nuestro país; y que si bien existe la Norma Administrativa N° 16, sobre interculturalidad en los Servicios de Salud, que desarrolla directrices que constituyen orientaciones relativas a la implementación de la pertinencia cultural, interculturalidad y complementariedad en los Servicios de Salud, se concluye que en la actualidad no se ha logrado la aplicación de un modelo de salud intercultural validado ante las comunidades indígenas, resguardando el pleno y efectivo derecho de los pueblos indígenas u originarios a través de sus organizaciones representativas, no cumpliendo actualmente los estándares en torno a hacer efectivo el derecho de todas las personas pertenecientes a estos pueblos a recibir una atención de salud con pertinencia cultural, reconociendo su lógica y cosmovisión.

13. Que por tanto, existe la necesidad urgente de reconocer y regular los derechos y deberes de las personas pertenecientes a pueblos indígenas a recibir una atención de salud con pertinencia cultural, considerando además lo ya establecido en el artículo 7° de la Ley N° 20.584 y los derechos y principios que emanan del derecho internacional en materia de pueblos indígenas; especialmente el principio pro indígena y el principio pro pueblos, en especial lo referido a no transgredir la espiritualidad de cada uno de estos pueblos, forzar la asimilación de sus culturas ni su invisibilización¹².

¹⁰ CABILDO “Salud, un derecho”. Iniciativa popular de norma N° 9.026 (2022).

¹¹ PNUD, (2017).

¹² FENPRUSS, Modelo de reglamento para una salud con pertinencia cultural (2018).

14. Que atendido a que no es posible generar valor si no es con estrategias de largo plazo, universales, que incidan en los determinantes sociales e integren el sistema sanitario a los servicios sociales y comunitarios en los territorios¹³, todas las propuestas y estrategias meramente biomédicas, desde el blanqueo de la memoria y de corto plazo no podrán resolver los nuevos desafíos desde la perspectiva plurinacional y su derecho internacional de los derechos humanos, por cuanto el reconocimiento y valoración de la cosmovisión de los pueblos originarios y naciones preexistentes van íntimamente ligadas a las nociones de reparación y garantías de no repetición, por lo que se hace necesario repensar un sistema único de salud, universal, plurinacional e integrado y, por otro lado, comprender que desde el derecho a la autodeterminación los pueblos podrían llegar a un sistema diferente, por lo que el primero debe ser además un sistema flexible.

III. CONTENIDO DE LA INICIATIVA

1. La propuesta tiene por objeto abordar el vacío constitucional histórico en cuanto el derecho de los pueblos y naciones preexistentes al derecho a la salud con pertinencia cultural y los deberes del estado en la materia. Para ello, se propone un articulado para ser discutido en la Comisión sobre Derechos Fundamentales (Comisión N° 4), conforme al artículo 65 letra o) sobre salud en todas las políticas con enfoque en los determinantes sociales.

2. Para ello, se propone la creación de un Sistema Único Plurinacional e Intercultural de salud, que deberá reorganizar y rediseñar las prestaciones sanitarias estatales, protegiendo siempre los derechos consagrados en esta Constitución e instrumentos de derechos humanos.

3. Se propone además una norma transitoria para que el estado impulse un proceso de participación y consulta indígena a fin de que lograr acuerdos mediante el cual se trasladarán la administración de los sistemas de salud estatal a los pueblos y naciones originarias, para ser discutido en la Comisión sobre Sistemas de Justicia (Comisión N° 6).

IV. PROPUESTA DE ARTICULADO

ARTÍCULO XX: DERECHO A LA SALUD CON PERTINENCIA CULTURAL¹⁴.

Todas las personas, pueblos indígenas y naciones originarias, tienen derecho a la salud en su dimensión física y espiritual, individual, colectiva y con pertinencia cultural, incluido el derecho a acceder a los sistemas de salud, tratamientos y medicamentos.

Es deber de todas las autoridades, en el ámbito de sus competencias, promover, respetar, proteger y garantizar el derecho humano a la salud como un bien público, de las personas y los pueblos indígenas, considerando todas las determinantes sociales y con el fin de permitir el más alto goce de salud física, mental y comunitaria.

¹³ PORTER, (2008).

¹⁴ Recoge demandas y propuestas históricas de la Red de Salud Mapuche, plasmadas en iniciativa popular de norma indígena N° 254.

El Estado garantiza un Sistema Plurinacional e Intercultural de Salud, financiado de manera solidaria y de carácter universal y que se regirá por los principios de gratuidad, interculturalidad, solidaridad y justicia social e intergeneracional. Es deber del Estado permitir el uso de la infraestructura pública de salud por parte de las autoridades y agentes de salud de los pueblos y naciones indígenas. Una ley regulará su creación, financiamiento, organización y funciones.

Los pueblos y naciones originarias tienen derecho a sus propios sistemas y prácticas de salud, así como al uso y la protección de las plantas, animales, minerales de interés vital, y otros recursos naturales de uso medicinal en sus tierras y territorios ancestrales, incluidas las dinámicas medicinales transfronterizas. Asimismo, tienen el derecho de acceder a sistemas de salud sin discriminación, con pertinencia cultural, y desarrollando sus propias instituciones y prácticas de salud.

Es deber del Estado respetar a las autoridades y personas que imparten salud en los pueblos, garantizando que sus actos y decisiones no sean objeto de ningún tipo de discriminación y tengan los mismos efectos administrativos que los de los profesionales médicos del sistema estatal público.

Los sistemas de formación de médicos y profesionales de salud deben considerar una perspectiva intercultural en sus respectivas mallas curriculares.

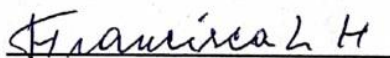
En los territorios indígenas, la administración de los sistemas de salud estatal serán progresivamente traspasados a los pueblos y naciones originarias.

ARTÍCULO XX - DISPOSICIÓN TRANSITORIA

En el plazo de un año desde la entrada en vigencia de la nueva Constitución, el Estado deberá impulsar un proceso de participación y consulta indígena previa, libre y vinculante, a fin de obtener el consentimiento de los pueblos y naciones preexistentes en cuanto al procedimiento mediante el cual se trasladarán la administración de los sistemas de salud estatal a los pueblos y naciones originarias.

CONVENCIONALES CONSTITUYENTES PATROCINANTES

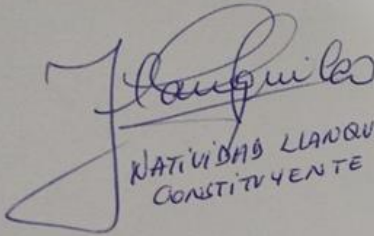
1) Machi Francisca Linconao Huircapán, Convencional Constituyente Pueblo Mapuche



FRANCISCA LINCONAO HUIRCAPÁN

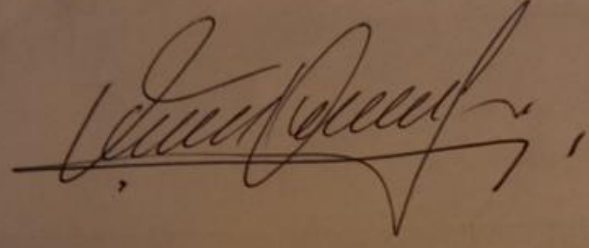
8.053.200-8

2) Natividad Llanquileo Pilquimán, Convencional Constituyente Pueblo Mapuche

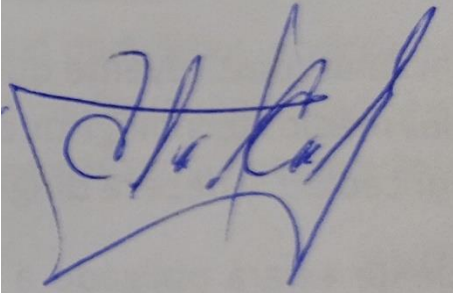


NATIVIDAD LLANQUILEO
CONSTITUYENTE MAPUCHE

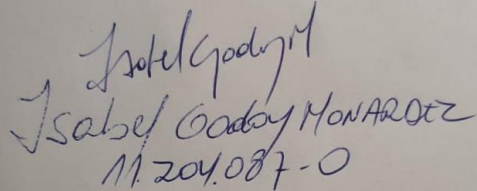
3) Victorino Antilef Ñanco, Convencional Constituyente Pueblo Mapuche



4) Alexis Caiguan Ancapan, Convencional Constituyente Pueblo Mapuche.




5) Isabel Godoy Monárdez, Convencional Constituyente Pueblo Colla



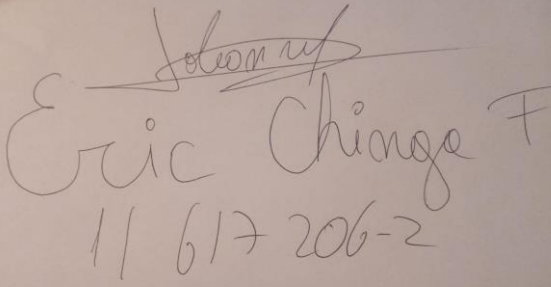
Isabel Godoy
Isabel Godoy MONARDEZ
N. 204.087-0

6) Wilfredo Bacian Delgado, Convencional Constituyente Pueblo Quechua



WILFREDO BACIAN DELGADO
CONVENCIONAL CONSTITUYENTE

7) Eric Chinga Ferreira, Convencional Constituyente Pueblo Diaguita



Eric Chinga F
11 617 206-2


8) Marco Arellano Ortega, Convencional Constituyente Coordinadora Plurinacional y Popular.

MARCO ARELLANO ORTEGA
CONVENCIONAL CONSTITUYENTE DEL DISTRITO 8

Marco Arellano Ortega
14 240.925-7




9) Giovanna Grandón Caro, Convencional Constituyente Coordinadora Plurinacional y Popular.



GIOVANNA GRANDÓN CARO
12 888 957-4

10) Elsa Labraña Pino, Convencional Constituyente Coordinadora Plurinacional y Popular.



Elsa Labraña
12018818-6