

INFORME DE LA COMISIÓN DE SALUD RECAÍDO EN EL PROYECTO DE LEY QUE REGULA LOS DERECHOS Y DEBERES QUE LAS PERSONAS TIENEN EN RELACIÓN CON ACCIONES VINCULADAS A SU ATENCIÓN DE SALUD.

BOLETÍN N° 4.398-11

HONORABLE CÁMARA.

Vuestra Comisión de Salud pasa a informar, en **primer trámite constitucional y primero reglamentario**, el proyecto de ley referido, iniciado en un mensaje, con urgencia calificada de “suma”, de la cual se dio cuenta en la Sala el miércoles 4 de julio de 2007.

CONSTANCIAS REGLAMENTARIAS PREVIAS

1) La idea matriz o fundamental del proyecto es regular los derechos y deberes de las personas y su aplicación a los casos concretos que se producen en las atenciones de salud, todos los cuales se encuentran contenidos en forma general en las convenciones internacionales y en la Constitución Política de Chile, pero que ahora se explicitan a nivel legal.

2) Normas de carácter orgánico constitucional.

Se determinó que el inciso tercero del artículo 13, el inciso cuarto del 19, los incisos tercero y cuarto del artículo 28, el inciso tercero del artículo 31, y la letra c) del inciso primero y el inciso cuarto del artículo 32, son de carácter orgánico constitucional en virtud del artículo 77 de la Constitución Política, y que los incisos quinto, sexto y séptimo el artículo 41, lo son en razón del artículo 38 del mismo cuerpo normativo¹.

4) Normas que requieren trámite de Hcienda.

No hay.

3) El proyecto fue aprobado, en general, por la unanimidad de los Diputados presentes, señores Núñez (Presidente), Chahuán, Girardi, Lobos, Masferrer, Monsalve, Olivares, Robles, Rossi, Rubilar y Sepúlveda.

5) Diputado Informante, señor Marco Antonio Núñez Lozano.

¹ El fallo del Tribunal Constitucional N° 287 deteminó que la norma que regula el plazo para interponer un recurso y el término para resolverlo, es de carácter orgánico constitucional por cuanto modifica el artículo 10 de la Ley de Bases de la Administración del Estado, que tiene ese carácter.

Durante el análisis de esta iniciativa legal la Comisión contó con la colaboración de la Ministra de Salud, señora María Soledad Barría Iroume; de la Subsecretaria de Salud Pública, señora Lidia Amarales Osorio; del Jefe del Departamento Jurídico de ese Ministerio, Sebastián Pavlovic Jelres, y de los asesores de esa Secretaría de Estado, señores Alan Mrugalski Meiser; Patricio Cornejo Vidaurrázaga, Luis Eduardo Silva y Rodrigo Salinas Ríos.

Asimismo, se contó con la participación de profesores de bioética, de representantes de instituciones vinculadas al área de la salud y de dirigentes gremiales, todos quienes fueron invitados a exponer por acuerdo de la Comisión. Es así como concurren el profesor del Centro de Bioética de la Pontificia Universidad Católica de Chile, señor Francisco Javier León Correa; el Obispo Auxiliar de Santiago y Presidente de la Comisión de Bioética de la Conferencia Episcopal de Chile, Monseñor Fernando Chomali Garib; el representante de las Iglesias Carismáticas La Casa del Señor, doctor Ricardo Silva Carrasco, y el pastor señor Jorge Cruz Peña; el Vicepresidente del Colegio Médico de Chile A.G., doctor Pablo Rodríguez Whipple; el Presidente del Consejo Regional Valparaíso del Colegio Médico, doctor Juan Eurolo Montecino; el Abogado Jefe del Consejo General del mencionado Colegio, señor Adelio Misseroni; los representantes de la Asociación Nacional de Defensa de los Derechos de los Consumidores y Usuarios de la Salud y Previsión Social (ANADEUS), señoras Rossie Morán Díaz y Norma Rojas Cuellar, y señor Benjamín Ulloa Mora; el Presidente de la Federación Nacional de Trabajadores de la Salud (FENATS) XI Región, señor Franklin Hernández de Rays, y en representación del Instituto Libertad y Desarrollo, el Director del Programa Social señor Rodrigo Castro Fernández y el investigador señor Álvaro Paúl Díaz.

* * * * *

I. ANTECEDENTES

- **Fundamentos del proyecto contenidos en el mensaje.**

El mensaje hace referencia al debate que suscitó la presentación del proyecto de ley sobre derechos y deberes de las personas en salud enviado por el Ejecutivo el 12 de junio de 2001², para dar inicio al proceso de reforma a la salud, el cual fue aprobado en general por la Cámara de Diputados en primer trámite

² Boletín N° 2727-11, sobre derechos y deberes de las personas en materia de salud.

constitucional y archivado con fecha 20 de abril de 2006. Igualmente, hace mención de las mociones³ que pretenden regular este tema, las cuales han sido consideradas para la elaboración de la iniciativa legal en actual análisis.

Asimismo, hace especial hincapié en los principios inspiradores de esta iniciativa, entre los que se mencionan la dignidad de las personas, la autonomía de estas últimas en lo referido a su atención en salud, el derecho a decidir informadamente; el respeto a los menores de edad, a las personas que sufren una enfermedad terminal o una discapacidad física o intelectual; a la autonomía frente a la investigación científica, y a la confidencialidad de la información de salud; el reconocimiento del derecho a la participación ciudadana en salud, y el marco legal para la tutela ética en los servicios asistenciales.

-- En relación con el *principio de la dignidad de las personas*, hace presente la necesidad de que los sistemas de salud públicos y privados respeten permanentemente los derechos humanos, sobre todo en situaciones de necesidad, como ocurre cuando se solicita atención médica, a la vez que se hace cargo de la crítica formulada respecto de la deshumanización en las relaciones entre los actores de los sistemas de salud y en el trato que reciben los pacientes.

-- En cuanto a la *autonomía de las personas* en lo tocante a su atención en salud, destaca la necesidad de respetar su libertad y el control sobre el propio cuerpo y sobre las decisiones que conciernen a su integridad y al ejercicio de sus derechos.

Como consecuencia de lo anterior, reconoce a las personas el derecho a otorgar o denegar su voluntad para someterse a cualquier procedimiento, el cual supone como contrapartida el deber de informar. Este derecho admite ciertas excepciones basadas en razones de salud pública, en la imposibilidad de recabar el consentimiento para la aplicación de procedimientos médicos en casos de emergencia y ante la ocurrencia de situaciones en las cuales se presume la voluntad tácita de aceptar ciertos tratamientos o procedimientos asociados a una hospitalización, por ejemplo.

³ Se trata de la moción de las Diputadas señoras Adriana Muñoz y María Antonieta Saa; de los Diputados señores Antonio Leal y Enrique Jaramillo, y de los ex Diputados señores Guido Girardi Lavín y Salvador Urrutia, sobre los derechos de los pacientes, boletín N° 2597-11, presentado en el año 2000, y de la moción homónima de los Senadores señores Guido Girardi Lavín, José Antonio Gómez, Alejandro Navarro, Carlos Ominami y Mariano Ruiz-Esquide (boletín N° 4270-11), que ingresó a tramitación este año.

-- Asimismo, en el marco del *respeto a los menores de edad*, reconoce a estos últimos su calidad de sujetos de derechos para efectos de la participación que les corresponde en las decisiones que involucran su propio cuerpo y su salud.

-- De igual modo, se expone sobre la relevancia de garantizar que aún en una *situación de salud de extrema precariedad*, la persona atendida pueda rechazar tratamientos que estime desproporcionados y superfluos, a fin de evitar una prolongación innecesaria de la agonía, sin que ello se traduzca en acelerar artificialmente el proceso de muerte, ya sea mediante actos positivos cuyo objetivo es procurar la muerte o a través de la omisión deliberada de actuaciones razonables, necesarias u ordinarias, realizadas a petición del enfermo terminal o por compasión de su estado, haciendo hincapié en la necesidad de consagrar la posibilidad de “limitar el esfuerzo terapéutico”, esto es, de evitar actuaciones extraordinarias e innecesarias.

-- Por otra parte, destaca la importancia de hacer efectivo el respeto del *derecho a no ser sometido a investigaciones científicas* sin la información previa necesaria para un adecuado consentimiento y de acoger las recomendaciones internacionales sobre la materia, ya que en otros países se ha podido apreciar la facilidad con que se expone a los sujetos a riesgos y peligros innecesarios o desproporcionados.

-- Admite la necesidad de brindar *especial protección a los derechos de las personas que sufren algún tipo de discapacidad psíquica o intelectual*. El proyecto de ley se hace cargo de la casi atávica discriminación de que han sido víctimas las personas con enfermedades o patologías de carácter mental, basándose en la tendencia que existe en la comunidad internacional sobre el particular.

-- Se advierte la importancia de establecer un *régimen de acceso al contenido de la ficha clínica*, en virtud del cual se garantice el respeto a la privacidad de la atención de salud y se resguarde en forma especial la información que surge de esta última. Para ello, se estima necesario establecer un criterio general de protección de la confidencialidad y regular de manera pormenorizada las situaciones en que se requiere que esta confidencialidad ceda en cada caso particular y bajo estrictas normas sobre su manejo.

-- Se considera la importancia de reconocer el *derecho de las personas a participar en las decisiones que conciernen a la salud colectiva*, contribuyendo

así no sólo a su propio desarrollo humano, sino también a la transparencia y solidez de la democracia.

-- Se destaca la especial significación que tiene para el Ejecutivo la *consagración legal de un sistema de tutela ética en el ámbito del otorgamiento de prestaciones asistenciales*. Se hace notar la importancia que tiene para las personas, la existencia de comités de ética en los establecimientos de salud, instancia que permite lograr una solución especializada para los conflictos que se puedan presentar. El Ministerio de Salud, señala el mensaje, ha trabajado con las redes asistenciales la creación de comités de ética asistencial y de comités de evaluación ética científica en los establecimientos de salud, con la finalidad de brindar soluciones especializadas en caso de conflictos éticos. Como resultado de ello, ambas instancias se proponen en esta iniciativa legal.

- **Normas constitucionales y legales que tienen, directa o indirectamente, relación con el proyecto de ley.**

El **artículo 19, N° 9, de la Constitución Política**, asegura a todas las personas derecho a la protección de la salud, en cuyo marco se establecen los deberes del Estado en relación con la materia, que se traducen en los siguientes:

- Proteger el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación del individuo.
- Coordinar y controlar las acciones relacionadas con la salud.
- Garantizar, en forma preferente, la ejecución de las acciones de salud, sea que se presten a través de instituciones públicas o privadas, en la forma y condiciones que determine la ley.

Asimismo, la citada norma constitucional garantiza a las personas el derecho a elegir el sistema de salud al que desee acogerse, sea éste estatal o privado.

El derecho básico a la salud se encuentra desarrollado, tal como lo exige la Constitución Política, en las leyes N° 18.469 y N° 18.933, cuyos textos refundidos, coordinados y sistematizados fueron fijados en virtud del **decreto con fuerza de ley N° 1, de 2006, del Ministerio de Salud**, y en la **ley N° 19.966**, que establece un régimen de garantías en salud.

II.-IDEA MATRIZ O FUNDAMENTAL DEL PROYECTO DE LEY.

La idea matriz o fundamental del proyecto es regular los derechos y deberes de las personas en materia sanitaria y su aplicación a los casos concretos que se producen en las atenciones de salud, todos los cuales se encuentran contenidos en forma general en las convenciones internacionales y en la Constitución Política, pero que ahora se explicitan a nivel legal.

Para el logro de dicha idea, se propone establecer un catálogo de derechos de las personas que hacen uso de atención de salud, aplicable cualquiera sea el régimen previsional al que se encuentren afiliadas o adscritas, durante el período de otorgamiento de dichas prestaciones, sea en el sistema público o privado.

Este catálogo comprende los siguientes derechos:

- El derecho a un trato digno, en virtud del cual se protege la privacidad de la atención y se evita una exposición no deseada a filmaciones o toma de fotografías para uso publicitario o periodístico, a la vez que se exige a los prestadores brindar a los pacientes un trato respetuoso y amable.

- El derecho a tener compañía y asistencia espiritual durante la hospitalización y con ocasión de prestaciones ambulatorias.

- El derecho a la información respecto de las atenciones de salud o tipos de acciones de salud que ofrecen los prestadores, salvo que la condición de la persona no permita recibir la información directamente, ya sea porque existen dificultades de entendimiento o alteración de conciencia o cuando se trate de atenciones médicas de emergencia o urgencia. El derecho a la información acerca del estado de salud de la persona implica que ésta no puede ser revelada a terceros, salvo que ello sea necesario por razones de salud pública; de un grave riesgo para la salud de terceros identificables o que la persona autorice su entrega a los familiares directos, resguardando en todo caso el derecho a la confidencialidad de la atención de salud y de la información personal que surge de ésta.

- El derecho a la reserva de la información de la ficha clínica que registra la historia médica de una persona y el establecimiento del régimen de acceso a esta última tanto del propio titular como de terceros con la obligación de mantener la confidencialidad de su contenido.

- El derecho a la decisión informada, de modo que toda persona pueda otorgar o denegar su voluntad para someterse a cualquier procedimiento o tratamiento vinculado a su atención de salud, con determinadas excepciones, relacionadas en que la falta de aplicación de los procedimientos, tratamientos o intervenciones en que ésta se requiere supongan un riesgo para la salud pública, o

implique riesgo vital y/o secuela funcional grave para la persona, y cuando no sea posible obtenerla de su representante legal, en la hipótesis de que la persona esté incapacitada de manifestar su voluntad.

El proyecto propone, asimismo, consagrar los deberes de las personas en salud, que constituyen la responsabilidad que éstas deben asumir al momento de solicitar y recibir atención de salud por parte de un prestador determinado.

Finalmente, el proyecto establece mecanismos que aseguren el cumplimiento de la ley a través de la solución de controversias que se produzcan entre los pacientes y los prestadores.

III. ESTRUCTURA DEL PROYECTO.

Esta iniciativa legal está constituida por cuatro títulos, que agrupan treinta y ocho artículos permanentes

El Título I (artículos 1° al 3°), de las **disposiciones Generales**, señala el ámbito de aplicación de la ley, el principio de la no discriminación arbitraria y define lo que debe entenderse por prestador de salud.

El Título II (artículos 4° al 32), de los **derechos de las personas en su atención de salud** se divide, a su vez, en nueve párrafos. El 1° (artículo 4°), regula el derecho a recibir un trato digno y respetuoso en la atención de salud; el 2° (artículo 5°) establece el derecho a contar con la compañía de familiares y amigos cercanos durante la atención de salud; a recibir consejería, asistencia religiosa o espiritual, y al respeto a las prácticas de salud de quienes pertenezcan a pueblos indígenas y facilitar su ejercicio; el 3° (artículos 6° al 11) regula el derecho a la información; el 4° (artículos 12 y 13) regula la reserva de la información contenida en la ficha clínica; el 5° (artículos 14 al 22) aborda la autonomía de las personas en su atención de salud, a través de la regulación de la decisión informada, de lo referente al estado de salud terminal y el respeto de la voluntad manifestada previamente; el 6° (artículos 23 y 24) se refiere a la protección de la autonomía de las personas respecto de su participación en protocolos de investigación científica; el 7° (artículos 25 al 29) consagra en forma especial los derechos de las personas con discapacidad psíquica o intelectual; el 8° (artículo 30) establece la participación de las personas usuarias, y el 9° (artículos 31 y 32) regula lo referente a los medicamentos e insumos.

El Título III (artículos 33 al 36), **de los deberes de las personas en salud**, se refiere a las responsabilidades que deben asumir las personas al requerir y recibir una atención de salud: respetar de normativa vigente, informarse acerca del funcionamiento del establecimiento prestador de salud –cuando ello sea posible-, cuidar instalaciones y equipamiento, tratar respetuosamente al personal de salud, y entregar verazmente antecedentes sobre sus necesidades y problemas de salud.

Finalmente, el Título IV (artículos 37 y 38), **del cumplimiento de la ley**, contempla el derecho a reclamo y el procedimiento respectivo, en caso de incumplimiento de la normativa establecida en esta ley.

IV.-DISCUSIÓN DEL PROYECTO.

a) Discusión general.

- **Extracto de las opiniones de las autoridades e instituciones invitadas a exponer⁴.**

Durante el estudio y la discusión en general de esta iniciativa legal, se recibieron las opiniones de representantes de diversas entidades relacionadas con el tema, los que, en su mayoría, manifestaron conformidad respecto de la idea de legislar, valorando el proyecto en cuanto está orientado a que los derechos de las personas sean respetados por ser ellas el centro, el fin y la razón de ser de los servicios de salud y de quienes allí trabajan⁵.

Así es como, tanto la Ministra de Salud como la Subsecretaria de Salud Pública, destacaron la importancia de la iniciativa en trámite ya que consagra el derecho a un trato digno y respetuoso, a tener compañía y asistencia espiritual, a la información, a la reserva de la ficha clínica, a la decisión informada y a efectuar consultas

⁴ El contenido completo de las exposiciones de los invitados se encuentra en las actas de las sesiones de la Comisión de Salud N° 20, 36, 37 y 38 de fechas 5 de septiembre y 19 de diciembre de 2006 y 3 y 9 de enero de 2007, respectivamente.

⁵ El representante del Instituto Libertad y Desarrollo, sin embargo, manifestó que aun cuando el proyecto constituye una mejora formal del anterior, mantiene la misma filosofía o razón para legislar, esto es “hacer intervenir al Estado en varias materias en las cuales ya lo está haciendo según las normas legales vigentes, o en las cuales no debería intervenir, por tratarse de aspectos que conciernen exclusivamente a la personas y a sus familiares directos.”. En definitiva, señaló que las normas propuestas son poco idóneas para el fin que se propone, ya que se establece más bien un código de conductas, lo que no parece necesario consagrar por ley.

y reclamos. Ello permitirá que los usuarios del sistema de salud, tanto público como privado, y los funcionarios que allí trabajan, estén protegidos por la ley.

No obstante que los representantes de las organizaciones e instituciones invitadas concordaron con la idea de legislar sobre esta materia, formularon observaciones, las que se han agrupado en los siguientes temas:

a) Derecho a la información.

En relación con el derecho que tiene toda persona a que el prestador le proporcione información suficiente, oportuna, veraz y comprensible, las objeciones recayeron, básicamente, en la facultad que se concede a los menores de dieciocho años y mayores de catorce a oponerse a que sus padres o representantes legales sean informados acerca de la eventual gravedad de su estado de salud. En efecto, se indicó que la norma propuesta vulneraría el derecho de los padres al cuidado personal de sus hijos y presentaría un conflicto con las normas sobre patria potestad consagradas en el Código Civil, a la vez que estaría en contradicción con la tendencia actual a endurecer la legislación referida al tema. Asimismo, se hizo hincapié en que el hecho de facultar al médico tratante para que en estos casos consulte a los comités de ética sobre la procedencia de informar, podría ser complejo, atendido que, por una parte, es necesario calificar previamente qué se debe entender por “gravedad en el estado de salud” y, por otra, debe tenerse en consideración las dificultades que implica convocar a estos comités en el sistema público, ya sea porque no son citados habitualmente o porque no son requeridos con la prontitud necesaria. Asimismo, se hizo notar la conveniencia de hacer hincapié en que las decisiones sean adoptadas conjuntamente entre el menor, sus padres y el profesional tratante, y no tanto en resguardar la confidencialidad de determinadas intervenciones que se efectúan a los adolescentes respecto de sus padres.

Sobre el particular, la Subsecretaría de Salud Pública señaló que la idea es ser consecuentes con cuerpos legales recientemente dictados, como la ley N° 19.927, que modifica el Código Penal en materia de delitos de pornografía infantil y establece como límite de edad los catorce años para el consentimiento en las relaciones sexuales, y la ley N° 20.084, que establece un sistema de responsabilidad penal juvenil, en el cual se considera imputables a los adolescentes a partir de esa edad. Se estimó que debería utilizarse el mismo criterio y reconocer a los mayores de catorce años la libertad de decidir respecto de su salud.

Asimismo, el Jefe del Departamento Jurídico del Ministerio de Salud, recalcó el hecho que en esta materia se recogió una obligación internacional asumida por Chile en el sentido de respetar la dignidad de las personas independientemente de su edad y reconocerles espacios de autonomía, lo cual se traduce en permitir, por ejemplo, que los menores de catorce años sean informados respecto de su estado de salud, ya que en el caso de los jóvenes que superan dicha edad, se estima que están en un proceso de desarrollo cognitivo que les posibilita tener un mayor grado de autonomía y participación.

Por otra parte, se formularon observaciones respecto de la regulación en la entrega de información. El representante de la Comisión de Bioética de la Conferencia Episcopal de Chile⁶, estimó conveniente establecer expresamente que dicha información tendrá como única y exclusiva contraparte al médico, ya que existen aspectos privados de las personas que no pueden quedar a merced de la burocracia administrativa de los servicios de salud, que no tienen otra función que apoyar la acción del profesional y responsable último de administrar adecuadamente la información.

Por su parte, los representantes de la Asociación Nacional de Defensa de los Derechos de los Consumidores y Usuarios de la Salud y Previsión Social (Anadeus), señalaron que existe una asimetría en la información, lo que dificulta la comprensión del diagnóstico y del tratamiento. Sostuvieron que el acceso igualitario a la información se traduce en que, por una parte, exista atención personalizada y, por otra, que la información sea comprensible para toda persona independientemente de su situación socio-cultural o económica.

b) Decisión informada.

En cuanto al derecho que tiene toda persona para otorgar o denegar su voluntad para someterse a cualquier procedimiento o tratamiento vinculado a su atención de salud, el representante de la Corporación Médicos para Chile planteó que las decisiones de los pacientes no son estables, sino que, por el contrario, se modifican frente a circunstancias cada vez más apremiantes, por lo que debería definirse cuál de todas las que se adopten será considerada como válida o definitiva.

⁶ Monseñor Chomali, es, además, Profesor de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile, Miembro de la Pontificia Academia para la Vida, e integrante de la Comisión Nacional de Bioética de la Conferencia Episcopal de Chile.

Asimismo, hizo presente que existe una oportunidad óptima para iniciar un tratamiento, de modo que si la decisión de postergarlo o rechazarlo se traduce, posteriormente, en su aceptación, se debería generar un nuevo consentimiento informado, ya que las circunstancias podrían ser diferentes. Sostuvo que es necesario precisar el alcance de la información que deberá suministrarse y que se estimará como válida para que el paciente adopte una decisión informada, especialmente en relación con los riesgos del procedimiento o la intervención.

Por su parte, el profesor adjunto del Centro de Bioética de la Pontificia Universidad Católica de Chile, don Francisco León Correa, expresó que en esta materia se plantea un modelo de relación entre profesional y paciente, en cuyo marco este último adopta las decisiones a partir de la información que le proporciona el médico. No obstante, advirtió que este modelo no refleja la realidad que existe en el país, en virtud de la cual la mayoría de los pacientes se vinculan con el médico en una suerte de paternalismo aceptado.

Además, destacó la importancia de delimitar adecuadamente los casos en que es necesario que el consentimiento informado conste por escrito o cuando sólo basta expresarlo verbalmente. En este sentido, afirmó que debería aclararse que no sólo se requiere el consentimiento escrito en situaciones de riesgo vital, sino también en otros procedimientos, como la anestesia total o las cirugías menores.

En todo caso, expresó que, según la doctrina general sobre consentimiento informado, se debe propiciar una decisión conjunta entre el profesional tratante y el usuario, y no una determinación exclusiva del paciente.

A su vez, el representante del Colegio Médico de Chile A.G. advirtió acerca de la conveniencia que en el proyecto se utilice la expresión 'consentimiento informado', en lugar de 'decisión informada', pues refleja de mejor manera el carácter bilateral que implica la manifestación de voluntad en el marco de la relación médico-paciente.

c) Estado de salud terminal.

En relación con los casos en que la persona padece de un precario estado de salud producto de una lesión corporal o de una enfermedad grave e incurable, y que los tratamientos que se le pueden ofrecer sólo tengan por efecto retardar

innecesariamente la muerte⁷, el representante de la Comisión de Bioética de la Conferencia Episcopal de Chile destacó la importancia de generar instancias para que la vida sea respetada desde el momento de la fecundación hasta la muerte natural. En este sentido, planteó que si bien claramente se prohíbe en esta iniciativa legal la eutanasia activa y la pasiva⁸, que se relaciona con la falta de cuidados paliativos, se abre la posibilidad de interpretar que es lícita la llamada 'eutanasia pasiva', motivo por el cual fue partidario de aclarar que en ningún caso será admisible causar la muerte del paciente por acción u omisión. Indicó que el desafío consiste en realizar acciones que no provoquen la muerte pero que tampoco conduzcan a una vida que supera sus posibilidades reales, por la vía de propiciar la proporcionalidad en el tratamiento ordinario y evitar el encarnizamiento médico.

Asimismo, criticó el concepto de estado de salud terminal que utiliza el proyecto debido a que es confuso, juicio que fue compartido por el profesor León, quien hizo saber que, según la doctrina, se encuentra en tal situación quien tiene una enfermedad claramente diagnosticada, para la que no existe actualmente tratamiento terapéutico y que provocará la muerte del paciente en un máximo de alrededor de seis meses.

Por su parte, el representante del Instituto Libertad y Desarrollo argumentó que sólo excepcionalmente se justificaría regular la eutanasia pasiva en aquellas situaciones en que, por falta de familiares o de representantes legales del paciente, sea necesaria la intervención del Estado en forma subsidiaria.

Sobre estas normas, algunos Diputados manifestaron su preocupación en el sentido que el derecho al tratamiento del enfermo terminal pueda dar paso a la eutanasia activa. Asimismo, se planteó la importancia de establecer con claridad a quién corresponde decidir respecto de la continuidad o suspensión del tratamiento. Se sostuvo que esta decisión debería ser adoptada por el paciente en la medida en que esté suficientemente informado y se hizo presente que en muchos casos se traspasa esta responsabilidad a las familias, por lo que debería considerarse mayormente la voluntad del afectado. Igualmente, se hizo referencia a la influencia que tiene el costo económico

⁷ El inciso segundo del artículo 17 del proyecto señala que una persona se encuentra en "estado de salud terminal" cuando padece un precario estado de salud, producto de una lesión corporal o de una enfermedad incurable, cuyos tratamientos tendrían el sólo efecto de retardar innecesariamente la muerte.

⁸ La eutanasia se define como una acción u omisión cuya finalidad es provocar la muerte de una persona para aliviar el dolor.

de los tratamientos en estas decisiones, sobre todo en los hospitales públicos. Asimismo, se hizo notar que la decisión del paciente o de su familia en orden a perseverar en un tratamiento inútil no obliga moralmente al equipo médico, que debe regirse primeramente por su buena praxis clínica y negarse a continuar con procedimientos que no producirán resultados.

La señora Subsecretaria de Salud Pública aclaró que las disposiciones que se refieren a esta materia tienen por objeto permitir a las personas una muerte digna y que éstas puedan rechazar el tratamiento médico en los casos en que la enfermedad que sufren sólo prolongaría la vida en forma artificial, lo que se traduciría en una mala calidad de vida.

Los representantes de Anadeus, por su parte, expresaron estar de acuerdo con las normas propuestas, ya que consideran que con toda la información disponible en tratamientos alternativos, su implicancia y costos, el paciente y su familia pueden asumir la responsabilidad de someterse o no a éstos, en consideración que ello evitaría el sobreendeudamiento innecesario para la familia. Asimismo, creen que las normas referidas a la expresión de voluntad anticipada evitaría la prolongación artificial de la vida.

d) Confidencialidad de la ficha clínica.

En lo concerniente a este tema, que se traduce en considerar como dato sensible toda la información que contenga la ficha clínica, de conformidad a lo dispuesto en la letra g) del artículo 2° de la ley N° 19.628, el Colegio Médico de Chile A.G. señaló que, si bien comparte la reglamentación propuesta, estima que deben limitarse las personas y organismos que pueden acceder a ella. Así, por ejemplo, a juicio de dicha Asociación, no se justificaría reconocer a Fonasa el derecho a acceder a toda la ficha clínica, ya que bastaría con que tuviera acceso a un informe, tal como ocurre con las Isapres.

La Corporación Médicos para Chile recomendó modificar la norma propuesta en la iniciativa legal en el sentido de especificar que la información contenida en la ficha clínica puede ser entregada en forma total o parcial a las personas facultadas para solicitarla, exigiendo, además, que en el caso de los terceros debidamente autorizados⁹, éstos acrediten esa circunstancia por escrito.

⁹ En el proyecto se establece que la ficha clínica podrá ser entregada a los representantes legales del titular de la ficha clínica, su apoderado, un tercero debidamente autorizado y los herederos en caso de fallecimiento, los cuales podrán

La ANADEUS, por su parte, señaló la necesidad de establecer que los datos contenidos en la ficha clínica deben ser precisos, claros y comprensibles, sin apreciaciones que estigmaticen al paciente, y que se debe sancionar la omisión de información.

El Profesor León cuestionó el hecho de que los herederos tengan acceso a la ficha clínica y fue partidario de definir en forma clara y precisa las excepciones y permisos que se establecerán en relación con la información contenida en ella. Asimismo, sostuvo que no se justifica que el Ministerio de Salud u otras entidades públicas puedan solicitar una copia de la ficha clínica o de una parte de ella, por lo que estimó que se debían aclarar las situaciones en las cuales están facultados para solicitar copia de ella.

Durante el debate, se manifestó preocupación por cuanto la confidencialidad de la información contenida en la ficha clínica no es respetada, al considerar que esta última pertenece al prestador institucional o al médico, a lo cual se agrega el hecho de que algunas empresas violan la información confidencial clínica-médica de los pacientes, como consecuencia de la falta de regulación del tema. Sobre el particular, se planteó la posibilidad de proteger la información a través de la penalización de las conductas que atentan en contra de dicho resguardo.

e) Investigación científica.

En lo referido a la protección de la autonomía de las personas respecto de su participación en protocolos de investigación científica, el profesor de Bioética de la Pontificia Universidad Católica de Chile se declaró partidario de dictar una ley específica que aplique en nuestro país las normas del Consejo para las Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas¹⁰, CIOMS, de ética de la investigación en países en vías de desarrollo.

Por su parte, el representante de la Comisión de Bioética de la Conferencia Episcopal, expresó que las normas propuestas en el proyecto deberían

requerir copia de los datos que sean de su interés, a menos que el médico o profesional tratante, en protección y beneficio del propio titular de la ficha, considere que de ello se seguirá un perjuicio para él.

¹⁰ CIOMS, Council for International Organizations for Medical Sciences, es una institución afiliada a la OMS, que promueve el desarrollo de estándares para la investigación biomédica.

ajustarse a la legislación sobre genoma,¹¹ en cuanto a los límites de la investigación, a las reglas de consentimiento informado y a la conformación de la entidad encargada de fiscalizar el cumplimiento de la ley.

Se argumentó, además, la inconveniencia de facultar al Ministerio de Salud para que, a través de reglamento, dicte normas referidas a la constitución, control, funcionamiento y financiamiento de los comités ´para la evaluación ético-científica´, atendido que éstos tendrán cometidos que, finalmente, podrán afectar derechos fundamentales de las personas, lo cual debe ser regulado por ley, opinión que fue compartida por el representante del Instituto Libertad y Desarrollo.

En relación con ese aspecto, ANADEUS manifestó su preocupación en el sentido que el conocimiento de los reglamentos y normas internas del Ministerio de Salud no es de fácil acceso para la población, lo cual podría afectar la protección de los derechos de las personas en las investigaciones científicas biomédicas. Se sugirió que dichos comités tengan una conformación pluralista, de modo que no sólo estén integradas por médicos.

f) Donación de órganos y muerte cerebral.

Respecto de la norma contenida en el proyecto, relacionada con la donación de órganos¹² y el concepto de muerte cerebral¹³, el representante de la Comisión de Bioética de la Conferencia Episcopal, consideró innecesario regular esta materia en esta iniciativa, atendido que ya está contenida en la ley N° 19.451.

• * * * * *

• **Votación general del proyecto.**

La Comisión, compartiendo los objetivos y fundamentos tenidos en consideración por el mensaje, y luego de recibir las opiniones, explicaciones y observaciones de las personas e instituciones individualizadas precedentemente, que permitieron a sus miembros formarse una idea de la conveniencia o inconveniencia de la iniciativa legal sometida a su conocimiento, **procedió a dar su aprobación a la idea de legislar por la unanimidad de los Diputados participantes en la votación.** Votaron

¹¹ Ley N° 20.120, sobre investigación científica en el ser humano, su genoma, y prohíbe la clonación humana.

¹² Artículo 18, inciso cuarto, del proyecto.

¹³ Artículo 21 del proyecto.

por la afirmativa los Diputados Núñez (Presidente), Chahuán, Girardi, Lobos, Masferrer, Monsalve, Olivares, Robles, Rossi, Rubilar y Sepúlveda.

* * * * *

b) Discusión particular.

Durante la discusión artículo por artículo, la Comisión llegó a los siguientes acuerdos:

Epígrafes de los títulos y párrafos

Fueron aprobados por la unanimidad de los Diputados presentes, sin enmiendas, salvo el del número 1, del Párrafo 5°, del Título II, que fue sustituido por el siguiente “&1. Del Consentimiento Informado”.

Artículo 1°.

Consagra el propósito de la ley, cual es regular los derechos y deberes que las personas tienen en relación con las acciones vinculadas con su atención en salud, ya sea que el prestador pertenezca al sector público o al privado.

Durante el debate, se manifestó la conveniencia de referirse expresamente al derecho a la salud. Sin embargo, el representante del Ejecutivo explicó que la Carta Fundamental garantiza la protección de la salud y el acceso a las prestaciones, más no el derecho a la salud, por lo cual sería más idónea la redacción propuesta en el mensaje, que se enfoca en la regulación de la relación entre las personas y los prestadores.

Se presentó una indicación:

---- De la Diputada Cristi y de los Diputados Lobos y Masferrer para reemplazar, en el inciso primero, la frase “en relación con acciones vinculadas a su atención en salud” por la expresión “respecto a las atenciones de salud”.

Mediante esta indicación se pretende precisar con mayor exactitud el ámbito de aplicación de la ley. No obstante, se tuvo en consideración la opinión del Ejecutivo en el sentido de que dicho ámbito se encuentra suficientemente acotado al estar referido al otorgamiento de prestaciones de salud, ya que el concepto “atención de salud” podría ser interpretado en forma amplia y considerar aspectos que exceden el propósito de esta ley.

Sometida a votación la **indicación, fue rechazada por mayoría de votos** (cuatro votos a favor y cinco en contra).

Sometido a votación el **texto del mensaje, fue aprobado por mayoría de votos** (cinco a favor y cuatro en contra).

Artículo 2°

En el inciso primero se establece el derecho que tiene toda persona a no ser objeto de discriminaciones arbitrarias en lo que dice relación a la atención de salud. Asimismo, en el inciso segundo, se dispone que las personas con discapacidad física o mental, privadas de libertad u otras que el Ministerio de Salud determine por razones fundadas, deben recibir una atención especial en conformidad con las normas que dicte al efecto dicha Secretaría de Estado.

Se presentaron seis indicaciones:

---- De la Diputada Cristi y de los Diputados señores Lobos y Masferrer, para agregar, en el inciso primero a continuación de las expresiones “Toda persona” la frase “que cumpla con los requisitos establecidos en la ley”.

Esta indicación tiene por objeto aclarar que las personas deben respetar las normas vigentes que regulan la atención de salud, como contrapartida de los derechos que les son garantizados. No obstante, se hizo presente que esta obligación está recogida en el Título III de la ley, que se refiere a los deberes de las personas en salud, considerando innecesario incluirla en esta disposición.

Sometida a votación **la indicación, fue rechazada por mayoría de votos** (un voto a favor y diez en contra).

---- De la Diputada Rubilar y de los Diputados Chahuán y Robles, para intercalar, en el inciso primero, entre las expresiones “ésta le sea dada” y “sin discriminación” las palabras “oportunamente y”.

Mediante esta indicación se pretende garantizar que las atenciones en salud sean proporcionadas en forma oportuna a todas las personas, con lo cual se recoge una sugerencia formulada por el Colegio Médico de Chile A.G.

Sometida a votación **la indicación, fue aprobada por unanimidad.**

---- De la Diputada Cristi y de los Diputados Lobos y Masferrer, para eliminar, en el inciso segundo, la expresión “en forma especial”.

Durante el debate, se hizo constar que si bien se reconoce que las personas con discapacidad física o mental, así como las que se encuentren privadas de libertad deben ser atendidas en forma especial dadas las especiales circunstancias que les afectan, ello no implica que deban regirse por normas distintas de las que le son aplicables a la generalidad de la población, por lo que, los autores de la indicación, estiman que se debe suprimir cualquier posibilidad de discriminación.

Sometida a votación **la indicación, fue aprobada por mayoría de votos** (nueve votos a favor y uno en contra).

---- De la Diputada Rubilar y de los Diputados Chahuán, Monsalve, Robles y Sepúlveda, para eliminar, en el inciso segundo, la expresión “u otras”.

Esta indicación tiene por objeto acotar la facultad que se otorga al Ministerio de Salud para determinar las normas que aseguren la atención de salud en forma oportuna sólo a las personas con discapacidad física o mental y a las privadas de libertad.

Sometida a votación **la indicación, fue aprobada por mayoría de votos** (ocho votos a favor, uno en contra y una abstención).

---- De la Diputada Rubilar y de los Diputados Lobos, Monsalve, Sepúlveda y Silber, para eliminar, en el inciso segundo, la frase “que el Ministerio de Salud determine por razones fundadas” y para reemplazar la expresión “Secretaría de Estado.” por “Ministerio de Salud.”.

Sometida a votación **la indicación, fue aprobada por asentimiento unánime.**

---- De la Diputada Rubilar y de los Diputados Chahuán, Lobos, Monsalve, Robles, Sepúlveda y Silber, para agregar, en el inciso segundo, la siguiente frase final: “para asegurar su atención de salud oportuna y de calidad.”.

El propósito de esta indicación es explicitar que las normas que dicte el Ministerio de Salud para las personas con discapacidad física y mental deben asegurar la calidad y oportunidad de la atención que se les brinde.

Sin mayor debate, **fue aprobada la indicación por unanimidad.**

Sometido a votación **el artículo, se aprobó por unanimidad.**

Artículo 3°

Define lo que debe entenderse por prestadores de salud y los clasifica en dos categorías, a saber, prestadores institucionales e individuales.

Se presentaron tres indicaciones:

--- De la Diputada Rubilar y los Diputados Girardi, Lobos, Monsalve, Robles y Sepúlveda para reemplazar, en el inciso primero, la frase “cuya actividad sea” por “que se encuentre acreditada y habilitada de acuerdo a las normas legales vigentes para”.

La modificación propuesta se fundamenta en la necesidad de destacar el cumplimiento de las normas legales, por parte de los prestadores, lo que permitiría mejorar la calidad de las prestaciones. De este modo, se persigue que esta ley se adecue a la exigencia establecida en virtud de la reforma a la salud, consistente en la acreditación de los prestadores individuales e institucionales para las atenciones en salud.

Durante el debate, el representante del Ejecutivo aclaró que, de acuerdo con la normativa vigente, la acreditación y la certificación sólo son obligatorias para los prestadores institucionales e individuales que otorgan prestaciones de salud que están consideradas en el Régimen de Garantías Explícitas en Salud, siendo más relevante, en su opinión, que éstos respeten los derechos garantizados en esta ley.

Asimismo, hizo presente que, según el artículo 112 del Código Sanitario, la habilitación que se establece en las normas legales está referida a la exigencia de un título profesional proporcionado por una universidad reconocida por el Estado o a la validación o revalidación de dicho título, en conformidad con los tratados internacionales vigentes.

Sobre el particular, se hizo hincapié en la importancia de consagrar el derecho que tienen las personas a ser atendidas por un profesional idóneo, a la vez que se planteó la conveniencia de que todos los prestadores, ya sean públicos o privados, deban acreditarse. No obstante, se advirtió que ello podría generar dificultades en la atención de las personas mientras se lleva a cabo el proceso de acreditación, por lo que se estimó que no debería innovarse respecto de la situación actual que se presenta en relación con esta materia.

Puesta en votación **la indicación, fue aprobada por mayoría de votos** (seis votos a favor, uno en contra y tres abstenciones).

----Del Diputado Accorsi, para reemplazar el artículo 3°, por el siguiente:

“Artículo 3°.- Se entiende por prestador de salud, en adelante el prestador, toda persona, natural o jurídica, pública o privada, legalmente habilitada para otorgar acciones de salud.

Habrán dos categorías de prestadores: los institucionales y los individuales.

Tendrán la categoría de prestadores institucionales los establecimientos asistenciales, tales como hospitales, clínicas, consultorios, centros médicos, laboratorios y otros, incluyendo las ambulancias y otros vehículos adaptados para la atención extrahospitalaria y las personas jurídicas de derecho público o privado que se encuentren legalmente habilitadas para otorgar acciones de salud a las personas.

Tendrán la categoría de prestadores individuales las personas naturales que de manera autónoma o dependiente de un prestador institucional otorgan acciones de salud directamente a las personas.”

Se rechazó por unanimidad (siete votos en contra).

---- De los señores Chahuán, Girardi, Lobos, Monsalve, Núñez y Robles, para reemplazar el artículo 3° por el siguiente:

“Artículo 3°.- Se entiende por prestador de salud aquél que se encuentra acreditado y habilitado de acuerdo con las normas legales vigentes para el otorgamiento de atenciones de salud. Para los efectos de esta ley, se distinguen las siguientes dos categorías de prestadores: institucionales e individuales.

Los prestadores institucionales son los establecimientos asistenciales, entendiendo por tales a toda organización de medios personales, materiales e inmateriales destinada al otorgamiento de prestaciones de salud, dotada de una individualidad determinada y ordenada bajo una dirección, cualquiera sea su naturaleza y nivel de complejidad. Se consideran prestadores institucionales los hospitales, clínicas, consultorios, centros médicos y otros destinados a la atención de salud, tanto de atención abierta o ambulatoria, como atención cerrada u hospitalización. Corresponde a los órganos directivos de aquéllos la misión de velar por que al interior de los establecimientos indicados se respeten los contenidos de esta ley.

Los prestadores individuales son las personas naturales que, de manera autónoma, dependiente de un prestador institucional o a través de un convenio con éste, otorgan prestaciones de salud directamente a las personas o colaboran directamente o indirectamente en la ejecución de éstas. Se consideran prestadores individuales los profesionales de la salud, tanto los médicos como los de colaboración médica. Las normas de esta ley serán aplicables también, en lo que corresponda, a los demás profesionales y trabajadores que, por cualquier causa, deban atender público o se vinculen con el otorgamiento de las atenciones de salud.”

A solicitud de los Diputados miembros de la Comisión, corresponde dejar constancia que debe interpretarse que los laboratorios clínicos, las ambulancias y otros vehículos adaptados para la atención extrahospitalaria están comprendidos dentro de los prestadores institucionales que define esta norma, en el inciso segundo, bajo la expresión “y otros destinados a la atención de salud”.

Se aprobó la indicación, por unanimidad (siete votos a favor).

Artículo 4°

Regula el derecho a recibir un trato digno y respetuoso en la atención de salud, precisando ciertas obligaciones correlativas para los prestadores, vinculadas con el empleo de un lenguaje adecuado y comprensible durante la atención en los establecimientos; el respeto a las normas de cortesía y amabilidad generalmente aceptadas; la protección de la privacidad de las personas durante la atención de salud, y la adopción de medidas tendientes a evitar una exposición no deseada a filmaciones o toma de fotografías para uso publicitario o periodístico, a menos que exista autorización expresa de la persona y del profesional de la salud que corresponda.

Además, propone entregar al Ministerio de Salud la facultad de reglamentar la toma de fotografías o filmaciones con otros objetivos y establece que los establecimientos de carácter docente o que mantengan acuerdos de colaboración con universidades o institutos reconocidos deben informar de esta circunstancia a las personas que soliciten ser atendidas en ellos.

Se presentó una indicación.

---- De los Diputados Sepúlveda y Chahuán para reemplazar, en el inciso segundo de la letra c), la frase “respecto de la toma de fotografías, grabaciones o filmaciones para fines de uso académico, investigación científica, de seguridad u otros”, por la siguiente: “que regule la toma de fotografías, grabaciones o filmaciones de pacientes, que sean llevados a cabo en prestadores institucionales de carácter público.”

Mediante esta indicación se pretende circunscribir el ámbito de aplicación del reglamento a la regulación de la toma de fotografías o filmaciones a los pacientes que son atendidos en el sistema público de salud, toda vez que, a juicio de sus autores, debe respetarse la autonomía de los prestadores institucionales de carácter privado, a fin de que puedan establecer su propias directrices en relación con este tema, velando por que se respete la privacidad de las personas.

Durante el debate, se valoró el hecho de que se exija a los prestadores que adopten las medidas necesarias para evitar la toma de fotografías, las grabaciones, filmaciones o entrevistas de uso periodístico o publicitario, por cuanto en la actualidad estas prácticas dan lugar a que se vulnere la intimidad de los pacientes. Asimismo, se reconoció la necesidad de permitir su desarrollo para fines académicos, de investigación científica y de seguridad. Se indicó, en relación con este último aspecto, la importancia de prohibir la existencia de cámaras de seguridad en las habitaciones, salvo en las unidades de psiquiatría forense, lo cual debería recogerse en el reglamento que dicte el Ministerio de Salud para estos efectos.

Sometida a votación **la indicación, fue rechazada por mayoría de votos** (un voto a favor, siete en contra y una abstención).

Por otra parte, en relación con la atención en los establecimientos de carácter docente asistencial o que mantengan acuerdos de colaboración con universidades o institutos reconocidos, se recordó la observación formulada por el Colegio Médico de Chile A.G. en el sentido que debe garantizarse en

dichos establecimientos la voluntariedad de la colaboración de los pacientes y asegurar la calidad, la oportunidad y la no discriminación en la atención de quienes no desean participar. No obstante, se estimó que esta garantía estaba recogida en el artículo 2° del proyecto.

Puesto en votación **el artículo, fue aprobado por unanimidad.**

Artículo 5°

Consagra el derecho a que los prestadores faciliten a las personas la compañía de familiares y amigos cercanos durante su hospitalización y con ocasión de prestaciones ambulatorias, de acuerdo con la reglamentación que dicte el Ministerio de Salud sobre esta materia. Asimismo, dispone que toda persona tiene derecho a recibir consejería, asistencia religiosa o espiritual y que los prestadores institucionales deben respetar las prácticas de salud de las personas que pertenezcan a pueblos indígenas y facilitar su ejercicio, en la medida en que no fueren incompatibles con los procedimientos médico-asistenciales, según la reglamentación interna del establecimiento.

Se presentaron tres indicaciones:

---- De los señores Chahuán, Girardi, Lobos, Monsalve y Robles, para intercalar, en el inciso segundo, entre las expresiones “recibir” y “consejería”, el adverbio “oportunamente”.

Mediante esta indicación se pretende enfatizar la oportunidad en el derecho a recibir consejería y asistencia religiosa o espiritual, por cuanto generalmente este tipo de apoyo se requiere en aquellos casos en que el paciente está en riesgo de muerte.

Fue aprobada por unanimidad (seis votos a favor).

---- De la señora Rubilar y los señores Accorsi, Chahuán, Girardi, Lobos, Monsalve, Núñez, Robles, Sepúlveda y Silber, para sustituir el inciso tercero, por el siguiente:

“En aquellos territorios con alta concentración de población indígena, los prestadores institucionales públicos deberán asegurar el derecho de las personas pertenecientes a los pueblos originarios a recibir una atención de salud con pertinencia cultural, lo cual se expresará en la aplicación de un modelo de salud intercultural validado ante las comunidades indígenas, el cual deberá contener, a lo menos, el reconocimiento, protección y fortalecimiento de los conocimientos y las

prácticas de los sistemas médicos de los pueblos originarios; la existencia de facilitadores interculturales y señalización en idioma castellano y del pueblo originario que corresponda al territorio y el derecho a recibir asistencia religiosa propia de su cultura.”

Mediante esta indicación se pretende posibilitar el acceso de los pueblos originarios a una atención de salud vinculada con su entorno cultural cuando ésta es proporcionada por los prestadores institucionales públicos, que son los que están instalados precisamente en los territorios con alta concentración de población indígena. No obstante, se dejó constancia de la conveniencia de que el sistema de salud privado aplique los principios contenidos en esta norma.

Fue aprobada por unanimidad (seis votos a favor).

---- Del señor Accorsi, para reemplazar el artículo 5°, por el siguiente:

“Artículo 5°.- Toda persona tiene derecho a tener compañía durante su hospitalización y con ocasión de prestaciones ambulatorias.

Asimismo, toda persona tiene derecho a recibir consejería, asistencia religiosa o espiritual, si así lo deseara, en conformidad a la ley.”

Fue rechazada por unanimidad (seis votos en contra).

Los incisos primero y segundo del texto del mensaje fueron aprobados por unanimidad, con la indicación referida en el inciso segundo.

Artículo 6°

Establece que toda persona tiene derecho a que el prestador le proporcione información respecto de las atenciones de salud o tipos de acciones de salud que ofrece o tiene disponibles; los mecanismos a través de los cuales se puede acceder a dichas prestaciones, así como el valor de las mismas; las condiciones previsionales de salud requeridas; los antecedentes o documentos solicitados en cada caso y los trámites para obtener la atención de salud; las condiciones y obligaciones que las personas deberán cumplir mientras se encuentren al interior de los establecimientos asistenciales, y las instancias y formas de efectuar reclamos. Asimismo, obliga a los prestadores a mantener en un lugar público y visible una carta de derechos de las personas en relación con la atención de salud.

Se presentaron dos indicaciones:

---- De los Diputados señores Girardi, Lobos, Masferrer, Monsalve, Robles y Rossi, para reemplazar la letra d) por la siguiente:

“d) Las instancias y formas de efectuar comentarios, agradecimientos, reclamos y sugerencias.”.

Esta indicación tiene por objeto establecer que los pacientes no sólo tienen derecho a efectuar reclamos sino también a formular sugerencias y a agradecer la atención que se les ha proporcionado.

Sometida a votación **la indicación, fue aprobada por unanimidad.**

---- De la Diputada Cristi y de los Diputados señores Lobos y Masferrer, para agregar, en el inciso final, a continuación de la palabra “derechos” la expresión “y deberes”.

Mediante esta indicación se pretende exigir a los prestadores que no sólo proporcionen información respecto de los derechos de las personas en relación con la atención en salud, sino también acerca de los deberes que, como contrapartida, les corresponde en este ámbito.

Puesta en votación **la indicación, fue aprobada por unanimidad.**

El artículo fue aprobado con la misma votación.

Artículo 7°

Consagra el derecho de las personas a que los miembros del equipo de salud cuenten con una identificación visible y a conocer el nombre de quien autoriza y efectúa diagnósticos y tratamientos en su caso. Asimismo, define lo que debe entenderse por equipo médico.

Durante el debate se planteó la conveniencia de considerar dentro de la definición de equipo de salud a quienes desempeñan labores administrativas y de exigir que todos los funcionarios de los establecimientos de salud cuenten con un sistema visible de identificación personal.

Sobre el particular, la Ministra de Salud aclaró que el espíritu de la norma propuesta es que precisamente las personas que participan en el quehacer de la salud, tales como auxiliares de servicio, choferes u otras que se desenvuelven en el ámbito administrativo, estén incluidas en este concepto, aun cuando no tengan la calidad de funcionarios.

Se presentó una indicación:

---- De los Diputados Girardi, Lobos, Monsalve y Rossi para reemplazar, en el inciso segundo, la expresión “atención o prestación en el campo de la salud” por la siguiente: “atención o prestación de salud”.

El artículo fue aprobado, conjuntamente con la indicación, por unanimidad.

Artículo 8°

Consagra el derecho a obtener información del profesional tratante respecto del estado de salud, del diagnóstico de la enfermedad, de las alternativas de tratamiento disponibles y del riesgo que ello pueda representar, así como del diagnóstico esperado y del proceso previsible del post operatorio. Asimismo, establece normas especiales para proporcionar información a los pacientes que son mayores de catorce años de edad y menores de dieciocho; a quienes no puedan recibirla directamente por padecer de dificultades de entendimiento o encontrarse con alteración de conciencia, y a las personas que requieren atenciones médicas de emergencia o urgencia por estar expuestas a un riesgo vital y/o a una secuela funcional grave en la medida en que no estén en condiciones de recibir y comprender la información.

Durante el debate hubo opiniones en el sentido de que la redacción del inciso segundo no resguarda suficientemente el derecho de los padres respecto de sus hijos, al tenor de lo dispuesto en el artículo 14 de la Convención de los Derechos del Niño¹⁴, a la vez que debilita a la familia, por cuanto restringe la información a la que pueden acceder los progenitores respecto del estado de salud de sus hijos

¹⁴ El artículo 14 de la Convención de los Derechos del Niño (promulgada en virtud del decreto N° 830, de 1990, del Ministerio de Relaciones Exteriores) dispone:

“1. Los Estados Partes respetarán el derecho del niño a la libertad de pensamiento, de conciencia y de religión.
2. Los Estados Partes respetarán los derechos y deberes de los padres y, en su caso, de los representantes legales, de guiar al niño en el ejercicio de su derecho de modo conforme a la evolución de sus facultades.
3. La libertad de profesar la propia religión o las propias creencias estará sujeta únicamente a las limitaciones prescritas por la ley que sean necesarias para proteger la seguridad, el orden, la moral o la salud públicos o los derechos y libertades fundamentales de los demás.”

menores de dieciocho y mayores de catorce años de edad y otorga a estos últimos la posibilidad de negarse a que ellos sean informados. En este sentido, se argumentó que, de acuerdo con nuestra legislación, los menores de dieciocho años no son absolutamente responsables de sus actos, por lo que se les prohíbe, a vía ejemplar, adquirir cigarrillos o bebidas alcohólicas. Igualmente, se hizo presente la importancia del apoyo de los padres en los tratamientos que son indicados a los adolescentes, particularmente en el sistema de la medicina familiar.

Por otra parte, se hizo presente la importancia de que la norma ponga énfasis en el derecho de los pacientes a ser informados directamente, aunque sean menores de edad, y no en su entorno familiar, respetando la autonomía que se reconoce a los adolescentes en los tratados internacionales ratificados por el país en materia de salud sexual y reproductiva, así como también en la normativa interna, que fija en catorce años la edad para prestar consentimiento en mantener relaciones sexuales y para considerar imputables a quienes cometen un delito. Asimismo, se argumentó que los derechos de los padres se encuentran protegidos al consagrar la posibilidad de que el médico pueda recurrir a un comité de ética cuando estime pertinente informarles respecto del estado de salud de sus hijos en caso de que éstos se opongan o de que tenga dudas acerca de la gravedad del mismo.

Tras un intercambio de opiniones, existió consenso en la conveniencia de establecer, como regla general, que la información debe ser entregada directamente a los menores de dieciocho años de edad y mayores de catorce, y a sus padres, en la medida en que aquéllos lo consientan. Igualmente, se concordó en que la consulta al comité de ética debía proceder siempre que el menor se oponga a que sus padres sean informados y no sólo en aquellos casos que implican un grave riesgo para su salud o vida. Además, se compartió el criterio de establecer un orden de prelación en la entrega de la información, de modo que a falta de los padres, ésta le sea proporcionada a la persona que lo tenga bajo su tuición o cuidado.

Se presentaron cuatro indicaciones:

---- De la Diputada Rubilar y los Diputados Chahuán, Girardi, Lobos, Monsalve, Núñez, Robles, Rossi, Sepúlveda y Silber, para reemplazar el inciso segundo por el siguiente:

“A los menores de dieciocho años de edad y mayores de catorce se les deberá informar directamente. Asimismo, el médico deberá, con consentimiento del menor, informar directamente a los padres o representantes legales, o

en su defecto, a la persona que lo tenga bajo su tuición o cuidado. En caso de que el menor no esté de acuerdo con que éstos sean informados, el médico deberá consultar al comité de ética que corresponda, el que decidirá sobre la pertinencia de la información. A los menores de catorce años de edad igualmente se les deberá informar, atendiendo las condiciones de desarrollo psíquico, competencia cognitiva y situación personal, sin perjuicio que se informe directamente, en los términos del inciso anterior, a los representantes legales.”.

Sometida a votación **la indicación, fue aprobada por mayoría de votos** (diez votos a favor y una abstención).

---- De los Diputados Sepúlveda y Chahuán para reemplazar, en el inciso tercero, la frase: “la o las personas que corresponda, que tengan la calidad de representante legal, cónyuge, parientes directos, amigos cercanos, apoderado personal o quien a cuyo cuidado se encuentre, ya sea transitoria o permanentemente”, por la siguiente: “su representante legal, o en su defecto, a la persona bajo cuyo cuidado se encuentre”.

Mediante esta indicación se pretende eliminar el largo listado de personas a las cuales, de acuerdo con la norma propuesta en el mensaje, se les informará respecto del estado de salud de quienes no están en condiciones de recibir la información directamente o bien padecen dificultades de entendimiento o alteraciones de conciencia.

Sometida a votación **la indicación, fue aprobada por unanimidad.**

---- De la Diputada Cristi y de los Diputados Lobos y Masferrer para reemplazar, en la frase final del inciso tercero, la conjunción disyuntiva “o” por la conjunción copulativa “y”.

Esta indicación tiene por objeto precisar que para que surja el deber de informar directamente a una persona que se encuentre en las situaciones a que se refiere el inciso es necesario que haya recuperado tanto la conciencia como la capacidad de comprender, en el entendido de que la mejoría debe abarcar ambos aspectos.

Puesta en votación **la indicación, fue aprobada por unanimidad.**

---- De los Diputados Lobos y Masferrer para agregar, en el inciso cuarto, a continuación del punto aparte (.), que pasa a ser coma (,), la siguiente oración: “siempre que ello no ponga en riesgo la vida del paciente.”

Mediante esta indicación se pretende condicionar la entrega de la información al paciente en las atenciones médicas de emergencia o urgencia a la circunstancia de que con ello no se ponga en riesgo la vida de la persona.

Sometida a votación **la indicación, fue aprobada por unanimidad.**

El artículo fue aprobado por unanimidad.

Artículo 9°

Establece el derecho a manifestar por escrito la voluntad de no ser informado, salvo que lo exija la protección de la vida de otra persona o que, por razones de orden sanitario, resulte necesaria la adopción de conductas y hábitos particulares por parte de ella. Asimismo, permite designar a un representante que pueda recibir la información respectiva, quien estará obligado a respetar el derecho del paciente a no ser informado y consagra obligaciones que debe cumplir el médico tratante en los casos en que no se designe a un receptor de la información.

Se presentaron tres indicaciones:

---- De los Diputados Sepúlveda y Chahuán, para suprimir, en el inciso primero, la frase “, quienes también quedan obligados a respetar su derecho a no ser informado”.

Esta indicación tiene por objeto eliminar la obligación que, de acuerdo con la norma propuesta en el mensaje, pesa sobre las personas que son designadas para recibir la información por el paciente que ha manifestado su voluntad de no ser informado.

Durante el debate se concordó con los autores de la indicación en cuanto a que esta obligación es una mera declaración de principios, ya que no se

establece ninguna sanción para el evento de que sea incumplida, a la vez que resulta innecesaria, si se da por supuesto que la designación recaerá en alguien que sea de la confianza del paciente.

Puesta en votación **la indicación, fue aprobada por mayoría de votos** (siete a favor y dos abstenciones).

---- De la Diputada Rubilar y del Diputado Sepúlveda, para intercalar, en el inciso segundo, entre las expresiones “atención de salud” y “tomar los resguardos”, la siguiente frase: “el prestador o el establecimiento de salud deberá”.

En lo que respecta a las obligaciones que se imponen al médico tratante en aquellos casos en que el paciente decide no designar a un receptor de la información, se manifestó la necesidad de precisar el alcance que tendría la obligación de “tomar los resguardos necesarios para la debida protección de la información”.

En relación con este tema, la Ministra de Salud precisó que para interpretar esta obligación debe recurrirse al párrafo 4° del Título II, que se refiere a la reserva de la información contenida en la ficha clínica, motivo por el cual se planteó la idea de efectuar, en el inciso segundo, una remisión a dicho párrafo.

Por otra parte, se planteó la necesidad de acoger una de las observaciones formuladas por el Colegio Médico de Chile A.G., en el sentido de aclarar que el prestador institucional y no el médico tratante deberá cumplir con esta exigencia, propósito que persigue la indicación precedente, habida consideración de que aquélla excede el ámbito de funciones de este profesional y de que en todos los establecimientos de salud existen unidades especializadas en el resguardo y ordenamiento de las fichas clínicas.

Puesta en votación **la indicación, fue aprobada por unanimidad**.

---- De los señores Accorsi y Sepúlveda, para intercalar, en el inciso segundo, entre la palabra “salud” y la conjunción “y” la expresión “en la ficha clínica”.

Esta indicación tiene por objeto señalar en forma expresa que el registro de los antecedentes relevantes asociados a las acciones vinculadas a la atención en salud debe plasmarse en la ficha clínica.

Sometida a votación **la indicación, fue aprobada por unanimidad.**

El artículo fue aprobado con la misma votación.

Artículo 10

Dispone la confidencialidad de la información acerca del estado de salud de la persona, de modo que no pueda ser revelada a terceros, salvo que razones de salud pública lo justifiquen o que la falta de información suponga un grave riesgo para la salud de terceros identificables. Asimismo, precisa que los familiares directos pueden recibir información, previa autorización de la persona.

Durante el debate, se advirtió que, además de las excepciones a la confidencialidad de la información acerca del estado de salud de la persona, basadas en las razones de salud pública o en el grave riesgo para la salud de terceros, existen otras que deberían ser consideradas. Sobre el particular, el representante del Ejecutivo hizo notar que este artículo hace una referencia al párrafo relativo a la reserva de la información contenida en la ficha clínica, donde se enumeran los casos en que, bajo determinadas circunstancias, terceros ajenos a la atención en salud pueden tener acceso a ella, entre los que se menciona expresamente a los tribunales de justicia, al Ministerio Público y a la Defensoría Penal Pública.

Puesto en votación **el artículo, fue aprobado por unanimidad.**

Artículo 11

Detalla el contenido mínimo del informe que toda persona debe recibir una vez finalizada su hospitalización, a la vez que se le faculta para solicitar un informe sobre el tratamiento aplicado y se consagra su derecho a obtener un certificado que acredite su estado de salud y licencia médica, si corresponde, cuando este último sea exigido en virtud de una disposición legal o reglamentaria, o cuando sea solicitado para fines particulares.

Durante el debate, se hizo notar que debería especificarse que el informe que se entrega una vez finalizada la hospitalización del paciente debe ser extendido por el médico tratante y presentado en forma legible. Asimismo, se planteó que en dicho informe era innecesario consignar la totalidad de los resultados de los exámenes y de los procedimientos efectuados, ya que bastaría mencionar los más relevantes y

aquéllos que estén relacionados con el diagnóstico, sobre todo en los casos de hospitalizaciones largas. Igualmente, se señaló la conveniencia de precisar las fechas de ingreso y de alta, y de que se haga referencia a los controles a que debe ser sometido el paciente una vez que es dado de alta.

La Ministra de Salud explicó que actualmente se efectúa un resumen de las hospitalizaciones o epicrisis en el sistema de salud público, mas no necesariamente en el privado, por lo cual destacó el hecho de que mediante esta norma se exija un informe de alta a todos los prestadores, que es esencial para la toma de decisiones de los pacientes.

Como resultado del debate, se presentaron dos indicaciones:

---- De la señora Rubilar y de los señores Accorsi, Monsalve y Sepúlveda, para modificar el artículo de la siguiente manera:

a) Para sustituir el párrafo inicial del inciso primero por el siguiente: “Toda persona tendrá el derecho a recibir, por parte del médico tratante, una vez finalizada su hospitalización, un informe legible que, a lo menos, deberá contener:”

b) Para sustituir la letra c) por la siguiente:

“c) Una información comprensible acerca del diagnóstico de ingreso y de alta, con sus respectivas fechas, y los resultados más relevantes de exámenes y procedimientos efectuados pertinentes al diagnóstico e indicaciones a seguir.”

c) Para eliminar la letra d).

d) Para agregar el siguiente inciso segundo, nuevo:

“Adicionalmente, el prestador deberá, previo al pago, si correspondiere éste, entregar por escrito la información sobre los aranceles y procedimientos de cobros de las prestaciones de salud que le fueron aplicables, incluyendo pormenorizadamente, cuando corresponda, los insumos, medicamentos, exámenes, derechos de pabellón, días-cama y honorarios de quienes le atendieron.”

Puesta en votación **la indicación, fue aprobada por unanimidad.**

---- Del señor Silber, para agregar la siguiente letra d), nueva:

“c) La individualización del profesional responsable de la hospitalización respectiva, así como del personal que intervino en el procedimiento en comento.”

La indicación tiene por objeto incorporar esta mención en el informe que debe emitir el médico tratante, a fin de que el paciente conozca la identidad de quienes intervinieron en los procedimientos que le fueron aplicados, lo cual puede ser de utilidad, por ejemplo, para ejercer acciones legales en el caso que se incurra en una negligencia médica. No obstante, se indicó que era innecesario individualizar a todo el personal, ya que los antecedentes constan en la ficha clínica y el responsable de la epicrisis es el médico tratante, a lo cual se suma la dificultad que supone cumplir esta tarea en un establecimiento hospitalario.

Sometida a votación **la indicación, fue rechazada por mayoría de votos** (un voto a favor, seis en contra y una abstención).

El artículo fue aprobado por unanimidad.

Artículo 12

Define lo que debe entenderse por ficha clínica y especifica que la información contenida en ella es considerada un dato sensible, en conformidad con lo dispuesto en la letra g) del artículo 2° de la ley N° 19.628¹⁵.

Durante el debate se intercambiaron opiniones en relación con la titularidad del derecho de propiedad sobre la ficha clínica. Algunos Diputados fueron partidarios de explicitar que el dominio corresponde a los prestadores, de modo que éstos tengan a su cargo la custodia, a fin de evitar que se produzcan irregularidades, tales como la duplicación de las fichas.

Otros manifestaron su desacuerdo en atención a que ello implicaría otorgarles facultades para disponer del documento y transferir la información contenida en ella. En apoyo de esta postura, argumentaron que si bien en esta norma no hay un pronunciamiento sobre la titularidad del dominio de la ficha, en el artículo 13 se

¹⁵ La ley N° 19.628, sobre protección de la vida privada, en su artículo 2°, letra g), dispone que para efectos de esa ley, se entiende por datos sensibles “aquellos datos personales que se refieren a las características físicas o morales de las personas o a hechos o circunstancias de su vida privada o intimidad, tales como los hábitos personales, el origen racial, las ideologías y opiniones políticas, las creencias o convicciones religiosas, los estados de salud físicos o psíquicos y la vida sexual.”

indica que esta última debe permanecer en poder del prestador, sin perjuicio de que deba entregar la información contenida en ella en determinadas situaciones, con lo cual estaría resuelto el tema de la custodia del instrumento. Igualmente, se hizo notar que en otros países hay consenso en cuanto a que los datos de las fichas clínicas pertenecen a los usuarios.

Por su parte, el representante del Ejecutivo aclaró que en esta iniciativa legal se pretendió obviar el debate que surgió con ocasión del proyecto de ley sobre derechos y deberes de las personas en salud, contenido en el boletín N° 2727-11, que fue archivado, en una de cuyas normas se establecía que la ficha era de propiedad del paciente. Indicó que se optó por establecer un régimen de acceso y de protección de la confidencialidad en lugar de abordar el tema de la propiedad de la ficha, dado que ni el prestador ni el paciente pueden ejercer los atributos del dominio respecto de este instrumento, régimen en el cual se distingue entre los datos que contiene la ficha, que pertenecen al paciente, y la custodia de esta última, que corresponde al prestador.

Puesto en votación **el artículo, fue aprobado por unanimidad.**

Artículo 13

Dispone que la ficha clínica debe permanecer en poder del prestador, quien será responsable de la reserva de su contenido. De igual modo, estatuye que el Ministerio de Salud debe establecer, mediante un decreto, las normas necesarias para administrar y proteger los datos que aquélla contenga.

Asimismo, preceptúa que ningún tercero que no esté directamente relacionado con la salud de la persona puede tener acceso a la información que emane de la ficha clínica y establece excepciones. Indica que las personas autorizadas para acceder a esa ficha son responsables de mantener la confidencialidad de su contenido y de reservar la información que contiene exclusivamente al uso para el cual se permite su conocimiento.

Estipula que el titular de la ficha clínica tendrá acceso a ella, salvo que sea considerado inconveniente por el profesional tratante, y permite a los demás organismos públicos y privados que requieran información para fiscalización o para resolver acerca de la procedencia de determinados beneficios de salud o seguridad social, solicitar un informe sobre aspectos específicos de la mencionada ficha clínica.

Se presentaron once indicaciones:

---- De la Diputada Rubilar y de los Diputados Lobos y Sepúlveda, al inciso primero, para intercalar, a continuación de la expresión “de su contenido”, y antes del punto (.) seguido, la siguiente frase: “, quien deberá mantenerla por un periodo de, al menos, diez años”.

Mediante esta indicación se pretende establecer un plazo legal mínimo dentro del cual los prestadores estén obligados a mantener las fichas clínicas, a fin de que los pacientes que deseen efectuar reclamos por alguna eventual mala práctica médica, cuenten con los antecedentes del caso.

Si bien inicialmente se analizó la posibilidad de que dicho término fuese de, al menos, cinco años, la Ministra de Salud manifestó que debería ser mayor si se desea cautelar adecuadamente los derechos del paciente, desde el punto de vista sanitario, y precisó que debería contarse desde la fecha en que el paciente efectuó la última consulta al prestador respectivo. Asimismo, hizo notar que actualmente el artículo 17 del Reglamento de Hospitales y Clínicas dispone que el plazo de conservación de las fichas clínicas aplicable a estos establecimientos es de un mínimo de diez años.

En el mismo orden de ideas, hubo opiniones en el sentido de que idealmente dicho instrumento debería ser conservado en forma permanente, sin límite de tiempo, particularmente en el caso de los prestadores institucionales cuando se trata de hospitalizaciones, sobre todo si se considera que actualmente es posible guardar los datos sensibles de las personas en archivos electrónicos, gracias a los avances de la tecnología. En relación con este planteamiento, la Secretaria de Estado destacó la importancia de que en la ley se establezca un plazo mínimo, de modo que a través de un reglamento el Ministerio pueda, a vía ejemplar, ampliarlo o establecer alguna fórmula que permita al prestador, una vez transcurrido el plazo, entregar al paciente la ficha clínica en vez de eliminarla.

En este contexto, se valoró la idea de que el Ministerio ejerza su potestad reglamentaria en este ámbito, toda vez que ello permitiría regular el destino de la ficha clínica frente a distintas situaciones que se pueden presentar en la práctica, como la declaración de quiebra de un prestador institucional privado, y efectuar distinciones en la normativa aplicable según sea el tipo de prestador de que se trate.

Puesta en votación **la indicación, fue aprobada por unanimidad.**

---- De la Diputada Rubilar y del Diputado Accorsi, para reemplazar, en el inciso tercero, la frase “podrá ser entregada a las” por la siguiente: “deberá ser entregada, en forma total o parcial, a petición expresa de las”.

Esta indicación tiene por objeto dar un carácter imperativo y no meramente facultativo a la entrega de la información contenida en la ficha clínica a las personas y organismos que se mencionan en la norma, en la medida en que éstos la soliciten en forma expresa, a fin de evitar que se eluda el acceso a dicho instrumento.

Asimismo, recoge una de las observaciones formuladas por la Corporación Médicos para Chile y por el representante del Centro de Bioética de la Pontificia Universidad Católica de Chile, en el sentido de especificar que la información contenida en la ficha clínica puede ser proporcionada en forma total o parcial a las personas y organismos que en este artículo se detallan, con lo cual se resguarda la confidencialidad de las atenciones que haya recibido el paciente y que excedan el interés de quienes solicitan este instrumento. Se indicó que, por ejemplo, en las causas judiciales y en las investigaciones epidemiológicas sólo se debería acceder a aquella parte de la ficha que esté relacionada con el caso concreto que se analiza.

Sometida a votación, **la indicación fue aprobada por unanimidad.**

---- Del señor Accorsi, para suprimir, en el N° 1 del inciso tercero, la frase que se inicia con la expresión “a menos” y finaliza con la palabra “información.”, sustituyendo la coma (,) por un punto (.).

Mediante esta indicación se propone eliminar la excepción que se establece en este número, en virtud de la cual podría negarse al titular de la ficha clínica la información contenida en esta última si el médico o profesional tratante lo considera conveniente en atención al estado emocional, psicológico o psiquiátrico del paciente.

A juicio de su autor, en tales casos procedería entregar la información a los representantes legales a que se refiere el número 2° de este inciso y no condicionarla a la autorización de un tercero.

Si bien hubo consenso en cuanto a la necesidad de evitar que el médico tratante decida a su arbitrio respecto de la conveniencia de entregar dicha información al titular de la ficha clínica, se debatió respecto de la forma más adecuada de conseguir este objetivo. En efecto, algunos Diputados opinaron que era necesario mantener la excepción, toda vez que en determinados casos se justificaría no proporcionar información al paciente, si tiene antecedentes de cuadros depresivos que permitan suponer que, al tomar conocimiento de la gravedad de su enfermedad, podría atentar contra su vida. En este sentido, hubo partidarios de establecer exigencias adicionales que debería cumplir el médico o profesional tratante para adoptar esta decisión, como se puede apreciar en la indicación siguiente.

Puesta en votación, **la indicación fue aprobada por mayoría de votos** (seis votos a favor y cinco abstenciones).

---- De los Diputados Sepúlveda y Chahuán, al N° 1 del inciso tercero, para intercalar a continuación de la palabra “psicológico,” la frase “previo acuerdo del Comité de Ética,” y para agregar el siguiente párrafo final: “El acuerdo referido en este número deberá ser evacuado apenas sea posible.”.

Esta indicación tiene por objeto exigir que la decisión del médico o profesional tratante respecto de la inconveniencia de proporcionar información al titular de la ficha clínica, se funde en el acuerdo del comité de ética respectivo.

Se dio por **rechazada reglamentariamente**.

---- De la Diputada Rubilar, al N° 2 del inciso tercero, para intercalar, a continuación de la expresión “debidamente autorizado” la siguiente frase: “circunstancia que deberán acreditar por escrito,”.

Mediante esta indicación se pretende exigir que los terceros debidamente autorizados para recibir la información contenida en la ficha clínica, acrediten esta circunstancia por escrito, con lo cual se acoge una sugerencia formulada por la Corporación Médicos para Chile.

Puesta en votación, **la indicación fue aprobada por unanimidad.**

---- De la Diputada Rubilar, al N° 2 del inciso tercero, para suprimir la frase “los herederos en caso de fallecimiento”.

A través de esta indicación se recoge una de las observaciones formuladas por el representante del Centro de Bioética de la Pontificia Universidad Católica de Chile, en cuanto a la inconveniencia de permitir que los herederos de la persona fallecida tengan derecho a acceder a la ficha clínica, ya que ello podría atentar en contra del derecho de los pacientes a mantener la confidencialidad de la información contenida en ella.

En relación con este tema, se planteó que en algunos casos podría ser de utilidad para los herederos del titular de la ficha clínica tener acceso a la información contenida en esta última, ya sea para obtener antecedentes de patologías de origen genético o para ejercer acciones legales vinculadas a la investigación del fallecimiento del paciente, a fin de determinar eventuales responsabilidades de tipo penal. A mayor abundamiento, se indicó que si una persona no desea que sus herederos accedan a su ficha clínica, podría dejar expresa constancia de ello en su testamento.

Sin embargo, se hizo notar que no existen motivos que justifiquen que esta información pase directamente al heredero, ya que si algún antecedente de la ficha debe ser conocido por razones de salud pública o para la investigación de un delito, correspondería al Ministerio de Salud o al Ministerio Público, en su caso, requerirlos, a menos que el causante disponga en un testamento que sus herederos tendrán libre acceso a la ficha.

Sometida a votación, **la indicación fue rechazada por mayoría de votos** (uno a favor, ocho en contra y una abstención).

---- Del señor Silber, para suprimir, en el N° 2, la frase que se inicia con la expresión “a menos” hasta el punto (.) seguido.

Esta indicación tiene por objeto suprimir la posibilidad de que se niegue la entrega de la información contenida en la ficha clínica a los representantes

legales del titular de la misma; a su apoderado, a un tercero debidamente autorizado o a los herederos en caso de fallecimiento, si el médico tratante considera que ello perjudica al paciente.

Puesta en votación, **la indicación fue aprobada por unanimidad.**

---- De la Diputada Cristi y de los Diputados Lobos y Masferrer, para reemplazar, en el número 4º, las expresiones “y al Fondo Nacional de Salud,” por las expresiones “, al Fondo Nacional de Salud e Instituciones de Salud Previsional,”.

Mediante esta indicación se pretende incorporar a las Isapres dentro del listado de organismos que pueden requerir la información contenida en las fichas clínicas, de modo que las mencionadas instituciones estén equiparadas a Fonasa en lo que se refiere a este aspecto.

Sobre el particular, la Ministra de Salud hizo notar que existen diferencias entre Fonasa y las Isapres, que justificarían mantener un tratamiento distinto en lo que concierne al acceso a las fichas clínicas. Indicó que, en efecto, mientras la primera es esencialmente solidaria y no cuenta con facultades para impedir que una persona se afilie a ella o para restringir las licencias médicas, las Instituciones de Salud Previsional se vinculan con las personas a través de contratos de afiliación voluntaria y pueden discriminar sobre la base de diversos factores. Argumentó que, desde esta perspectiva, no hay riesgos en brindar a Fonasa la posibilidad de tomar conocimiento de la información contenida en la ficha clínica de las personas, ya que no la utilizará para efectuar discriminaciones, a diferencia de lo que podría suceder con las Isapres o las mutuales, en conocimiento de los mismos antecedentes.

Sometida a votación, **la indicación fue rechazada por mayoría de votos** (cuatro a favor, ocho en contra y una abstención).

---- De los Diputados Sepúlveda y Chahuán, para reemplazar, en el número 4º, la frase “al Instituto de Salud Pública y al Fondo Nacional de Salud”, y la coma que la precede, por la frase “y al Instituto de Salud Pública”, y para agregar, antes del punto aparte (.), la siguiente frase, precedida de un punto seguido (.): “Estos organismos no podrán remitir la información de la ficha clínica que les ha sido entregada en virtud de esta norma, al Fondo Nacional de Salud”.

A través de esta indicación se pretende eliminar a Fonasa del listado de organismos que pueden requerir la información contenida en las fichas clínicas, de modo que esta institución y las Isapres estén en igualdad de condiciones para competir en el mercado, en el entendido que no hay razones que justifiquen este tipo de conocimiento por parte de ambas, debiendo aplicarse el inciso cuarto de este artículo, que permite a los demás organismos públicos y privados solicitar un informe sobre aspectos específicos del mencionado instrumento.

En relación con este tema, la Ministra de Salud manifestó la inconveniencia de que Fonasa no pueda tener acceso directo a la información contenida en las fichas clínicas, sino a través de informes específicos, en atención a la gran cantidad de prestaciones que se realizan en el sistema público de salud en las modalidades de libre elección e institucional y al gran número de personas que están afiliadas a dicha institución, lo cual dificulta el control y la fiscalización. En el mismo sentido, se planteó que Fonasa debería estar autorizada para requerir los antecedentes clínicos de un paciente en la medida en que ello permita o facilite el ejercicio de un derecho por parte de este último en relación con la aplicación del sistema de Garantías Explícitas de Salud (GES) o de la ley de urgencias.

Sometida a votación, **la indicación fue rechazada por mayoría de votos** (cinco a favor, siete en contra y una abstención).

---- De las Diputadas Cristi y Rubilar y de los Diputados Díaz, Girardi, Lobos, Monsalve, Núñez, Robles, Rossi, Sepúlveda y Silber, para intercalar, en el inciso cuarto, entre las palabras “que” y “requieran” la frase: “, facultados por la ley, “.

Mediante esta indicación se pretende limitar la facultad de solicitar informes específicos de la ficha clínica por parte de los organismos públicos y privados que no están expresamente mencionados en el inciso tercero, a fin de exigir que estén facultados por ley para fiscalizar o para resolver acerca de la procedencia de determinados beneficios de salud o seguridad social.

Durante el debate, se planteó que esta norma del mensaje era muy amplia y que permitía que un consultorio o una farmacia solicitasen este tipo de información, lo que no parecería justificable desde el punto de vista del resguardo que se desea brindar a las personas en cuanto a la confidencialidad de la ficha clínica.

La Ministra de Salud aclaró que el alcance de esta disposición es más bien restringido, ya que debe aplicarse únicamente a las Isapres, a la Superintendencia de Seguridad Social, a las mutuales y a otras entidades de seguridad social, en el entendido de que estos organismos pueden necesitar información de la ficha clínica para efectos de la fiscalización o para la determinación de beneficios. Indicó que el objetivo de la norma es facultarlos para pedir un informe sobre aspectos específicos de la ficha, de modo de evitar que tengan acceso directo a este instrumento, como ocurre en la actualidad.

Puesta en votación, **la indicación fue aprobada por unanimidad.**

---- Del Diputado Robles, para agregar, en el inciso cuarto, la siguiente frase final: “, con autorización escrita del titular de la ficha”.

Esta indicación tiene por objeto exigir la autorización escrita del titular de la ficha para que los organismos a que se refiere este inciso puedan solicitar un informe sobre aspectos específicos de dicho instrumento, a fin de resguardar de mejor forma la confidencialidad de la información contenida en ella. A juicio de su autor, la persona otorgará esta autorización en los casos en que no vislumbre que la entrega de dicho informe represente un riesgo para ella, mientras que en aquellas situaciones en que la deniegue, el organismo requirente podría solicitar antecedentes por otra vía.

Sobre el particular, se estimó que era innecesario establecer una limitación adicional al ejercicio de la facultad de requerir informes por parte de estos organismos, ya que sólo implicaría obstaculizar sus funciones, máxime si se considera que la aplicación de esta norma se encuentra suficientemente acotada a aquellos organismos que están facultados por ley para fiscalizar o determinar beneficios de salud o seguridad social.

Sometida a votación, **la indicación fue rechazada por mayoría de votos** (dos a favor y nueve en contra).

El artículo fue aprobado por unanimidad.

Párrafo 5°

Este párrafo se denomina “De la Autonomía de las Personas en su Atención de Salud. & 1. De la Decisión Informada”.

Se presentó una indicación:

---- De la diputada Rubilar y de los Diputados Chahuán y Sepúlveda para reemplazar la denominación del epígrafe, por la siguiente: “De la Autonomía de las Personas en su Atención de Salud. & 1. Del Consentimiento Informado”.

Esta indicación, que recoge una de las observaciones formuladas por el representante del Colegio Médico de Chile A.G., tiene por objeto reemplazar la expresión “decisión informada” por “consentimiento informado”, a fin de reflejar de mejor manera el carácter bilateral que tiene la generación de esta manifestación de voluntad en el marco de la relación médico-paciente, toda vez que implica una codecisión entre el profesional tratante y el usuario.

Sobre el particular, el representante del Ejecutivo aclaró que se optó por hablar de decisión y no de consentimiento, por cuanto en la actualidad aquélla es adoptada en conjunto con el médico, sobre la base de la información que este profesional le proporciona y no obedece a un modelo en el cual el paciente expresa su consentimiento respecto de las propuestas que le formula el médico.

Puesta en votación, **la indicación fue aprobada por mayoría de votos** (nueve a favor y una abstención).

Artículo 14

Consagra el derecho de toda persona a otorgar o denegar su voluntad para someterse a cualquier procedimiento o tratamiento vinculado con su atención de salud. Establece que, por regla general, este proceso se efectuará en forma verbal, salvo en determinados casos, en que deberá constar por escrito, a saber, cuando se trata de intervenciones quirúrgicas, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasivos y, en general, para la aplicación de procedimientos que conlleven un riesgo importante para la salud del afectado.

Se presentaron tres indicaciones:

---- De la Diputada Cristi y de los Diputados Lobos y Masferrer, para agregar, en el inciso primero, a continuación del punto aparte (.), que pasa a ser coma (,), la oración “con las limitaciones establecidas en el artículo 17.”.

Mediante esta indicación se pretende explicitar que el derecho a negarse a ser sometido a un procedimiento o tratamiento médico no es absoluto, ya que está sujeto a las limitaciones contempladas en el artículo 17, a saber, que el rechazo de los tratamientos no puede tener como objetivo la aceleración artificial del proceso de muerte ni puede implicar la renuncia al derecho a recibir los cuidados paliativos que permitan a la persona hacer más soportables los efectos de su enfermedad, ni al derecho a la compañía y asistencia espiritual.

Durante el debate, se destacó la importancia de evitar la llamada eutanasia pasiva, que se produciría, por ejemplo, en caso que un paciente que haya determinado poner término a su vida se niegue a ser alimentado con suero. A su vez, el representante del Ejecutivo explicó que el derecho establecido en esta norma tiene un reconocimiento a nivel mundial, tanto en el ámbito legal como judicial, y sostuvo que en ningún caso su consagración debe dar lugar a la adopción de medidas destinadas a acelerar el proceso de la muerte, motivo por el cual valoró la indicación presentada.

Sometida a votación, **la indicación fue aprobada por unanimidad.**

---- De la Diputada Rubilar y de los Diputados Accorsi y Robles, para reemplazar, en el inciso tercero, la palabra “importante” por la expresión “relevante y conocido”.

Esta indicación hace suya una de las sugerencias formuladas por la Corporación Médicos para Chile y tiene por objeto exigir que el riesgo que conllevan aquellos procedimientos respecto de los cuales la manifestación de voluntad del paciente debe constar por escrito, sea calificado como relevante y conocido, esto es, un riesgo que sea susceptible de producir una alteración seria en el organismo de una persona y de la cual se tenga conocimiento.

Puesta en votación, **la indicación fue aprobada por unanimidad.**

---- De la Diputada Rubilar y de los Diputados Accorsi y Robles, para intercalar, en el inciso tercero, entre las frases “hecho de su entrega” y “deberá constar por escrito”, las palabras “aceptación o rechazo”.

Mediante esta indicación se pretende exigir que la voluntad del paciente conste por escrito, especificándose expresamente si acepta o rechaza las intervenciones o procedimientos que correspondería aplicarle.

Sometida a votación, **la indicación fue aprobada por unanimidad.**

El artículo fue aprobado con la misma votación.

Artículo 15

Establece ciertas situaciones excepcionales en que no se requiere la manifestación de voluntad de la persona, esto es, cuando la falta de atención para la que se requiere consentimiento por escrito suponga un riesgo para la salud pública, o la condición de salud o cuadro clínico de la persona implique riesgo vital y/o secuela funcional grave de no mediar atención médica inmediata e impostergable, y cuando la persona se encuentra en incapacidad de manifestar su voluntad y no es posible obtenerla de su representante legal.

Durante el debate, el representante del Ejecutivo explicó que existe un reconocimiento a nivel internacional en cuanto a que el derecho a denegar la voluntad para someterse a cualquier procedimiento médico no se aplica en aquellas situaciones en que la salud pública podría resultar afectada por dicha negativa, así como tampoco en los casos en que, por razones de urgencia, el paciente debe someterse a una intervención o procedimiento y no está en condiciones de expresar su voluntad y, finalmente, en aquellas situaciones en que la persona está incapacitada para ello por otro tipo de motivos. Indicó que en tales casos se justifica que el equipo médico pueda actuar sin el consentimiento del afectado.

Se presentó una indicación:

---- De las Diputadas Cristi, Rubilar y Sepúlveda, y Diputados Accorsi, Chahuán, Girardi, Lobos, Monsalve, Robles, Rossi, Sepúlveda y Silber para reemplazar, en la letra c), la frase “de lo que se conoce y de lo que es posible presumir acerca de la voluntad de la persona” por la siguiente: “de la protección de la vida”.

Mediante esta indicación se pretende establecer que el objetivo consistente en proteger la vida del paciente es el criterio que debe imperar para la adopción de medidas por parte del equipo médico en aquellos casos en que la persona se

encuentra incapacitada de manifestar su voluntad y no es posible obtener el parecer de su representante legal.

El artículo con la indicación fueron aprobados por unanimidad.

Artículo 16

El inciso primero establece que se debe informar y requerir una opinión a las personas con dificultades de entendimiento o con alteración de conciencia, o que carezcan de capacidad para expresar su voluntad por causa de enfermedad mental, sin perjuicio de que la decisión sea adoptada, según corresponda, por su representante legal, su apoderado o la persona a cuyo cuidado se encuentre. Por su parte, el inciso segundo, regula la forma de manifestar la voluntad en el caso de los menores de dieciocho años y mayores de catorce.

Se presentó la siguiente indicación:

---- De los Diputados Lobos, Núñez, Rossi, Sepúlveda y Silber, para reemplazar el inciso segundo, por el siguiente:

“Los mayores de catorce años de edad y menores de dieciocho expresarán su voluntad personalmente. Por su parte, el médico deberá, con consentimiento del menor, consultar la opinión de los padres o representantes legales, o en su defecto, de quien lo tenga bajo su tuición o cuidado. En caso que el menor se oponga a que dicha opinión sea requerida, corresponderá al comité de ética decidir acerca de la pertinencia de que el médico efectúe la consulta. Asimismo, dicho comité deberá resolver, en caso de que exista discrepancia entre la voluntad expresada por el menor y la opinión de sus padres o representantes, cuál de los dos pareceres será tenido en cuenta. Igualmente, el médico consultará su opinión a los menores de catorce años de edad, atendiendo sus condiciones de desarrollo psíquico, su competencia cognitiva y su situación personal, sin perjuicio que la decisión definitiva corresponderá a los representantes legales.”

Mediante esta indicación se pretende asimilar la regulación de lo relativo a la manifestación de voluntad de los mayores de catorce años de edad y menores de dieciocho respecto de los procedimientos o tratamientos vinculados a su atención de salud, con lo dispuesto en el inciso segundo del artículo 8°, ya aprobado, referido al derecho a la información de que gozan las personas de esas edades. De este modo, se persigue asegurar que corresponde a ellos adoptar las decisiones en esa materia, sin perjuicio de que se deba consultar a los padres o representantes legales, ya

sea porque el menor ha consentido en ello o porque el comité de ética lo ha resuelto. Igualmente, se consagra una solución para el problema que puede surgir en caso de que las voluntades del menor y de sus padres o representantes legales no sean coincidentes, en virtud de la cual la decisión se entrega al comité de ética. Finalmente, en relación con los menores de catorce años se repite, con algunas adecuaciones, la norma consagrada en el citado inciso segundo del artículo 8°.

El artículo, conjuntamente con la indicación, fueron aprobados por unanimidad (siete votos a favor).

Artículo 17

Dispone que en el caso de que la persona fuere informada por el profesional tratante de que su estado de salud es calificado como terminal, el rechazo de los tratamientos no puede implicar como objetivo la aceleración artificial del proceso de muerte ni la renuncia al derecho a recibir los cuidados paliativos que permitan a la persona hacer más soportables los efectos de su enfermedad, ni a la compañía de sus familiares y personas que estén a su cuidado o a la asistencia espiritual. Asimismo, define lo que debe entenderse por estado de salud terminal y permite que, sin perjuicio de lo anterior, la persona, su apoderado o parientes soliciten el alta voluntaria.

Durante el debate, hubo opiniones en el sentido de que es innecesario establecer, en el inciso primero de esta norma, que el rechazo de los tratamientos no puede tener como objetivo la aceleración artificial del proceso de muerte, por cuanto en el articulado ya aprobado ha quedado suficientemente claro que la voluntad respecto de someterse o no a un tratamiento radica en el paciente, cualquiera sea la situación en que se encuentre, la cual debe ser respetada tanto por sus parientes como por el médico que lo atiende. Se señaló que a partir de esta disposición podría interpretarse que para no acelerar el proceso de muerte debe realizarse todo el esfuerzo posible, lo cual podría conducir a un encarnizamiento terapéutico no deseable, y se hizo notar la diferencia que existe entre los hospitales públicos y las clínicas privadas en lo que respecta a las decisiones que se adoptan en relación con los tratamientos aplicables a un paciente terminal.

El representante del Ejecutivo aclaró que mediante esta norma se pretende regular en forma especial el estado de salud terminal, debido a la vulnerabilidad de las personas que se encuentran en esta situación, sobre la base de abordar el tema de las implicancias que podría tener el reconocimiento al rechazo de los tratamientos

médicos y de impedir que el objetivo de este último consista en provocar la muerte, lo cual se asocia a la eutanasia pasiva. Hizo presente que, para algunos, este concepto se extiende al rechazo o suspensión de tratamientos considerados desproporcionados o extraordinarios, no obstante lo cual, para determinar si ello configura una especie de eutanasia es necesario que la intención del sujeto consista precisamente en acelerar la muerte y no sea esto simplemente una consecuencia o efecto de dicho rechazo. Indicó que pueden surgir conflictos entre la voluntad de los profesionales y la del enfermo o sus parientes, los cuales tienen mecanismos de solución en esta iniciativa legal, a través de la consulta a los comités de ética.

Se presentó una indicación

---- De los Diputados Sepúlveda y Chahuán para suprimir, en el inciso cuarto, la palabra “se”, a fin de efectuar una corrección de carácter meramente formal.

La indicación fue aprobada por unanimidad (ocho votos a favor).

El artículo fue aprobado por mayoría de votos (siete votos a favor y una abstención).

Artículo 18

Faculta a las personas para manifestar anticipadamente su voluntad de someterse a cualquier procedimiento o tratamiento vinculado a la atención de salud, a la vez que regula la forma en que debe efectuarse dicha declaración, los requisitos que se deben cumplir, las materias sobre las que puede versar, y la forma de resolver las dudas sobre su aplicación y de dejarla sin efecto.

En cuanto a la manera de expresar la voluntad, se plantearon dudas en torno a la exigencia que, en los casos en que se efectúe en el momento de la internación, deba realizarse copulativamente ante el director del establecimiento o ante quien éste delegue tal función y el profesional de la salud responsable de su ingreso.

Sobre el particular, el representante del Ejecutivo explicó que la intervención del mencionado profesional tiene por objeto asegurar que esta manifestación de voluntad, dada la relevancia de sus efectos, no sea considerada como un mero trámite propio del ingreso a un establecimiento hospitalario.

En cuanto a las condiciones que debe cumplir la manifestación de voluntad anticipada para producir efectos, se expresaron dudas en relación con el hecho de que se requiera que la persona se encuentre con incapacidad para manifestar su voluntad, por cuanto en estas condiciones no podría efectuar una declaración válida.

Por su parte, el representante del Ejecutivo aclaró que es preciso distinguir dos momentos, a saber, aquél en el cual se manifiesta la voluntad y aquél en el que ésta produce efectos. Indicó que la persona expresa su voluntad en forma anticipada respecto de los tratamientos o procedimientos a los que desea o no someterse, lo que en doctrina recibe el nombre de “testamento vital”, para lo cual se requiere que aquélla sea capaz de manifestarla. Sin embargo, para que esta declaración surta efectos es necesario que la persona se encuentre con incapacidad de expresarla, pues de lo contrario no tiene sentido y ha de estarse a la voluntad actual.

Igualmente, se cuestionó el hecho de que además de que la persona no se encuentre en condiciones de manifestar su voluntad se exija que sea imposible obtenerla de su representante legal, por no existir o no ser habido. Se argumentó que esto podría dar lugar a interpretar que en aquellos casos en que el representante legal puede ser consultado podría darse prioridad a la voluntad de este último, vulnerándose la expresada por el paciente en el testamento vital. Por ello, se hizo hincapié en la importancia de que prevalezca esta última y sólo en forma subsidiaria se considere la voluntad del representante legal.

En otro orden de ideas, se analizó la posibilidad de exigir que, en caso de que la manifestación de voluntad anticipada se refiera al rechazo a un determinado tratamiento, no se tenga como objetivo la aceleración artificial del proceso de muerte. No obstante, el representante del Ejecutivo dio a conocer que el inciso primero del artículo 17 se refiere a este aspecto, que debería tener igualmente aplicación para esta declaración, por cuanto el inciso quinto del artículo en discusión dispone que en esta última no pueden incorporarse decisiones o mandatos contrarios al ordenamiento jurídico vigente.

Por otra parte, se planteó que existía cierta vaguedad en la función asignada al comité de ética en caso que se susciten dudas respecto de si la declaración de voluntad se ajusta al ordenamiento jurídico vigente y al arte médico, la cual se circunscribe a velar por el cumplimiento de los supuestos de hecho en ella descritos.

Se presentaron tres indicaciones:

---- De los Diputados Sepúlveda y Chahuán para reemplazar, en el inciso quinto, la frase: “el que velará especialmente por el cumplimiento de los supuestos de hecho en ella descritos”, por la siguiente: “el que decidirá en definitiva si es o no posible dar cumplimiento a la voluntad establecida en la declaración”.

Mediante esta indicación se pretende aclarar el rol de los comités de ética en esta materia, otorgándoles un carácter resolutivo que les permita pronunciarse respecto de si es o no posible cumplir la voluntad expresada en la declaración.

El representante del Ejecutivo hizo presente que esta propuesta altera la función que, de acuerdo con el proyecto, tendrían los comités de ética, que fueron concebidos para desempeñar labores de asesoría en la toma de decisiones. En igual sentido, se señaló que asignar tanta responsabilidad a dichos comités puede ocasionar perjuicios a los médicos que los integran, particularmente si se considera que los conflictos que pueden presentarse podrían dar lugar al ejercicio de acciones legales ante los tribunales de justicia, para perseguir su responsabilidad penal, por ejemplo, en casos de eutanasia.

Se **rechazó por mayoría de votos** (dos a favor, cuatro en contra y dos abstenciones).

---- Del Diputado Monsalve, para reemplazar el inciso tercero, por el siguiente:

“Mediante esta declaración anticipada una persona manifiesta su voluntad sobre los cuidados y el tratamiento de su salud, con el objeto que ésta se cumpla en el momento en que llegue a situaciones en cuyas circunstancias no sea capaz de expresarla personalmente.”

Se **rechazó por mayoría de votos** (uno a favor, cinco en contra y una abstención).

----De los Diputados Chahuán, Girardi, Lobos, Monsalve, Núñez, Robles y Sepúlveda, para reemplazar el inciso tercero, por el siguiente:

“Mediante esta declaración anticipada una persona podrá manifestar su voluntad sobre los cuidados y tratamientos a los que desearía ser sometida

en el evento de que se encuentre en una situación en la cual no esté en condiciones de expresar su consentimiento personalmente.”

Las dos últimas indicaciones referidas tienen por objeto aclarar el sentido del mencionado inciso, que se refiere a las condiciones que la persona debe cumplir para que produzca efectos la manifestación de voluntad que ha efectuado en forma anticipada respecto de los tratamientos o procedimientos vinculados a su atención de salud a los cuales desea o no someterse. A través de estas propuestas, se recogen las observaciones formuladas durante el debate y se modifica la orientación de la norma, dado que, en vez de aludir a las condiciones de eficacia de la declaración de voluntad, se procura explicar en qué consiste ésta y cómo opera en la práctica.

Si bien se planteó que la utilización de la expresión “desearía” en la última indicación referida daba demasiada amplitud a la interpretación de la voluntad manifestada, lo que restaba certeza a esta última, se advirtió sobre la conveniencia de mantener su carácter condicional habida consideración de los avances de la ciencia, en virtud de los cuales siempre es posible que surjan tratamientos o procedimientos que no se conocían en el momento en que se expresó la voluntad anticipada.

Se aprobó por mayoría de votos (seis a favor y uno en contra).

El artículo fue aprobado por unanimidad.

Artículo 19.

Establece los casos en que el profesional tratante puede solicitar la opinión al comité de ética que corresponda, a saber, cuando tenga dudas respecto de la competencia de la persona o estime que la decisión manifestada por ésta o sus representantes la expone a graves daños de salud o a riesgo de morir, o en el evento de que la indicación de limitación del esfuerzo terapéutico sea rechazada por la persona o sus representantes legales. Asimismo, se especifican los efectos del pronunciamiento de dicho comité, y se establece la posibilidad de que el paciente o sus representantes legales puedan solicitar a la Corte de Apelaciones la revisión del caso y de que el médico decida no continuar como responsable del tratamiento.

En relación con la facultad del profesional tratante para consultar la opinión del comité de ética cuando tenga dudas sobre la competencia de la persona, el representante del Ejecutivo aclaró que el concepto “competencia” no debe entenderse

como sinónimo de la capacidad legal, ya que se trata de una expresión que se utiliza en el lenguaje clínico para referirse a la capacidad que tienen las personas para darse cuenta de la situación en que se encuentran y sus consecuencias, lo cual es determinado a través de evaluaciones o exámenes que realiza el médico.

Por otra parte, se plantearon dudas en torno a la condición que se establece en el inciso quinto para que el profesional tratante declare su voluntad de no continuar como responsable del tratamiento en caso que no esté de acuerdo con la decisión adoptada por la persona o su representante, toda vez que se le exige asegurar que esta responsabilidad será asumida por otro profesional de la salud. Si bien se consideró que esta condición era válida en atención a que no es lo mismo decidir no atender a una persona que adoptar esta determinación una vez que ya existe una relación entre médico y paciente, se argumentó que sólo en los grandes centros urbanos es posible encontrar a un profesional de la misma especialidad y competencia que se haga cargo del caso, mas no en algunos hospitales de regiones.

El representante del Ejecutivo señaló que mediante este inciso se reconoce el derecho a la objeción de conciencia que podría aducir un profesional tratante en caso que difiera de la decisión manifestada por el paciente. Explicó, que sin embargo, el ejercicio de este derecho se encuentra condicionado a que exista otro profesional adecuado que asuma el tratamiento, sin que sea estrictamente necesario que cuente con la misma especialidad de quien deja de atender al paciente, a fin de evitar que este último sea abandonado a su suerte.

Se presentaron tres indicaciones:

---- De la Diputada Cristi y los Diputados Lobos y Masferrer, para reemplazar, en el inciso primero, la expresión “podrá” por “deberá”.

Esta indicación tiene por objeto otorgar carácter obligatorio a la facultad que se contempla en el inciso primero de la norma y que permite al profesional tratante consultar la opinión del comité de ética en caso de que tenga dudas acerca de la competencia de la persona o estime que la decisión manifestada por ésta o sus representantes legales la expone a graves daños a su salud o al riesgo de morir, con lo cual se busca proteger tanto al paciente como al profesional tratante.

Se aprobó por unanimidad.

---- De la Diputada Cristi y los Diputados Girardi, Lobos, Núñez, Olivares, Robles, Sepúlveda y Silber, para reemplazar el inciso segundo, por el siguiente:

“Asimismo, si la insistencia en la indicación terapéutica o la limitación de este esfuerzo son rechazados por la persona o sus representantes legales, se podrá solicitar la opinión de dicho comité”.

Mediante esta indicación se pretende dar a las personas la posibilidad de consultar la opinión del comité de ética no sólo cuando rechacen la indicación terapéutica o la limitación de ese esfuerzo, sino también en caso que no acepten las indicaciones médicas que podrían configurar un ensañamiento terapéutico, a fin que esta instancia revise el procedimiento al que se les somete.

Se aprobó por unanimidad.

---- De los Diputados Girardi, Lobos, Núñez, Robles y Sepúlveda, para agregar, en el inciso final, a continuación del punto (.), que pasa a ser coma (,), la palabra “idónea”.

Esta indicación tiene por objeto exigir que el profesional de la salud que asume la responsabilidad del tratamiento de una persona en reemplazo de otro, sea idóneo y cuente con las competencias necesarias para ello, con lo cual se recogen las observaciones formuladas durante el debate.

Se aprobó por unanimidad

El artículo fue aprobado por igual votación.

Artículo 20.

Permite solicitar el alta voluntaria en el caso que la persona exprese su voluntad de no ser tratada, desee interrumpir el tratamiento o se niegue a cumplir las prescripciones médicas, y posibilita la declaración del alta forzosa por parte de la dirección del respectivo establecimiento. Sin perjuicio de ello, consagra el derecho de la persona a ser derivada a otros prestadores de salud o a ser tratada en el mismo establecimiento si fuese posible y si está dispuesta a recibir tratamientos alternativos.

Se presentó una indicación

---- De los Diputados Lobos, Núñez y Sepúlveda, para eliminar el inciso segundo.

Esta indicación tiene por objeto suprimir el inciso segundo, que consagra el derecho a ser derivado a otros prestadores de salud o a ser tratado en el mismo establecimiento si fuese posible, aun cuando se haya obtenido el alta voluntaria o forzosa.

Durante el debate, se analizó la posibilidad de eliminar solamente la condición que se establece para que una persona pueda ser derivada a otros prestadores de salud o ser tratada en el mismo establecimiento, en aquellos casos en que ha expresado su voluntad de no someterse a tratamiento, o decide interrumpirlo o no cumplir con las prescripciones médicas. Se argumentó que esta condición, consistente en la existencia de otros tratamientos alternativos que la persona esté dispuesta a recibir, vulnera la libertad del profesional y lo coloca en una situación imposible de resolver.

Sobre el particular, se planteó que la eliminación de esta condición podría traer como consecuencia el privar a los pacientes del acceso a tratamientos alternativos no convencionales, como la homeopatía, la medicina mapuche, etc. No obstante lo anterior, hubo consenso en orden a acoger la indicación formulada, en atención a que el derecho consagrado en el inciso segundo se subentiende, de modo que es innecesario señalarlo expresamente.

El artículo, conjuntamente con la indicación, se aprobó por unanimidad.

Artículo 21.

Dispone que la defunción de personas en estado de muerte cerebral se certificará una vez que ésta se haya acreditado de acuerdo con las prescripciones contenidas en el artículo 11 de la ley N° 19.451, que establece normas sobre trasplante y donación de órganos, con prescindencia de la calidad de donante que pueda tener la persona.

Si bien se planteó la posibilidad de eliminar esta disposición en atención a que, a juicio de algunos Diputados, sería innecesaria en cuanto se limita a efectuar una simple remisión a la ley N° 19.451, se tuvo en consideración lo expresado por el representante del Ejecutivo, quien hizo presente que el artículo 11 del mencionado cuerpo legal establece las condiciones bajo las cuales se puede declarar la muerte

encefálica de una persona sólo para los efectos de esa ley, con lo cual en la práctica los profesionales médicos se han negado a certificar la defunción y a desconectar a las personas que se encuentran en esta situación y que no tienen la calidad de donantes de órganos, lo que se pretende evitar con la norma propuesta.

El artículo fue aprobado por unanimidad.

Artículo 22.

Prescribe que el Ministerio de Salud debe establecer, mediante un reglamento, las normas concernientes a la creación, funcionamiento y control de los comités de ética, así como también las facultades de la autoridad sanitaria para acreditar y fiscalizar, y los mecanismos a través de los cuales los establecimientos que no cuenten con dichos comités puedan tener acceso a ellos. Asimismo, dispone que esa Secretaría de Estado deberá establecer normas, mediante instrucciones y resoluciones, orientadas a la estandarización de los procesos y documentos vinculados al ejercicio de los derechos regulados en este párrafo, relativo a la autonomía de las personas en su atención de salud.

Durante el debate se propuso especificar la redacción de la norma en el sentido de aclarar que las facultades de la autoridad sanitaria deben estar referidas a la acreditación de los establecimientos sanitarios y a la fiscalización de su funcionamiento. No obstante, se hizo notar que tanto la acreditación como la fiscalización a las que se alude guardan relación únicamente con los comités de ética para su adecuado funcionamiento, con lo cual la mencionada propuesta no sólo excedería el ámbito de lo que se pretende regular en esta norma sino que aborda aspectos contenidos en otros textos legales, criterio que fue ampliamente compartido en el seno de la Comisión.

Se presentó una indicación:

---- De los Diputados Sepúlveda y Chahuán para suprimir, en el inciso primero, las palabras “acreditar y”.

Mediante esta indicación se desea evitar que los comités de ética requieran una acreditación previa por parte de la autoridad sanitaria para funcionar, por cuanto, en opinión de sus autores, esta exigencia podría entorpecer la creación de estas instancias.

Sobre el particular, se destacó la importancia que la autoridad sanitaria acredite los comités de ética que pueden constituirse en cualquier establecimiento, a fin de otorgarles respaldo en sus funciones de resguardo de los derechos de las personas, verificando que cumplan con los requisitos que establecerá el reglamento sobre su creación, funcionamiento y competencia de quienes los integran. Se argumentó que si ellos fuesen completamente autónomos y no se precisase el visto bueno del Ministerio, existiría el riesgo de que la composición de estos comités esté marcada por tendencias valóricas que no garantizarían una actuación imparcial y objetiva.

Por otra parte, hubo opiniones en el sentido de que debería establecerse en la ley la forma en que estarán integrados estos comités, ya que existe disparidad de criterios en cuanto a si cualquier profesional de la salud puede formar parte de estas instancias o si debe cumplir requisitos especiales, a la vez que se manifestó preocupación por asegurar de alguna forma que estos comités sean creados en todo tipo de hospitales.

El representante del Ejecutivo dio a conocer que la relevancia de las decisiones que deberán adoptar estos comités justifica que el Ministerio esté facultado para establecer los requisitos mínimos que éstos deben cumplir. Sin embargo, puntualizó que debe reconocerse a los establecimientos hospitalarios autonomía en lo referido a la integración de estos comités, de modo que en ella se reflejen los valores o tendencias imperantes en esas instituciones. Indicó que aquéllos no deberían asumir en ningún caso la función de resolver reclamos por responsabilidad médica o de realizar auditorías médicas.

Se entendió rechazada la indicación atendido que, de acuerdo al Reglamento, no se obtuvo mayoría absoluta para aprobar (tres votos a favor, tres en contra y una abstención).

El artículo fue aprobado por unanimidad

Artículo 23

Establece que toda persona deberá ser informada y tendrá derecho a elegir su incorporación en cualquier tipo de protocolo de investigación científica biomédica, sin perjuicio de que en el caso de los menores de catorce años de edad, la decisión corresponderá a sus representantes legales.

Durante el debate se hizo presente que esta norma está en armonía con las disposiciones de la ley N° 20.120, sobre la investigación científica en el ser humano, su genoma y la prohibición de la clonación humana, que tiene por finalidad proteger la vida de los seres humanos, desde el momento de la concepción, su integridad física y psíquica, así como su diversidad e identidad genética, en relación con la investigación científica biomédica y sus aplicaciones clínicas. Asimismo, se dejó constancia que la referencia a la situación de los menores de edad en relación con este tema constituye una novedad respecto del mencionado texto legal.

Se presentaron dos indicaciones:

---- De la Diputada Cristi y Diputados Lobos y Masferrer, para incorporar, en el inciso primero, a continuación del punto aparte (.), que pasa a ser punto seguido (.), lo siguiente: “En ningún caso esta decisión podrá significar menoscabo en su atención ni menos sanción alguna.”

Esta indicación tiene por objeto especificar que la decisión que adopten las personas respecto de su incorporación en protocolos de investigación científica biomédica no podrá significar un menoscabo en la atención que le sea proporcionada ni la aplicación de sanciones.

---- De los Diputados Sepúlveda y Chahuán, para reemplazar el inciso segundo por el siguiente:

“En el caso de los menores de edad, se estará a lo dispuesto en los artículos 8° y 16.”.

Mediante esta indicación se pretende armonizar esta norma con los artículos 8° y 16, que regulan el derecho de los menores de edad a ser informados, en términos generales, acerca del estado de su salud, y a expresar su voluntad para someterse a procedimientos o tratamientos vinculados a la atención que se les proporcione.

Sometido a votación conjuntamente, el **artículo y las indicaciones, se aprobaron por unanimidad.**

Artículo 24

Dispone que el Ministerio de Salud debe establecer, mediante un reglamento, las normas necesarias para la adecuada protección de los derechos de las personas respecto de la investigación científica biomédica, y aquéllas relativas a la regulación de los protocolos de investigación y los comités para la evaluación ético-científica, así como también las facultades de la autoridad sanitaria para la aprobación de dichos protocolos y la acreditación de los comités, entre otros aspectos.

Fue aprobado, sin debate, por unanimidad.

Artículo 25

Prescribe que los párrafos de la ley se aplican, de igual manera, a las personas con discapacidad psíquica o intelectual. Asimismo, consagra el deber que asiste a los prestadores en orden a guardar especial cuidado en el trato digno, respeto a la autonomía y confidencialidad de la atención de salud de aquellas personas que, por su condición mental, no puedan comprender adecuadamente la información entregada. Por otra parte, establece que quienes sufran este tipo de discapacidad pero tengan capacidad de consentir, podrán designar un apoderado que se relacione con el equipo de salud tratante y el establecimiento que los acoja, el cual será su apoderado o representante legal para todos los efectos indicados en la ley. De igual modo, prohíbe las fotografías, grabaciones, filmaciones o entrevistas de uso periodístico o publicitario a las personas que se encuentran en esta situación, si carecen de la capacidad para autorizar estos procedimientos.

Se presentaron siete indicaciones:

---- De los Diputados Sepúlveda y Chahuán, para suprimir, en el inciso primero, la frase “Todos los párrafos de la presente ley se aplican de igual manera a las personas con discapacidad psíquica e intelectual”.

Esta indicación tiene por objeto eliminar esta declaración relativa a la aplicación de las normas de esta iniciativa legal a las personas con discapacidad psíquica o intelectual, por ser considerada redundante, atendido que el artículo 2°, ya aprobado, consagra el derecho de las personas a recibir atención de salud sin discriminación arbitraria alguna.

Fue aprobada la indicación, por unanimidad.

---- De los Diputados Chahuán, Girardi, Lobos, Masferrer, Monsalve, Núñez, Robles, Rossi y Silber, para reemplazar, en el inciso primero, la frase “por su condición mental” por la siguiente: “las personas con discapacidad psíquica o intelectual”.

Esta indicación tiene por objeto efectuar modificaciones de carácter meramente formal, a fin de reformular la redacción del mencionado inciso, cuyo contenido requería ser precisado luego de la aprobación de la indicación precedente.

Fue aprobada la indicación, por unanimidad.

---- De los Diputados Sepúlveda y Chahuán, para reemplazar el inciso segundo por el siguiente:

“Las personas con severa discapacidad psíquica o intelectual podrán ser acompañadas y asistidas durante todo el proceso de atención de salud por su representante legal o judicial o, en subsidio, por la persona que lo tenga bajo su cuidado, quien se entenderá representarle. Si el incapaz se encuentra desvalido, el comité de ética correspondiente, previa constatación de la discapacidad severa del paciente, le designará un apoderado que será considerado su representante para todos los efectos indicados en esta ley”.

Mediante esta indicación se pretende asegurar de mejor manera la protección de los intereses de las personas con discapacidad psíquica o intelectual, haciendo aplicable respecto de ellas la normativa vigente en materia de capacidad y representación. A juicio de sus autores, sería incorrecto permitir, como propone el proyecto, que estas personas designen un apoderado personal, por cuanto, por una parte, carecerían de capacidad para expresar su voluntad en tal sentido y, por otra, es posible que con ello se excluya al representante legal o a la persona que lo tiene bajo su cuidado, quienes son los más indicados para asistirlo en el proceso de atención de su salud. Se argumentó, además, que quienes sufren este tipo de discapacidad podrían adoptar decisiones erradas y designar a alguien inadecuado.

En defensa del texto propuesto en el mensaje, el representante del Ejecutivo arguyó que tanto en el derecho comparado como en la normativa vigente en nuestro país se consagra el derecho a designar un apoderado que se ocupe de lo concerniente al tratamiento médico de quien lo nombra, sin que exista la intención de modificar las reglas generales que rigen la capacidad y la representación. Preciso que en

el ámbito de la salud la tendencia imperante es a reconocer a las personas con discapacidad psíquica o intelectual su condición de sujetos de derecho, que tienen la posibilidad de designar una persona de su confianza que los asista durante su atención de salud. Asimismo, criticó la indicación presentada, por cuanto otorga a los comités de ética la facultad de designar un apoderado que será considerado como representante legal del discapacitado para los efectos de esta ley, lo que no parece correcto desde el punto de vista jurídico. Sugirió que, para efectos de aclarar que este apoderado es especial e interviene exclusivamente en lo relativo al ámbito de la salud, se podría eliminar la referencia a la capacidad de consentir a que se alude en este inciso y que puede prestarse a confusiones.

Fue rechazada la indicación, por mayoría de votos (cuatro en contra y dos abstenciones).

---- De los Diputados Lobos y Masferrer, para reemplazar el inciso segundo, por el siguiente:

“Las personas psíquica o intelectualmente discapacitadas conforme a lo dispuesto en la ley N° 19.284, que se encuentren inscritas en el Registro Nacional respectivo, y que no estén representadas por sus padres, tutores o curadores, tendrán derecho a escoger, en caso de que el Comité de Ética considere que están capacitados para hacerlo, a un apoderado personal sin dicha discapacidad, que lo asista durante todo el proceso de atención de salud, en su relación con el equipo médico tratante y el establecimiento en que se encuentre. Este apoderado será su representante legal para todos los efectos indicados en esta ley. Si los padres, tutores o curadores del discapacitado no pueden ser ubicados, se designará un apoderado personal en la forma ya descrita. Si el discapacitado desvalido no está capacitado para designar a un apoderado personal, el Comité de Ética correspondiente designará a una persona como encargada especial para asistirlo y acompañarlo durante el período en que éste se encuentre en el establecimiento de salud. Para los efectos de este artículo, el Registro Nacional de la Discapacidad deberá estar en línea y permitirá su revisión por parte de los prestadores institucionales de salud.”

El propósito fundamental de esta indicación es brindar a aquellas personas con discapacidad que se encuentran desvalidas al momento de ingresar a un establecimiento hospitalario y cuyos representantes legales no pueden ser ubicados, la posibilidad de designar a una persona en la cual confía para que la asista durante el proceso de atención de salud, en la medida en que el comité de ética estime que están en

condiciones de adoptar este tipo de decisiones, ya que en caso contrario, se propone que esta instancia asuma esta función.

Durante el debate, si bien se valoró la idea de buscar fórmulas para garantizar de la mejor forma posible los derechos de las personas con discapacidad en su atención de salud, se advirtió acerca de las dificultades que supone poner en práctica el procedimiento propuesto en la indicación, sobre todo cuando se trata de situaciones de urgencia, que requieren actuar con la máxima celeridad, por cuanto se consideró que esperar que la comisión de ética se constituya sólo dilataría la atención. En razón de ello, se propuso reemplazar la intervención del comité de ética en esta materia por la del jefe de turno de los establecimientos hospitalarios, idea que, sin embargo, no obtuvo respaldo suficiente.

Por su parte, el representante del Ejecutivo hizo presente que los comités de ética han sido concebidos en este proyecto de ley como instancias de la sociedad civil destinadas exclusivamente a proporcionar asistencia o asesoría en la resolución de los conflictos de implicancias éticas que se producen en el ámbito de la atención de salud, sin que se haya planteado la posibilidad de asignarles la función de pronunciarse respecto de los asuntos en los cuales se pretende otorgarles competencia en virtud de esta indicación. A mayor abundamiento, indicó que la comisión de protección de derechos de las personas con enfermedades mentales, que funciona en la actualidad y tiene su origen en un reglamento, está específicamente diseñada para resguardar a quienes presentan una discapacidad psíquica o intelectual, de modo que no se justificaría conceder en este ámbito una participación a los comités de ética.

Fue rechazada la indicación, por mayoría de votos (dos a favor y cuatro en contra).

---- De los Diputados Sepúlveda y Chahuán para reemplazar, en el inciso tercero, la palabra “publicitario”, por “de investigación científica”.

Mediante esta indicación, se pretende modificar la prohibición consagrada en el citado inciso, referida a efectuar grabaciones, filmaciones o entrevistas a personas con discapacidad psíquica o intelectual, a fin de limitarla sólo a aquéllas relacionadas con el uso periodístico y la investigación científica, excluyendo el ámbito publicitario, por cuanto, a juicio de sus autores, es difícil imaginar una situación en que la

publicidad de algún producto o servicio requiera la fotografía o filmación de un discapacitado que se encuentre internado en un hospital.

Durante el debate, se hizo presente que si bien esta prohibición no impide que se realicen este tipo de actividades para fines de investigación científica o de índole académica, el resguardo de los derechos de las personas frente a los requerimientos de la ciencia o de la enseñanza de las prácticas médicas está suficientemente garantizado en virtud de lo dispuesto en el artículo 4° y en el párrafo 6° de esta iniciativa legal.

Por su parte, el representante del Ejecutivo señaló que a través del inciso tercero se ha pretendido establecer una norma especial de protección a las personas con discapacidad que no se encuentran en condiciones de otorgar la autorización a que se refiere el mencionado artículo 4°, para que se efectúen a su respecto grabaciones, filmaciones o entrevistas de uso periodístico o publicitario.

Fue rechazada la indicación, por mayoría de votos (seis en contra y dos abstenciones).

---- De los Diputados Sepúlveda y Chahuán, para reemplazar, en el inciso tercero, la frase “si la persona con discapacidad psíquica o intelectual no tiene la capacidad para dar la autorización que el artículo 4° exige”, por “a menos que así lo autorice su representante o, en su defecto, la persona bajo cuyo cuidado se encuentre”.

Esta indicación tiene por objeto exigir que la autorización para fotografiar, filmar, grabar o entrevistar a una persona con discapacidad psíquica o intelectual sea otorgada por su representante, o en su defecto, por quien lo tenga bajo su cuidado, en atención a que aquéllas, debido a su condición, no pueden manifestar su voluntad válidamente.

El representante del Ejecutivo sostuvo que esta propuesta debilita la protección que pretende brindarse a estas personas, por cuanto, de acuerdo con el proyecto, si éstas no se encuentran en condiciones de otorgar la referida autorización, este tipo de actividades no puede desarrollarse en ningún caso.

Fue rechazada la indicación, por mayoría de votos (seis en contra y dos abstenciones).

---- De la Diputada Cristi y los Diputados Lobos y Masferrer, para incorporar, en el inciso final, a continuación del punto aparte (.), que pasa a ser coma (,), lo siguiente: “a menos que sea autorizado por escrito por su representante.”

Esta indicación coincide con la debatida precedentemente, en cuanto a su fundamentación, pero difiere de ella en lo que respecta a la persona llamada a otorgar la autorización y a la forma de hacerlo, por cuanto se indica que debe ser únicamente el representante legal, quien debe manifestarla por escrito.

Fue rechazada la indicación, por mayoría de votos (dos a favor, seis en contra y una abstención).

Sometido a votación, **el artículo del mensaje, con las modificaciones respectivas, fue aprobado por mayoría de votos** (seis a favor y tres abstenciones).

Artículo 26.

Consagra la obligación del profesional de informar pormenorizadamente al apoderado designado por la persona con discapacidad psíquica o intelectual las razones médicas que justifican la restricción de acceso a la ficha clínica por parte de esta última –esto es, el paciente-, así como también la de proporcionar al apoderado la información contenida en ella.

Se presentaron dos indicaciones:

---- De los señores Sepúlveda y Chahuán, para reemplazar la frase “apoderado personal indicado en el inciso segundo del artículo anterior”, por “a su representante o, en su defecto, persona bajo cuyo cuidado se encuentre”.

A través de esta indicación, que está en consonancia con la presentada por los mismos Diputados respecto del inciso segundo del artículo 25, se desea eliminar la referencia al apoderado personal y aclarar que el representante legal o, en subsidio, quien esté a cargo del cuidado de la persona con discapacidad psíquica o intelectual, son quienes que se relacionan con el profesional tratante y tienen acceso a la información que éste debe proporcionarles respecto de la ficha clínica y de las restricciones a que está sujeta en este ámbito la persona discapacitada.

El representante del Ejecutivo destacó la importancia de permitir que las personas con este tipo de discapacidad puedan designar un apoderado, por lo cual sugirió que esta figura sea incorporada igualmente en la indicación.

Se rechazó la indicación, por unanimidad.

---- De los señores Girardi, Lobos, Núñez y Sepúlveda, para reemplazar la frase “al apoderado personal indicado en el inciso segundo del artículo anterior” por la siguiente: “a su representante o, en su defecto, al apoderado designado de acuerdo con el artículo 25, o a la persona bajo cuyo cuidado se encuentre”.

Esta indicación recoge la sugerencia formulada por el representante del Ejecutivo en el marco de la discusión de la indicación precedente y establece un orden de prelación entre el representante legal, el apoderado personal y la persona bajo cuyo cuidado se encuentre quien está afecto a una discapacidad psíquica o intelectual.

Se aprobó por unanimidad.

El artículo fue aprobado con la misma votación.

Artículo 27.

Menciona los casos en los cuales se requiere contar con el consentimiento del apoderado designado por la persona con discapacidad psíquica o intelectual, que no está en condiciones de manifestar su voluntad, o en su defecto, del representante legal. Por otra parte, se dispone que se podrá recurrir ante la comisión de protección de derechos de las personas con enfermedades mentales en contra de la decisión de aplicar alguno de los tratamientos a que se refiere la norma.

Se presentaron cuatro indicaciones:

---- De los Diputados Lobos, Masferrer, Monsalve, Núñez, Rossi, Rubilar y Sepúlveda para reemplazar el artículo 27, por el siguiente:

“Artículo 27.- Si la persona no tiene la capacidad para manifestar su voluntad, deberá siempre contarse con el consentimiento del representante legal, o en su defecto, del apoderado designado por ésta, en los siguientes casos:

- a) Aplicación de procedimientos invasivos e irreversibles;

b) Aplicación de medidas o tratamientos que priven a la persona de libertad de desplazamiento o restrinja de manera severa su contacto con otros seres humanos

Esta norma no será aplicable a los supuestos de aislamiento y contención que tengan lugar en las condiciones expresadas en el artículo 29.”

La Ministra de Salud explicó que mediante esta indicación se excluye de los casos en que se requiere contar con el consentimiento del representante legal o del apoderado de la persona que no tiene capacidad de manifestar su voluntad a la hipótesis consistente en la hospitalización involuntaria por un período mayor a setenta y dos horas, contemplado originalmente en la letra a) del artículo 27 propuesto en el mensaje. Sostuvo que ello obedece a la necesidad de regular este supuesto en forma separada, a fin de dedicarle una regulación especial, lo cual se hará mediante indicación para introducir un artículo 28 nuevo.

Señaló, además, que a través de esta propuesta, se elimina la facultad que establecía inicialmente el proyecto de ley, para recurrir ante la comisión de protección de derechos de las personas con enfermedades mentales que corresponda en contra de la decisión de aplicar alguno de los tratamientos indicados.

Se aprobó la indicación, por unanimidad (seis votos a favor).

--- De los señores Chahuán, Girardi, Lobos, Masferrer, Monsalve, Núñez, Robles, Rossi y Silber, para reemplazar el encabezado del inciso primero, por el siguiente: “Si la persona no se encuentra en condiciones de manifestar su voluntad, deberá siempre contarse con el consentimiento del representante legal, o en su defecto, del apoderado designado de acuerdo con el artículo 25, en los siguientes casos:”

El propósito de esta indicación consiste en establecer una suerte de orden de precedencia entre quienes están llamados a expresar su consentimiento en situaciones que afectan a las personas con discapacidad psíquica o intelectual, como es el caso de la aplicación de procedimientos invasivos e irreversibles o de medidas o tratamientos que priven al paciente de libertad de desplazamiento o restrinjan de manera severa su contacto con otros seres humanos. Por otra parte, se precisa la circunstancia en que se requiere de dicho consentimiento, esto es, cuando la persona con discapacidad no está en condiciones de expresar su voluntad, eliminando la referencia que se hacía en el texto propuesto en el mensaje a la capacidad, a fin de que no se produzca un

contrasentido con la facultad que se reconoce a estas personas para designar un apoderado.

Durante el debate, se planteó la posibilidad de que el consentimiento pudiera ser expresado por quien está a cargo del cuidado de la persona con discapacidad, a falta de representante legal y de apoderado. Sin embargo, ello fue desestimado, en razón de que, por la gravedad de los casos en los cuales esta manifestación de voluntad es requerida, no se consideró prudente permitir que esta decisión sea adoptada por una persona que circunstancialmente esté al cuidado del paciente, sin ser su representante legal ni haber sido designado por aquél como su apoderado.

Fue rechazada la indicación, por unanimidad.

---- De la Diputada Cristi y los Diputados Lobos y Masferrer, para incorporar, en la letra b) del inciso primero, a continuación del punto y coma (;) que pasa a ser coma (,), lo siguiente: “excepto en aquellos casos en los que la condición de salud o cuadro clínico de la persona implique riesgo vital o secuela funcional grave de no mediar atención médica inmediata e impostergable;”

Mediante esta indicación se pretende asegurar la protección de la vida del paciente con discapacidad psíquica o intelectual, por la vía de establecer una excepción que permita la aplicación de procedimientos invasivos e irreversibles sin contar con el consentimiento del apoderado personal, cuando existe riesgo vital o puedan producirse secuelas funcionales graves de no mediar atención médica inmediata e impostergable.

Si bien el representante del Ejecutivo aclaró que los procedimientos invasivos e irreversibles en los cuales se pensó al redactar la norma eran más bien restringidos, como la esterilización quirúrgica, se consideró que, por ejemplo, la extirpación de un apéndice, reúne igualmente las características mencionadas.

Fue rechazada la indicación, por unanimidad.

---- De la Diputada Cristi y los Diputados Lobos y Masferrer, para reemplazar el inciso final, por el siguiente:

“En contra de la decisión de aplicar alguno de los tratamientos indicados en el inciso precedente, se podrá recurrir ante el comité de ética que corresponda.”

Esta indicación tiene por objeto otorgar a los comités de ética la competencia para resolver la reclamación que se interponga en contra de la decisión de aplicar alguno de los tratamientos que menciona este artículo, por cuanto se considera inconveniente crear una nueva instancia burocrática, como sería en este caso, la comisión de protección de derechos de las personas con enfermedades mentales, que se propone en este inciso.

El representante del Ejecutivo aclaró que la mencionada comisión fue creada en virtud de un reglamento del Ministerio de Salud, sobre atención de personas con discapacidad psíquica o intelectual y que, en términos generales, se valora positivamente su funcionamiento, orientado a la protección de derechos de personas que son sometidas, por ejemplo, a internaciones administrativas, preocupándose de revisar los lugares donde son tratadas y las medidas de control que se les aplican.

Fue rechazada la indicación, por mayoría de votos (dos a favor y cuatro en contra).

Artículo nuevo (que pasa a ser artículo 28 del texto aprobado).

---- El Ejecutivo presentó indicación para intercalar un artículo nuevo, a continuación del artículo 27, del siguiente tenor:

“Artículo 28.- Una persona puede ser objeto de internación involuntaria siempre que se reúnan todas las condiciones siguientes:

1) Certificación de un médico cirujano que indique fundadamente la necesidad de proceder al ingreso de una persona para llevar a cabo la evaluación de su estado de salud mental;

2) El estado de la misma comporta un riesgo real e inminente de daño a sí mismo o a terceros;

3) La internación tiene exclusivamente una finalidad terapéutica;

4) No existe otro medio menos restrictivo de suministrar los cuidados apropiados;

5) El parecer de la persona atendida ha sido tenido en consideración. De no ser esto último posible se tendrá en cuenta la opinión de su

representante legal o, en su defecto, de su apoderado a efectos del tratamiento y en ausencia de ambos de la persona a él más vinculada por razón familiar o de hecho.

La Autoridad Sanitaria Regional velará por el respeto de los derechos de las personas ingresadas en instituciones de salud mental, teniendo libre acceso a las mismas y a la documentación en ellas obrante y resolverá las quejas que planteare la persona internada, su representante legal, su apoderado a efectos del tratamiento o la persona a ella vinculada por razón familiar o de hecho. Asimismo, autorizará el ingreso o revisará la legalidad e idoneidad de la internación involuntaria cuando exceda de setenta y dos horas, de acuerdo a lo establecido en los artículos 130 y 131 del Código Sanitario.

La persona con discapacidad psíquica o intelectual, su apoderado a efectos de tratamiento, su representante legal y las personas a él vinculadas por razones familiares o de hecho podrán recurrir en contra de los tratamientos involuntarios ante la Corte de Apelaciones respectiva.

Adicionalmente, los antecedentes podrán ser revisados por la comisión indicada en el artículo 32, la que podrá informar al SEREMI para que ejerza la facultad indicada en el artículo 132 del Código Sanitario. En caso que dicha autoridad decida no ejercer la facultad indicada, la comisión podrá presentar los antecedentes a la Corte de Apelaciones respectiva para que ésta resuelva en definitiva.”

La Ministra de Salud explicó que mediante esta propuesta se pretende regular exhaustivamente los supuestos que se requieren para proceder a una internación obligatoria en el caso de las personas con discapacidad psíquica o intelectual, cuando ello sea necesario para efectos del éxito de su tratamiento, lo cual está en armonía con la relevancia que se ha dado en esta iniciativa legal a las autorizaciones otorgadas por los pacientes en relación con las intervenciones a las cuales son sometidos. Puntualizó que esta última, en la actualidad, procede en fases agudas y para efectuar una evaluación o aplicar un tratamiento específico, de modo que la hospitalización tenga un objetivo acotado y no sea indefinida.

A su vez, el Jefe del Departamento Jurídico del Ministerio de Salud precisó que la figura de la internación involuntaria ha sido recogida en los artículos 130 y siguientes del Código Sanitario, que facultan a la Autoridad Sanitaria para resolver sobre la internación, permanencia o salida de los establecimientos públicos o particulares destinados a enfermos mentales. Destacó la importancia de regular la manera en que se ejercen estas facultades, a fin de evitar abusos, lo cual se conseguiría a través de la propuesta presentada.

Por su parte, la Jefa del Departamento de Salud Mental del Ministerio planteó que, en materia de protección a los derechos de las personas con discapacidad psíquica o intelectual, la tendencia en el nivel internacional aconseja la implementación de un órgano de revisión independiente, que en otros países tiene la potestad para investigar y sancionar administrativamente la transgresión de los mencionados derechos frente a hospitalizaciones y tratamientos involuntarios. Indicó que, además, la doctrina imperante sostiene la conveniencia de aplicar los conceptos de temporalidad y especificidad, de modo que la suspensión de los derechos constitucionales de personas con este tipo de discapacidad sea temporal y para una situación particular.

Durante el curso del debate, algunos señores Diputados hicieron notar la conveniencia de que la certificación de la necesidad de proceder al ingreso de una persona para llevar a cabo la evaluación de su estado de salud mental, sea efectuada por un médico psiquiatra y de manera fundada. Sin embargo, la Ministra de Salud hizo presente que no siempre existen médicos con esa especialidad en los establecimientos de salud que puedan efectuar la mencionada certificación, motivo por el cual se ha considerado conveniente flexibilizar la norma, al permitir la intervención de cualquier médico cirujano, criterio que fue compartido por los integrantes de la Comisión, quienes sostuvieron que esta tarea podía ser llevada a cabo por médicos de los Servicios de Atención Primaria de Urgencia (SAPU) en el sistema de salud público. Indicó que, en cambio, se justificaría exigir la participación de un especialista en la prescripción de un tratamiento involuntario.

Asimismo, se valoró el hecho de que se contemple la participación de los tribunales de justicia, tanto en cuanto se otorga a las personas con este tipo de discapacidad la posibilidad de recurrir ante las Cortes de Apelaciones por los tratamientos involuntarios, como se posibilita que la comisión les proporcione antecedentes para que resuelvan, en caso de que la Autoridad Sanitaria no haya ejercido la facultad contemplada en el artículo 132 del Código Sanitario.

Se aprobó la indicación, por unanimidad (nueve votos a favor).

Artículo nuevo (que pasa a ser artículo 29 del texto aprobado).

---- La Diputada Rubilar y los Diputados Chahuán, Girardi, Monsalve, Robles y Sepúlveda presentaron indicación para intercalar un artículo nuevo, a continuación del artículo 28 nuevo, del siguiente tenor:

“Artículo 29.- El empleo extraordinario de las medidas de aislamiento o contención mecánica deberá llevarse a cabo con pleno respeto a la dignidad de la persona objeto de tales medidas. Tales medidas sólo podrán aplicarse en los casos en que concurra indicación terapéutica acreditada por un médico, no existiera otra alternativa menos restrictiva y la necesidad de su aplicación fuera proporcional en relación a la conducta gravemente perturbadora o agresiva.

Estas excepcionales medidas se aplicarán exclusivamente por el tiempo estrictamente necesario para conseguir el objetivo terapéutico, debiendo utilizarse los medios humanos suficientes y los medios materiales que eviten cualquier tipo de daño. Durante el empleo de las mismas la persona con discapacidad psíquica o intelectual tendrá garantizada la supervisión médica permanente.

Todo lo actuado con motivo del empleo del aislamiento o la sujeción deberá constar por escrito en la ficha clínica. Además de lo anterior, se comunicará el empleo de estos medios a la Autoridad Sanitaria, a cuya disposición estará toda la documentación respectiva.

Mediante reglamento el Ministerio de Salud establecerá las normas adecuadas para el manejo de las conductas perturbadoras o agresivas que las personas con discapacidad psíquica o intelectual pudieran tener durante su internación en establecimientos de salud y el respeto por sus derechos en la atención de salud.”

Se aprobó la indicación, por unanimidad (siete votos a favor)..

Artículo nuevo (que pasa a ser artículo 30 del texto aprobado).

---- Los Diputados Chahuán, Girardi, Monsalve, Robles y Sepúlveda presentaron indicación para intercalar un artículo nuevo, a continuación del artículo 29 nuevo, del siguiente tenor:

“Artículo 30.- Sin perjuicio del derecho de la persona con discapacidad psíquica o intelectual a otorgar su autorización o denegarla para ser sometido a tratamientos, excepcionalmente y sólo cuando su estado lo impida, podrá ser tratado involuntariamente siempre que:

1) Esté acreditado que la persona padece una enfermedad o trastorno mental grave, suponiendo su estado un riesgo real e inminente de daño a sí mismo o a terceros;

2) El tratamiento responda a un plan prescrito individualmente, que atienda las necesidades de salud de la persona, esté indicado por un médico psiquiatra y sea la alternativa terapéutica menos restrictiva de entre las disponibles;

3) Se tenga en cuenta –siempre que ello fuera posible- la opinión de la misma persona, se revise el plan periódicamente y se modifique en el caso de ser necesario;

4) Se registre en la ficha clínica de la persona.

Excepcionalmente podrá aplicarse un tratamiento sin consentimiento de la persona cuando un médico psiquiatra determine que es urgente y necesario para impedir un daño inmediato o inminente a ella misma o a terceros; dicho tratamiento no se aplicará más allá del período estrictamente necesario a tal propósito.”

Fue aprobada por unanimidad (ocho votos a favor).

Artículo 28 (que pasa a ser artículo 31 del texto aprobado).

Establece que no podrá realizarse la investigación científica en relación con protocolos no vinculados a las particularidades de la patología que afecta a la persona con discapacidad psíquica o intelectual, si ésta no puede expresar su voluntad. Asimismo, exige la evaluación de la comisión de protección de derechos de las personas con enfermedades mentales en los casos en que se realice investigación científica con participación de estas últimas.

Se presentaron dos indicaciones:

---- Del Ejecutivo, para reemplazar el artículo 28, que pasa a ser 31, por el siguiente:

“Artículo 31.- Respecto de la participación en protocolos de investigación científica no vinculados a las particularidades de su propia patología, si la persona con discapacidad psíquica o intelectual no puede expresar su voluntad, no podrá realizarse la investigación, aún cuando se cuente con la voluntad favorable de su representante o de su apoderado, en su caso.

En los casos en que se realice investigación científica con participación de dichas personas, además de la evaluación ético científica que corresponda, será necesaria la autorización de la Autoridad Sanitaria competente.

En contra de las actuaciones de la Autoridad Sanitaria se podrá recurrir ante los tribunales ordinarios de justicia y, asimismo, solicitar un informe de la comisión de protección de los derechos de las personas con enfermedades mentales y siempre que el asunto no se encuentre radicado en dicha jurisdicción.”

Fue aprobada por unanimidad (nueve votos a favor).

---- Del señor Núñez, para reemplazar, en el inciso tercero, la frase “tribunales ordinarios de justicia” por “la Corte de Apelaciones que corresponda”.

Mediante esta indicación se recoge el planteamiento formulado durante el debate, en cuanto a la conveniencia de radicar específicamente en la Corte de Apelaciones respectiva la competencia para conocer del recurso que se entable en contra de las actuaciones de la Autoridad Sanitaria, tal como se establece en el inciso tercero del artículo 28, ya aprobado.

Fue aprobada por unanimidad (ocho votos a favor).

Artículo 29 (que pasa a ser artículo 32 del texto aprobado).

Dispone que el Ministerio de Salud debe asegurar la existencia de una comisión autónoma de protección de los derechos de las personas con enfermedades mentales en los niveles nacional y regional. Igualmente, fija la función de dicha comisión y establece que la mencionada Secretaría de Estado debe establecer las normas adecuadas para el manejo de las conductas perturbadoras o agresivas que las personas con discapacidad psíquica o intelectual pudieran tener durante su internación en establecimientos de salud.

Se presentaron seis indicaciones:

---- El Ejecutivo presentó una indicación para reemplazar el artículo 29, que pasa a ser 32, por el siguiente:

“Artículo 32.- Sin perjuicio de las facultades de los Tribunales Ordinarios de Justicia; el Ministerio de Salud deberá asegurar la existencia de una comisión de protección de los derechos de las personas con enfermedades mentales en cada región del país, cuya función será de velar por la protección de derechos de las personas en la atención de salud entregada por los prestadores públicos o privados, ya sea en las modalidades de atención comunitaria, ambulatoria, hospitalizada o de urgencia. Esta función será ejercida a través de:

a) El análisis de los requerimientos que los usuarios realicen sobre actuaciones de la Autoridad Sanitaria, internaciones no voluntarias y respecto de la realización de tratamientos invasivos e irreversibles;

b) La visita de las instalaciones donde se realicen las internaciones y demás tratamientos;

c) La emisión de informes a la Autoridad Sanitaria respecto de los casos sometidos a su conocimiento y, en caso de ser necesario, el envío de los antecedentes y sus informes a la Corte de Apelaciones que corresponda.

Esta comisión estará conformada por las siguientes personas, quienes se desempeñarán ad honorem:

- Dos miembros de asociaciones gremiales de profesionales del área de la salud;
- Un miembro de la asociación gremial de abogados que cuente con el mayor número de adherentes;
- Dos miembros de sociedades científicas del área de la salud;
- Un representante de asociaciones de usuarios de la salud;
- Un representante de asociaciones de familiares de personas con discapacidad psíquica o intelectual;
- Un representante de la Autoridad Sanitaria.

El reglamento señalará la manera en que se designarán dichas personas y las normas necesarias para el adecuado funcionamiento de esta Comisión.

Los recursos ante las Cortes de Apelaciones se tramitarán de acuerdo a las normas del recurso establecido en el artículo 20 de la Constitución Política de la República y tendrá preferencia para su vista.”.

Se aprobó por unanimidad (nueve votos a favor).

---- De los Diputados Lobos, Masferrer y Núñez para agregar al final del inciso primero, la siguiente frase: “sin perjuicio de lo cual, será el comité de ética médica de cada establecimiento de salud, quien dirima la situación, cuando no esté formada la comisión de marras.”

Se rechazó por unanimidad.

----- De los Diputados Girardi, Núñez y Palma para eliminar los incisos primero y segundo.

Se rechazó por unanimidad.

---- Del Diputado Núñez para eliminar sus dos primeros incisos.

Se rechazó por unanimidad.

----- De los Diputados Cristi, Lobos y Masferrer para eliminar el artículo 29 del proyecto.

Se rechazó por unanimidad.

---- De los señores Sepúlveda y Chahuán para suprimir sus primeros tres incisos.

Se rechazó por unanimidad.

Artículo 30 (que pasa a ser artículo 33 del texto aprobado).

Preceptúa que el Ministerio de Salud reglamentará los procedimientos para que los usuarios ejerzan el derecho de participación, el plazo y la forma en que los prestadores deberán responder o resolver. Asimismo, consagra el derecho de las personas a efectuar las consultas y los reclamos que estimen pertinentes y a manifestar sus sugerencias y opiniones respecto de las atenciones recibidas. Igualmente, dispone que el Ministerio de Salud debe velar para que en la integración de los comités de ética que atienden las consultas de las personas que consideren necesaria la evaluación de un caso desde el punto de vista ético clínico, se contemple la participación de los usuarios. Finalmente, establece las obligaciones que pesan sobre los prestadores institucionales e individuales, así como respecto de los Servicios de Salud, en relación con los mencionados comités.

Se presentaron dos indicaciones:

---- De la Diputada Cristi y de los Diputados Lobos y Masferrer, para reemplazar, en el inciso cuarto, las expresiones “para que en la integración de estos comités se contemple la participación de los usuarios” por lo siguiente: “por el debido acceso de los usuarios al comité que les corresponda.”

El propósito de esta indicación consiste en desvincular a los comités de ética de la participación de los usuarios, por cuanto, a juicio de sus autores, estas instancias deben estar conformadas exclusivamente por profesionales de la salud y expertos en ética, de modo de evitar que en ellas estén representados las personas interesadas en un asunto respecto del cual deba pronunciarse, lo que afectaría su imparcialidad. Con este fin, se efectúa una referencia general al acceso de los usuarios al comité que corresponda, sin brindarles la posibilidad de formar parte de él.

Durante el debate, hubo opiniones en el sentido de respaldar la intervención de los usuarios en estos comités, habida cuenta de la importancia de establecer mecanismos de participación ciudadana, que permitan tener una visión integral.

En relación con la objeción manifestada por algunos Diputados en cuanto a la participación de los usuarios en estos comités, el representante del Ejecutivo manifestó que en los comités de ética que existen en otros países, se contempla, por regla general, la participación de los usuarios, toda vez que aportan una visión valiosa, que no es técnica y respecto de la cual se ha tenido una buena experiencia. Indicó que lo anterior es sin perjuicio de la capacitación continua a que deben someterse todos los integrantes de estos comités, sean o no profesionales, en las metodologías de reflexión y en los problemas bioéticos propios de la práctica clínica. Aclaró que, a través del inciso cuarto, se permite que los usuarios y no sólo los profesionales de la salud puedan recurrir ante los comités de ética, configurándose una garantía en el sentido que los problemas de los pacientes pueden ser objeto de una evaluación ético-clínica. Destacó el hecho de que se asegure para todas las personas el acceso a estos comités, aún cuando el establecimiento de salud en que se atienden o el prestador individual no disponga de ellos, motivo por el cual se exige a los prestadores informar a los pacientes sobre el comité al cual se encuentran adscritos, consagrándose, al efecto, igualmente la obligación de los Servicios de Salud en orden a constituir estos comités.

Finalmente, se precisó que, para efectos de la participación en los comités, no se requiere que los usuarios sean dirigentes o representantes de una asociación, por cuanto no se constituyen en instancias de carácter gremial que buscan solución a este tipo de conflictos. Se indicó que el pronunciamiento de estos comités sólo es una mera recomendación, pues no reemplaza las decisiones autónomas adoptadas por las personas o los profesionales de la salud y sólo se limita a contribuir a que éstas se obtengan de mejor manera. Estas instancias no resuelven reclamos sobre la práctica médica, el trato o la vulneración de derechos, sino que recibe consultas respecto de dudas de carácter ético que se producen en la práctica clínica, de modo que no parecería lógico que un prestador adscriba a un comité de ética al cual el usuario no pueda acceder.

Fue rechazada la indicación, por mayoría de votos (siete en contra y una abstención).

---- Del Diputado Núñez, para reemplazar, en el inciso cuarto, la frase “deberá velar para que en la integración de estos comités se contemple la participación de los usuarios” por la siguiente: “deberá asegurar la participación de los usuarios en dichos comités”. Mediante esta indicación se pretende asignar al Ministerio

de Salud la responsabilidad de asegurar dicha participación, en lugar de simplemente velar para que ello ocurra.

Fue aprobada la indicación, por mayoría de votos (siete votos a favor y una abstención).

Por igual votación, se aprobó el texto propuesto en el mensaje, con la respectiva indicación.

Artículo 31 (que pasa a ser artículo 34 del texto aprobado).

Establece la obligación de los prestadores institucionales en orden a exhibir los precios de los insumos y medicamentos que cobren en la atención de las personas, y a informar sobre los posibles plazos para el pago de las prestaciones, medicamentos e insumos utilizados, y los cargos por intereses u otros conceptos. Asimismo, dispone que las personas pueden solicitar en cualquier oportunidad una cuenta actualizada y detallada de los gastos de todo tipo en que se haya incurrido en su atención de salud.

Se presentó una indicación:

---- Del Diputado Robles para agregar, en el inciso primero, a continuación de la expresión “los precios de” lo siguiente: “las prestaciones”.

Esta indicación tiene por objeto incluir a los precios de las prestaciones dentro de los aspectos que deben exhibirse en forma destacada.

El artículo y la indicación, fueron aprobados por unanimidad.

Artículo 32 (que pasa a ser artículo 35 del texto aprobado).

Establece normas referidas al pago de las dosis de medicamentos o insumos que son unitarias y a los medicamentos e insumos efectivamente utilizados en el caso de personas hospitalizadas.

Se presentaron las siguientes indicaciones:

---- De los señores Aguiló, Monsalve y Rossi para agregar el siguiente inciso tercero:

“Con todo, la persona siempre podrá optar por pagar directamente al prestador el valor del medicamento o insumo. En el evento que se ejerza

esta opción, si la persona acreditare que el valor que le cobra el prestador es superior al que ofrece al público general una farmacia de la misma ciudad, dicho prestador deberá estarse a este último valor.”

Mediante esta indicación se pretende reponer en parte una de las normas contenidas que fueron aprobadas durante el primer trámite constitucional y reglamentario del mensaje sobre derechos y deberes de las personas en materia de salud (boletín N° 2727-11), a fin de otorgar a la persona la posibilidad de optar entre reintegrar los medicamentos o insumos utilizados o bien pagar por éstos un precio equivalente al que cobran las farmacias de la ciudad.

Durante el debate, se tuvo en consideración que en los establecimientos de salud del sector privado se suele aumentar notablemente el costo de los medicamentos y que las redes de prestadores son cerradas, lo cual limita la competencia e impide que se ofrezcan servicios de la mejor calidad al menor costo, de modo que sería beneficioso para el paciente contar con la opción propuesta en la indicación.

No obstante, hubo consenso en orden a que se aclare cuál será el precio del medicamento que deberá compararse con el que ofrece el centro hospitalario, descartando aquéllos que se encuentren establecidos en virtud de una promoción. Se puso énfasis, igualmente, en la importancia de que se efectúe la comparación entre medicamentos idénticos que sean de la misma marca.

Se rechazó por unanimidad (diez votos en contra).

---- De los señores Núñez, Monsalve, Robles y Rossi, para agregar el siguiente inciso tercero:

“Con todo, la persona siempre podrá optar por pagar directamente al prestador el valor del medicamento o insumo. En el evento que se ejerza esta opción, si la persona acreditare que el valor que le cobra el prestador es superior al que ofrece al público general por el mismo medicamento y con la misma marca farmacéutica y presentación, una farmacia de la misma ciudad, dicho prestador deberá estarse a este último valor, que en ningún caso podrá ser un valor circunstancial producto de una promoción.”

A través de esta indicación se recogen algunas de las observaciones formuladas con ocasión del debate de la indicación precedente.

Se aprobó por unanimidad (diez votos a favor).

El artículo fue aprobado con la misma votación.

Artículo 33 (que pasa a ser artículo 36 del texto aprobado).

Define lo que debe entenderse por deberes de las personas en salud, y establece que la autoridad competente debe implementar las medidas que aseguren una amplia difusión de las normas vigentes en la materia.

Se presentó una indicación:

---- De los Diputados Sepúlveda y Chahuán para reemplazar el inciso primero, por el siguiente:

“Las personas, al momento de solicitar o recibir atención de salud por parte de un prestador institucional, asumen el deber de respetar el reglamento interno de dicho establecimiento”.

Mediante esta indicación se pretende mejorar la redacción del citado inciso. Se advirtió, asimismo, que a través de esta propuesta, se otorga una especial relevancia a los reglamentos internos de los prestadores institucionales, que son dictados por los directores de los hospitales, asignándose a las personas un deber no contemplado originalmente en el proyecto. Si bien se manifestaron aprensiones en torno a los criterios que pudieran plasmarse en estos reglamentos y al hecho de que su contenido variará en los distintos establecimientos, hubo consenso en que es razonable exigir a los pacientes que respeten las normas básicas internas del lugar en que reciben atención de salud, a fin que no se altere su funcionamiento.

El representante del Ejecutivo aclaró que las disposiciones contenidas en los reglamentos internos deben respetar los derechos de las personas establecidos en esta iniciativa legal.

Finalmente, se acordó por unanimidad, que el inciso segundo de esta norma, por su contenido general, pase a ser primero.

El artículo, conjuntamente con la indicación y la modificación propuesta, fueron aprobados por unanimidad (cuatro votos a favor).

Artículo 34 (que pasa a ser artículo 37 del texto aprobado).

Dispone que la persona que solicita una atención de salud debe procurar informarse acerca del funcionamiento del establecimiento que la recibe para los fines de la prestación que requiere y de los procedimientos de consulta y reclamos.

Sin debate, **se aprobó por unanimidad** (cuatro votos a favor).

Artículo 35 (que pasa a ser artículo 38 del texto aprobado).

Establece que las personas que ingresen a los establecimientos de salud deben cuidar las instalaciones y equipamiento que el prestador mantiene a disposición para los fines de atención y tratar, tanto ellas como sus familiares, en forma respetuosa a los integrantes del equipo de salud. Asimismo, consagra el derecho de la autoridad del establecimiento a ordenar el alta disciplinaria de la persona y a requerir, cuando la situación lo amerite, la presencia de la fuerza pública en los casos de trato irrespetuoso grave o de actos de violencia verbal o física.

Se presentó una indicación:

---- De los Diputados Cristi, Lobos y Masferrer para incorporar, en el inciso tercero, a continuación del punto aparte (.) el que pasa a ser seguido (.), lo siguiente: “sin perjuicio del derecho a perseguir las responsabilidades civiles o penales que correspondan.”

Mediante esta indicación se pretende complementar la norma y consagrar el derecho de la autoridad del establecimiento a perseguir las responsabilidades civiles o penales que correspondan.

El artículo, conjuntamente con la indicación, se aprobó por unanimidad (seis votos a favor).

Artículo 36 (que pasa a ser artículo 39 del texto aprobado).

Dispone que la persona que solicita atención de salud debe colaborar con los miembros del equipo de salud que la atiende, informando de manera veraz acerca de sus necesidades y problemas de salud y de todos los antecedentes que conozca o le sean solicitados para su adecuado diagnóstico y tratamiento.

Sin debate, **se aprobó por unanimidad** (seis votos a favor).

Artículo 37 (que pasa a ser artículo 40 del texto aprobado).

Consagra el derecho a reclamar el cumplimiento de los derechos que esta ley confiere a las personas ante el prestador institucional y a recurrir ante la Superintendencia de Salud si se estima que la respuesta no es satisfactoria o que no se han solucionado las irregularidades. Asimismo, establece que el reglamento debe regular el procedimiento a que se sujetarán los reclamos; la respuesta a los mismos y las normas que permitan un efectivo ejercicio del derecho a que se refiere este artículo. Igualmente, dispone que las personas tendrán derecho a requerir la iniciación de un procedimiento de mediación, en los términos de la ley N° 19.966, que establece un régimen de garantías en salud, y sus normas complementarias.

Se presentó una indicación:

---- De los Diputados Sepúlveda y Chahuán para reemplazar, en el inciso primero, la frase “quienes deberán adoptar las medidas que procedan para la acertada solución de las irregularidades que sean detectadas.” y el punto (.), que le antecede, por una coma (,), por la siguiente oración: “y un sistema de registro y respuesta escrita de los reclamos planteados. El prestador deberá adoptar las medidas que procedan para la acertada solución de las irregularidades detectadas”.

Mediante esta indicación se pretende complementar el sistema con que deben contar los prestadores institucionales para recibir y dar respuesta a los reclamos de los usuarios, de modo que exista una modalidad por escrito.

Durante el debate, se planteó la conveniencia de establecer la posibilidad de recurrir, en primer término, ante una instancia distinta del prestador, como es el caso de la Superintendencia de Salud y, en segundo lugar, ante los tribunales de justicia, en caso que el pronunciamiento de dicho organismo no sea favorable al reclamante y que no tenga éxito el procedimiento de mediación. No obstante, se hizo hincapié en la importancia de dar una oportunidad al prestador para que solucione directa e inmediatamente los reclamos que se le formulen.

Sobre el particular, el representante del Ejecutivo hizo notar que, en general, en los sistemas de reclamos se plantea la posibilidad de obtener una primera solución del conflicto en la misma institución, a través de recursos de reposición en sede administrativa y judicial. Aclaró que el procedimiento de mediación constituye una fórmula alternativa y no una tercera instancia de reclamación, por cuanto se recomienda la

existencia de mecanismos no judiciales de solución de conflictos, que en el área de la salud se vinculan preponderantemente con las relaciones entre los médicos y los pacientes. Aseguró que la posibilidad de recurrir a los tribunales de justicia está comprendida en la frase inicial del inciso primero de este artículo, que se refiere al “derecho de las personas a reclamar ante las diferentes instancias o entidades que determina la normativa vigente”.

El artículo, conjuntamente con la indicación, fue aprobado por unanimidad (siete votos a favor).

Artículo 38 (que pasa a ser artículo 41 del texto aprobado).

Establece que corresponderá a los prestadores públicos y privados dar cumplimiento a los derechos que esta ley consagra a todas las personas, lo cual será controlado por la Superintendencia de Salud, a través de su Intendencia de Prestadores, entidad que debe recomendar la adopción de medidas necesarias para corregir las irregularidades que se detecten. Del mismo modo, fija el procedimiento que debe seguir dicha Intendencia de Prestadores para sancionar a estos últimos en el caso de que las mencionadas irregularidades no sean corregidas. Asimismo, establece las sanciones que puede aplicar y los recursos que puede interponer el prestador en contra de la resolución que disponga la aplicación de sanciones.

Durante el debate, hubo opiniones en el sentido de aumentar progresivamente el monto de la multa que se establece como sanción al prestador que no solucionare las irregularidades en el plazo fijado por el Intendente de Prestadores, idea que, en definitiva, no obtuvo el respaldo suficiente.

Por otra parte, se hizo notar que la norma garantiza adecuadamente los derechos de los prestadores, al establecer la posibilidad de que interpongan un recurso de reposición ante el Intendente de Prestadores, y un recurso jerárquico ante el Superintendente de Salud. Asimismo, se planteó que debería facultarse a esta autoridad fiscalizadora para imponer una sanción más drástica, como la prohibición transitoria de funcionamiento, en aquellos casos en que no se pague la multa dentro del plazo fijado.

El representante del Ejecutivo comentó que la posibilidad de entablar un recurso jerárquico y la fijación de un plazo para resolverlo recoge los principios generales de la ley que establece las bases de los procedimientos

administrativos, y que la responsabilidad administrativa de los funcionarios, a que alude el inciso primero de este artículo, se enmarca dentro de la normativa vigente. Indicó que la rigidez en la aplicación de las sanciones, por parte de la Superintendencia de Salud, está sujeta a lo dispuesto en la ley orgánica de dicho organismo.

Sugirió que, en vez de especificar las sanciones que se impondrán al prestador, la norma efectúe una remisión a las facultades de la Intendencia de Prestadores y de la Superintendencia de Salud contenidas en el decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado de las leyes Nos. 18.933 y 18.469.

Igualmente, se advirtió que debía corregirse el texto propuesto en el mensaje, por cuanto, según el inciso cuarto, el plazo que debe fijar el Intendente de Prestadores para la solución de las irregularidades no puede ser inferior a dos meses, lo cual le impediría establecer un término menor para estos efectos y constituiría un despropósito. En razón de ello, hubo consenso en orden a reemplazar la palabra “inferior” por “superior”, de modo que el plazo estipulado de dos meses sea el máximo que pueda fijar el referido Intendente de Prestadores.

Como resultado del debate, se presentó una indicación del siguiente tenor:

---- De los Diputados Girardi, Lobos, Monsalve, Núñez, Robles y Sepúlveda para reemplazar, en el inciso cuarto, la frase “con una multa a beneficio fiscal de hasta 100 unidades tributarias mensuales, pudiendo repetirse esta sanción cada dos meses si el prestador insiste en no reparar la situación que origina la sanción de la autoridad” por la siguiente: “de acuerdo con las normas establecidas en los Títulos IV y V del Capítulo VII, del Libro I del decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud. “

El artículo, conjuntamente con la indicación, fue aprobado por unanimidad (seis votos a favor).

Artículo 42, nuevo.

---- Los Diputados Lobos, Monsalve, Palma y Robles presentaron una indicación para incorporar el siguiente artículo 42, nuevo:

“Artículo 42.- Agrégase, en el número 1 del artículo 3° de la ley N° 4.808, a continuación del punto (.) que pasa a ser coma (,), lo siguiente: “lo cual se

hará de acuerdo al domicilio permanente de la madre y no donde ocasionalmente ocurra el nacimiento, pudiendo concurrir a cualquier oficina de Registro Civil. La inscripción se deberá hacer por requerimiento en la oficina del domicilio de la madre, y en donde no se cuente con oficina, deberá hacerse en la oficina cabecera comunal.”

Tiene por objeto modificar el numeral 1) del artículo 3° de la ley N° 4.808, a fin de permitir que la inscripción del nacimiento de una persona se efectúe de acuerdo al domicilio permanente de su madre y no donde ocasionalmente ocurra el nacimiento.

Para fundamentar esta indicación, se señaló que la mayoría de los hospitales cuentan con servicio de atención obstétrica dentro de un determinado horario, fuera del cual quienes requieren algún tipo de prestación en esta área deben concurrir a los establecimientos de las comunas vecinas. Se planteó que, como consecuencia de esta situación y que, de acuerdo con la ley de Registro Civil, las inscripciones de nacimiento deben efectuarse en la comuna donde éste se produjo, se ha ocasionado un estancamiento en las tasas de natalidad de algunas de ellas. Se hizo presente que la propuesta busca dar solución al problema y resguardar la pertenencia de las personas a su comuna, aun cuando se haya nacido circunstancialmente fuera de ella.

Se aprobó por unanimidad (diez votos a favor).

Artículo 43, nuevo.

---- Se presentó una indicación de los Diputados Chahuán, Girardi, Monsalve, Olivares, Robles, Rubilar, Sepúlveda y Silber para incorporar el siguiente artículo 43, nuevo:

“Artículo 43.- Se considerará como un derecho de las personas en cuanto a su atención de salud, que ante el fallecimiento de un integrante de la familia, que de acuerdo con las disposiciones judiciales, requiera de la realización de una autopsia, ésta deberá ser realizada por los organismos pertinentes en un plazo no mayor a 24 horas, salvo por expresa disposición del fiscal.”

Se aprobó por unanimidad (once votos a favor).

Asimismo, **se aprobó, por unanimidad**, que los artículos 42 y 43, nuevos, sean incluidos en un título especial en el proyecto, denominado “Disposiciones varias”, con la numeración correlativa que corresponda.

* * * * *

Cabe hacer presente que, en virtud del artículo 15 del Reglamento de la Corporación, se efectuaron algunos cambios en la puntuación y redacción, que no se explicitan en la discusión, y que no alteran en forma alguna el sentido de lo aprobado por la Comisión.

* * * * *

V. ARTÍCULOS E INDICACIONES RECHAZADAS.

Artículos rechazados.

No hay.

Indicaciones rechazadas.

Al artículo 1°.

---- De los Diputados Lobos y Masferrer para reemplazar, en el inciso primero, la frase “en relación con acciones vinculadas a su atención en salud” por la expresión “respecto a las atenciones de salud”.

Al artículo 2°.

---- De los Diputados Cristi, Lobos y Masferrer, para agregar, en el inciso primero a continuación de las expresiones “Toda persona” la frase “que cumpla con los requisitos establecidos en la ley”.

Al artículo 3°.

----Del Diputado Accorsi, para reemplazar el artículo 3°, por el siguiente:

“Artículo 3°.- Se entiende por prestador de salud, en adelante el prestador, toda persona, natural o jurídica, pública o privada, legalmente habilitada para otorgar acciones de salud.

Habrán dos categorías de prestadores: los institucionales y los individuales.

Tendrán la categoría de prestadores institucionales los establecimientos asistenciales, tales como hospitales, clínicas, consultorios, centros médicos, laboratorios y otros, incluyendo las ambulancias y otros vehículos adaptados para la atención extrahospitalaria y las personas jurídicas de derecho público o privado que se encuentren legalmente habilitadas para otorgar acciones de salud a las personas.

Tendrán la categoría de prestadores individuales las personas naturales que de manera autónoma o dependiente de un prestador institucional otorgan acciones de salud directamente a las personas.”

Al artículo 4°.

---- De los Diputados Sepúlveda y Chahuán para reemplazar, en el inciso segundo de la letra c), la frase “respecto de la toma de fotografías, grabaciones o filmaciones para fines de uso académico, investigación científica, de seguridad u otros”, por la siguiente: “que regule la toma de fotografías, grabaciones o filmaciones de pacientes, que sean llevados a cabo en prestadores institucionales de carácter público.”

Al artículo 5°.

---- Del Diputado Accorsi, para reemplazar el artículo 5°, por el siguiente:

“Artículo 5°.- Toda persona tiene derecho a tener compañía durante su hospitalización y con ocasión de prestaciones ambulatorias.

Asimismo, toda persona tiene derecho a recibir consejería, asistencia religiosa o espiritual, si así lo deseara, en conformidad a la ley.”

Al artículo 11.

---- Del Diputado Silber, para agregar la siguiente letra c), nueva:

“c) La individualización del profesional responsable de la hospitalización respectiva, así como del personal que intervino en el procedimiento en comento.”

Al artículo 13.

---- De los Diputados Sepúlveda y Chahuán, al N° 1 del inciso tercero, para intercalar a continuación de la palabra “psicológico,”, la frase “previo acuerdo del Comité de Ética,”, y para agregar el siguiente párrafo final: “El acuerdo referido en este número deberá ser evacuado apenas sea posible.”.

---- De la Diputada Rubilar, al N° 2, para suprimir la frase “los herederos en caso de fallecimiento”.

---- De la Diputada Cristi y de los Diputados Lobos y Masferrer, para reemplazar, en el número 4°, las expresiones “y al Fondo Nacional de Salud,” por las expresiones “, al Fondo Nacional de Salud e Instituciones de Salud Previsional,”.

---- De los Diputados Sepúlveda y Chahuán, para reemplazar, en el número 4º, la frase “al Instituto de Salud Pública y al Fondo Nacional de Salud”, y la coma que la precede, por la frase “y al Instituto de Salud Pública”, y para agregar, antes de el punto aparte, la siguiente frase, precedida de un punto seguido: “Estos organismos no podrán remitir la información de la ficha clínica que les ha sido entregada en virtud de esta norma, al Fondo Nacional de Salud”.

---- Del Diputado Robles, para agregar, en el inciso cuarto, la siguiente frase final: “, con autorización escrita del titular de la ficha”.

Al artículo 18.

---- De los Diputados Sepúlveda y Chahuán para reemplazar, en el inciso quinto, la frase: “el que velará especialmente por el cumplimiento de los supuestos de hecho en ella descritos”, por la siguiente: “el que decidirá en definitiva si es o no posible dar cumplimiento a la voluntad establecida en la declaración”.

---- Del señor Monsalve, para reemplazar el inciso tercero, por el siguiente:

“Mediante esta declaración anticipada una persona manifiesta su voluntad sobre los cuidados y el tratamiento de su salud, con el objeto que ésta se cumpla en el momento en que llegue a situaciones en cuyas circunstancias no sea capaz de expresarla personalmente.”

Al artículo 22.

---- De los Diputados Sepúlveda y Chahuán para suprimir, en el inciso primero, las palabras “acreditar y”.

Al artículo 25.

---- De los Diputados Sepúlveda y Chahuán, para reemplazar el inciso segundo por el siguiente:

“Las personas con severa discapacidad psíquica o intelectual podrán ser acompañadas y asistidas durante todo el proceso de atención de salud por su representante legal o judicial o, en subsidio, por la persona que lo tenga bajo su cuidado, quien se entenderá representarle. Si el incapaz se encuentra desvalido, el comité de ética correspondiente, previa constatación de la discapacidad severa del paciente, le designará un apoderado que será considerado su representante para todos los efectos indicados en esta ley”.

---- De los Diputados Lobos y Masferrer, para reemplazar el inciso segundo, por el siguiente:

“Las personas psíquica o intelectualmente discapacitadas conforme a lo dispuesto en la ley N° 19.284, que se encuentren inscritas en el Registro Nacional respectivo, y que no estén representadas por sus padres, tutores o curadores, tendrán derecho a escoger, en caso de que el Comité de Ética considere que están capacitados para hacerlo, a un apoderado personal sin dicha discapacidad, que lo asista durante todo el proceso de atención de salud, en su relación con el equipo médico tratante y el establecimiento en que se encuentre. Este apoderado será su representante legal para todos los efectos indicados en esta ley. Si los padres, tutores o curadores del discapacitado no pueden ser ubicados, se designará un apoderado personal en la forma ya descrita. Si el discapacitado desvalido no está capacitado para designar a un apoderado personal, el Comité de Ética correspondiente designará a una persona como encargada especial para asistirlo y acompañarlo durante el período en que éste se encuentre en el establecimiento de salud. Para los efectos de este artículo, el Registro Nacional de la Discapacidad deberá estar en línea y permitirá su revisión por parte de los prestadores institucionales de salud.”

---- De los Diputados Sepúlveda y Chahuán para reemplazar, en el inciso tercero, la palabra “publicitario”, por “de investigación científica”.

---- De los Diputados Sepúlveda y Chahuán, para reemplazar, en el inciso tercero, la frase “si la persona con discapacidad psíquica o intelectual no tiene la capacidad para dar la autorización que el artículo 4° exige”, por “a menos que así lo autorice su representante o, en su defecto, la persona bajo cuyo cuidado se encuentre”.

---- De la Diputada Cristi y los Diputados Lobos y Masferrer, para incorporar, en el inciso final, a continuación del punto aparte (.), que pasa a ser coma (,), lo siguiente: “a menos que sea autorizado por escrito por su representante.”

Al artículo 26.

---- De los señores Sepúlveda y Chahuán, para reemplazar la frase “apoderado personal indicado en el inciso segundo del artículo anterior”, por “a su representante o, en su defecto, persona bajo cuyo cuidado se encuentre”.

Al artículo 27.

---- De los señores Chahuán, Girardi, Lobos, Masferrer, Monsalve, Núñez, Robles, Rossi y Silber, para reemplazar el encabezado del inciso primero, por el siguiente: “Si la persona no se encuentra en condiciones de manifestar su voluntad, deberá siempre contarse con el consentimiento del representante legal, o en su defecto, del apoderado designado de acuerdo con el artículo 25, en los siguientes casos:”

---- De la Diputada Cristi y los Diputados Lobos y Masferrer, para incorporar, en la letra b) del inciso primero, a continuación del punto y coma (;) que pasa a ser coma (,), lo siguiente: “excepto en aquellos casos en los que la condición de salud o cuadro clínico de la persona implique riesgo vital o secuela funcional grave de no mediar atención médica inmediata e impostergable;”

---- De la Diputada Cristi y los Diputados Lobos y Masferrer, para reemplazar el inciso final, por el siguiente:

“En contra de la decisión de aplicar alguno de los tratamientos indicados en el inciso precedente, se podrá recurrir ante el comité de ética que corresponda.”

Al artículo 29.

---- De los Diputados Lobos, Masferrer y Núñez para agregar al final del inciso primero, la siguiente frase: “sin perjuicio de lo cual, será el comité de ética médica de cada establecimiento de salud, quien dirima la situación, cuando no esté formada la comisión de marras.”

----- De los Diputados Girardi, Núñez y Palma para eliminar los incisos primero y segundo.

---- Del Diputado Núñez para eliminar sus dos primeros incisos.

----- De los Diputados Cristi, Lobos y Masferrer para eliminar el artículo 29 del proyecto.

---- De los señores Sepúlveda y Chahuán para suprimir sus primeros tres incisos.

Al artículo 30 (que pasa a ser artículo 33 del texto aprobado).

---- De la Diputada Cristi y de los Diputados Lobos y Masferrer, para reemplazar, en el inciso cuarto, las expresiones “para que en la integración de estos comités se contemple la participación de los usuarios” por lo siguiente: “por el debido acceso de los usuarios al comité que les corresponda.”

Al artículo 32 (que pasa a ser artículo 35 del texto aprobado).

---- De los señores Aguiló y Monsalve, para agregar el siguiente inciso tercero:

“Con todo, la persona siempre podrá optar por pagar directamente al prestador el valor del medicamento o insumo. En el evento que se ejerza esta opción, si la persona acreditare que el valor que le cobra el prestador es superior al

que ofrece al público general una farmacia de la misma ciudad, dicho prestador deberá estarse a este último valor.”

* * * * *

Por las razones señaladas y por las que expondrá oportunamente el señor Diputado Informante, esta Comisión recomienda aprobar el proyecto de conformidad al siguiente texto:

P R O Y E C T O D E L E Y

TÍTULO I

DISPOSICIONES GENERALES

“Artículo 1°.- Esta ley tiene por objeto regular los derechos y deberes que las personas tienen en relación con acciones vinculadas a su atención en salud.

Sus disposiciones se aplicarán a cualquier tipo de prestador de acciones de salud, ya sea público o privado.

Artículo 2°.- Toda persona tiene derecho a que, cualquiera que sea el prestador que le otorgue atención de salud, ésta le sea dada oportunamente y sin discriminación arbitraria alguna por razones de sexo, orientación sexual, etnia, raza, religión, condición física o mental, nivel socioeconómico, ideología, afiliación política o sindical, cultura, nacionalidad, edad, información genética, sistema de salud u otras.

La atención que se proporcione a las personas con discapacidad física o mental y a aquellas que se encuentren privadas de libertad, deberá regirse por las normas que dicte el Ministerio de Salud, para asegurar que aquélla sea oportuna y de calidad.

Artículo 3°.- Se entiende por prestador de salud aquél que se encuentra acreditado y habilitado de acuerdo con las normas legales vigentes para el otorgamiento de atenciones de salud. Para los efectos de esta ley, se distinguen las siguientes dos categorías de prestadores: institucionales e individuales.

Los prestadores institucionales son los establecimientos asistenciales, entendiendo por tales a toda organización de medios personales, materiales e inmateriales destinada al otorgamiento de prestaciones de salud, dotada de una individualidad determinada y ordenada bajo una dirección, cualquiera sea su naturaleza y nivel de complejidad. Se consideran prestadores institucionales los hospitales, clínicas, consultorios, centros médicos y otros destinados a la atención de salud, tanto de atención abierta o ambulatoria, como atención cerrada u hospitalización. Corresponde a los órganos directivos de aquéllos la misión de velar por que al interior de los establecimientos indicados se respeten los contenidos de esta ley.

Los prestadores individuales son las personas naturales que, de manera autónoma, dependiente de un prestador institucional o a través de un convenio con éste, otorgan prestaciones de salud directamente a las personas o colaboran directamente o indirectamente en la ejecución de éstas. Se consideran prestadores individuales los profesionales de la salud, tanto los médicos como los de colaboración médica. Las normas de esta ley serán aplicables también, en lo que corresponda, a los demás profesionales y trabajadores que, por cualquier causa, deban atender público o se vinculen con el otorgamiento de las atenciones de salud.

TÍTULO II

DERECHOS DE LAS PERSONAS EN SU ATENCIÓN DE SALUD

Párrafo 1°

Del derecho a un trato digno

Artículo 4°.- En su atención de salud, las personas tienen derecho a recibir un trato digno y respetuoso en todo momento y en cualquier circunstancia.

En consecuencia, los prestadores deberán:

a) Velar por que se utilice un lenguaje adecuado y comprensible durante la atención; cuidar que las personas que, por su origen étnico, nacionalidad o condición, no tengan dominio del idioma castellano, o sólo lo tengan en forma parcial, puedan recibir la información necesaria y comprensible, por intermedio de un funcionario del establecimiento, si existiere, o con apoyo de un tercero que sea designado por la persona atendida.

b) Velar por que se adopten actitudes que se ajusten a las normas de cortesía y amabilidad generalmente aceptadas, y por que las personas atendidas sean tratadas y llamadas por su nombre.

c) Arbitrar las medidas para proteger la privacidad de la persona durante la atención de salud y para evitar la toma de fotografías, grabaciones, filmaciones o entrevistas de uso periodístico o publicitario, salvo que exista autorización expresa de la persona y del profesional de la salud que corresponda.

El Ministerio de Salud deberá dictar un reglamento respecto de la toma de fotografías, grabaciones o filmaciones para fines de uso académico, de investigación científica, de seguridad u otros.

d) Informar, al momento de solicitarse la atención de salud, si el establecimiento tiene carácter docente asistencial o ha suscrito acuerdos de colaboración con universidades o institutos reconocidos, y de lo que ello implica, sin perjuicio de requerir la autorización de la persona en los casos y forma que determine, mediante decreto, el Ministerio de Salud.

Párrafo 2°

Del derecho a tener compañía y asistencia espiritual

Artículo 5°.- Toda persona tiene derecho a que los prestadores le faciliten la compañía de familiares y amigos cercanos durante su hospitalización y con ocasión de prestaciones ambulatorias, de acuerdo con la reglamentación que respecto de esta materia dicte el Ministerio de Salud.

Asimismo, toda persona tiene derecho a recibir, oportunamente, consejería, asistencia religiosa o espiritual, si así lo deseara, en conformidad a la ley.

En aquellos territorios con alta concentración de población indígena, los prestadores institucionales públicos deberán asegurar el derecho de las personas pertenecientes a los pueblos originarios a recibir una atención de salud con pertinencia cultural, lo cual se expresará en la aplicación de un modelo de salud intercultural validado ante las comunidades indígenas, el cual deberá contener, a lo menos, el reconocimiento, protección y fortalecimiento de los conocimientos y las prácticas de los sistemas médicos de los pueblos originarios; la existencia de facilitadores

interculturales y señalización en idioma castellano y del pueblo originario que corresponda al territorio, y el derecho a recibir asistencia religiosa propia de su cultura.

Párrafo 3°

Del derecho de información

Artículo 6°.- Toda persona tiene derecho a que el prestador le proporcione información suficiente, oportuna, veraz y comprensible, sea en forma visual, verbal o por escrito, respecto de los siguientes elementos:

a) Las atenciones de salud o tipos de acciones de salud que el prestador respectivo ofrece o tiene disponibles y los mecanismos a través de los cuales se puede acceder a dichas prestaciones, así como el valor de las mismas.

b) Las condiciones previsionales de salud requerida, los antecedentes o documentos solicitados en cada caso y los trámites necesarios para obtener la atención de salud.

c) Las condiciones y obligaciones que las personas deberán cumplir mientras se encuentren al interior de los establecimientos asistenciales, contempladas en sus reglamentos internos.

d) Las instancias y formas de efectuar comentarios, agradecimientos, reclamos y sugerencias.

Los prestadores deberán colocar y mantener en un lugar público y visible, una carta de derechos y deberes de las personas en relación con la atención en salud, cuyo contenido será determinado mediante resolución del Ministerio de Salud.

Artículo 7°.- Toda persona tiene derecho a que todos y cada uno de los miembros del equipo de salud que la atiendan, tengan algún sistema visible de identificación personal, incluyendo la función que desempeñan, así como a saber quién, para su caso, autoriza y efectúa diagnósticos y tratamientos.

Se entenderá que el equipo de salud comprende todo individuo que actúe como miembro de un equipo de personas, que tiene la función de realizar algún tipo de atención o prestación de salud. Lo anterior incluye a profesionales y no profesionales, tanto del área de la salud como de otras que tengan participación en el quehacer de salud.

Artículo 8°.- Toda persona tiene derecho a ser informada, en forma oportuna y comprensible, por parte del médico u otro profesional tratante, dentro del ámbito que la ley autorice, acerca del estado de su salud, del posible diagnóstico de su enfermedad, de las alternativas de tratamiento disponibles para su recuperación y de los riesgos que ello pueda representar, así como del pronóstico esperado, y del proceso previsible del postoperatorio cuando procediere, de acuerdo con su edad y condición personal y emocional.

Dicha información será proporcionada directamente a los mayores de catorce años de edad y menores de dieciocho. Asimismo, el médico deberá, con consentimiento del menor, informar a los padres o representantes legales, o en su defecto, a la persona que lo tenga bajo su tuición o cuidado. En caso de que el menor no esté de acuerdo con que éstos sean informados, el médico consultará al comité de ética que corresponda, el que decidirá sobre la pertinencia de proporcionarles la información. Igualmente, se deberá informar a los menores de catorce años de edad, atendiendo sus condiciones de desarrollo psíquico, su competencia cognitiva y su situación personal, sin perjuicio de que se informe directamente, en los términos del inciso anterior, a los representantes legales.

Cuando la condición de la persona no le permita recibir la información directamente o padezca de dificultades de entendimiento o se encuentre con alteración de conciencia, la información a que se refiere el inciso primero de este artículo será dada a su representante legal, o en su defecto, a la persona bajo cuyo cuidado se encuentre. Sin perjuicio de lo anterior, una vez que haya recuperado la conciencia y la capacidad de comprender, deberá ser informada en los términos indicados en los incisos anteriores.

Tratándose de atenciones médicas de emergencia o urgencia, es decir, de aquéllas en las que la falta de intervención inmediata e impostergable implique un riesgo vital y/o secuela funcional grave para la persona y ella no esté en condiciones de recibir y comprender la información, ésta será proporcionada a su representante o a la persona a cuyo cuidado se encuentre, velando por que se limite a la situación descrita. Sin perjuicio de lo anterior, la persona deberá ser informada, de acuerdo con lo indicado en los incisos precedentes, cuando a juicio del médico tratante, las condiciones en que se encuentra lo permitan, siempre que ello no ponga en riesgo su vida.

Los prestadores deberán adoptar las medidas necesarias para asegurar la adecuada confidencialidad durante la entrega de esta información, así como la existencia de lugares apropiados para ello.

Artículo 9°.- Toda persona tiene derecho a manifestar por escrito su voluntad de no ser informada, a menos que lo exija la protección de la vida de otra persona o que, por razones de orden sanitario, resulte necesaria la adopción de conductas y hábitos especiales por parte de ella. Podrá designar, en ese mismo acto, la o las personas que en su nombre reciban la información respectiva.

Si la persona decide no designar un receptor de esa información, el médico o profesional tratante deberá registrar los antecedentes relevantes asociados a las acciones vinculadas a la atención de salud en la ficha clínica y el prestador o el establecimiento de salud deberán tomar los resguardos necesarios para la debida protección de dicha información.

El ejercicio de este derecho constituye una manifestación voluntaria, consciente y esencialmente revocable.

Artículo 10.- Sin perjuicio de lo dispuesto en el párrafo siguiente, la información acerca del estado de salud de la persona no deberá ser revelada a terceros, salvo razones de salud pública que así lo justifiquen, o bien, que la falta de información suponga un grave riesgo para la salud de terceros identificables.

La información proporcionada a los familiares directos deberá ser previamente autorizada por la persona. La información entregada a terceros en razón del tratamiento, deberá resguardar el derecho a la confidencialidad de la atención de salud y de la información personal que surge de ésta.

Artículo 11.- Toda persona tendrá el derecho a recibir, por parte del médico tratante, una vez finalizada su hospitalización, un informe legible que, a lo menos, deberá contener:

- a) La identificación de la persona;
- b) El período de tratamiento, y
- c) Una información comprensible acerca del diagnóstico de ingreso y de alta, con sus respectivas fechas, y los resultados más relevantes de exámenes y procedimientos efectuados que sean pertinentes al diagnóstico e indicaciones a seguir.

Adicionalmente, el prestador deberá, previo al pago, si correspondiere éste, entregar por escrito la información sobre los aranceles y procedimientos de cobro de las prestaciones de salud que le fueron aplicables, incluyendo pormenorizadamente, cuando corresponda, los insumos, medicamentos, exámenes, derechos de pabellón, días-cama y honorarios de quienes le atendieron.

Además, toda persona podrá solicitar, en cualquier momento de su tratamiento, un informe que contenga el período de su tratamiento, el diagnóstico y los procedimientos aplicados.

Asimismo, toda persona tiene el derecho a que se le extienda un certificado que acredite su estado de salud y licencia médica si corresponde, cuando su exigencia se establezca por una disposición legal o reglamentaria, o cuando lo solicite para fines particulares.

Párrafo 4°

De la reserva de la información contenida en la ficha clínica

Artículo 12.- La ficha clínica es el instrumento en que se registra la historia médica de una persona.

Toda la información que surja, tanto de la ficha clínica como de los estudios y demás documentos donde se registren procedimientos y tratamientos a los que fueron sometidas las personas, será considerada como dato sensible, de conformidad con lo dispuesto en la letra g) del artículo 2° de la ley N° 19.628.

Artículo 13.- La ficha clínica permanecerá en poder del prestador, quien será responsable de la reserva de su contenido y deberá mantenerla por un período de, al menos, diez años. El Ministerio de Salud establecerá, mediante decreto, el tiempo, la forma y las condiciones bajo las cuales los prestadores deberán efectuar el almacenamiento de las fichas, así como las normas necesarias para su administración y adecuada protección.

Ningún tercero que no esté directamente relacionado con la atención de salud de la persona tendrá acceso a la información que emane de la respectiva ficha clínica.

Con todo, la información contenida en este instrumento deberá ser entregada, en forma total o parcial, a petición expresa de las personas y organismos que a continuación se indican, en los casos, forma y condiciones que se señalan:

1°.- Al titular de la ficha clínica.

2°.- A los representantes legales del titular de la ficha clínica, a su apoderado, a un tercero debidamente autorizado que acredite esta circunstancia por escrito, y a los herederos en caso de fallecimiento, todos los cuales podrán requerir copia de los datos que sean de su interés. En caso de que el titular de la ficha sea menor de edad, se aplicará, en lo que corresponda, lo establecido en el inciso segundo del artículo 8°.

3°.- A los tribunales de justicia, al Ministerio Público y a la Defensoría Penal Pública, previa autorización del juez de garantía que corresponda, en los procesos e investigaciones que se instruyan y en los casos en que la información requerida sea relevante para la dictación de las correspondientes resoluciones.

4°.- Al Ministerio de Salud, a las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud, a la Superintendencia de Salud, a los Servicios de Salud, al Instituto de Salud Pública y al Fondo Nacional de Salud, en los casos en que los datos sean necesarios para fines estadísticos, de seguimiento, de salud pública, de fiscalización o para resolver acerca de la procedencia de determinados beneficios de salud o seguridad social. Para dicho fin podrán solicitar informes sobre el contenido de la ficha y copia de toda o parte de ella. El tratamiento de la información recogida y de los datos que emanen de las fichas, en caso que las conclusiones o resultados sean divulgados, deberá garantizar la disociación de ellos de manera que la información que se obtenga no pueda asociarse a persona determinada o determinable.

Los demás organismos públicos y privados que se encuentren facultados por ley para fiscalizar o para resolver acerca de la procedencia de determinados beneficios de salud o seguridad social, podrán solicitar un informe sobre aspectos específicos de la ficha clínica.

Las personas y los organismos a que se refieren los incisos tercero y cuarto serán responsables de mantener la confidencialidad del contenido de la ficha y

de la identidad de su titular, así como también de utilizar la información que de ella emana exclusivamente para los fines requeridos.

Sin perjuicio de lo indicado en los dos incisos anteriores, cuando por razones de investigación científica o epidemiológica, terceros ajenos a la atención de salud sean autorizados por el prestador para acceder al contenido de la ficha, se deberá asegurar la debida protección de la confidencialidad de la información de salud a que tengan acceso.

Párrafo 5°

De la autonomía de las personas en su atención de salud

& 1. Del consentimiento informado

Artículo 14.- Toda persona tiene derecho a otorgar o denegar su voluntad para someterse a cualquier procedimiento o tratamiento vinculado a su atención de salud, con las limitaciones establecidas en el artículo 17.

Este derecho debe ser ejercido en forma libre, voluntaria, expresa e informada, para lo cual será necesario que el profesional tratante entregue información adecuada, suficiente y comprensible, según lo establecido en el artículo 8°.

Por regla general, este proceso se efectuará en forma verbal, pero deberá constar por escrito en el caso de intervenciones quirúrgicas, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasivos y, en general, para la aplicación de procedimientos que conlleven un riesgo relevante y conocido para la salud del afectado. En estos casos, tanto la información misma, como el hecho de su entrega, aceptación o rechazo deberá constar por escrito y referirse, al menos, a los contenidos indicados en el inciso primero del artículo 8° de esta ley.

Artículo 15.- No obstante lo establecido en el artículo anterior, no se requerirá la manifestación de voluntad en las siguientes situaciones:

a) En caso de que la falta de aplicación de los procedimientos, tratamientos o intervenciones señalados en el artículo 14, supongan un riesgo para la salud pública, de conformidad con lo dispuesto en la ley, debiendo dejarse constancia de ello en la ficha clínica de la persona.

b) En aquellos casos en que la condición de salud o cuadro clínico de la persona implique riesgo vital y/o secuela funcional grave de no mediar atención médica inmediata e impostergable y ésta no se encuentre en condiciones de expresar su voluntad ni sea posible obtener el consentimiento de su representante legal, apoderado o de la persona a cuyo cuidado se encuentre, según corresponda.

c) Cuando la persona se encuentra en incapacidad de manifestar su voluntad y no es posible obtenerla de su representante legal, por no existir o por no ser habido. En estos casos se deberán adoptar las medidas apropiadas en orden a garantizar la protección de la vida.

Artículo 16.- Tratándose de personas con dificultades de entendimiento o con alteración de conciencia, o que carezcan de capacidad para expresar su voluntad por causa de enfermedad mental, certificada por un médico cirujano, igualmente se les deberá informar y consultar su opinión, sin perjuicio que la decisión temporal o definitiva, según corresponda, deberá ser adoptada por quien tenga su representación legal o, en su defecto, por el apoderado designado para fines vinculados a su tratamiento y, en último caso, por la persona a cuyo cuidado se encuentre.

Los mayores de catorce años de edad y menores de dieciocho expresarán su voluntad personalmente. Por su parte, el médico deberá, con consentimiento del menor, consultar la opinión de los padres o representantes legales, o en su defecto, de quien lo tenga bajo su tuición o cuidado. En caso que el menor se oponga a que dicha opinión sea requerida, corresponderá al comité de ética decidir acerca de la pertinencia de que el médico efectúe la consulta. Asimismo, dicho comité deberá resolver, en caso de que exista discrepancia entre la voluntad expresada por el menor y la opinión de sus padres o representantes, cuál de los dos pareceres será tenido en cuenta. Igualmente, el médico consultará su opinión a los menores de catorce años de edad, atendiendo sus condiciones de desarrollo psíquico, su competencia cognitiva y su situación personal, sin perjuicio que la decisión definitiva corresponderá a los representantes legales.

& 2. Del estado de salud terminal y la voluntad manifestada previamente

Artículo 17.- En el caso que se trate de una situación en que la persona fuere informada por el profesional tratante de que su estado de salud es calificado como terminal, el rechazo de los tratamientos no podrá implicar como objetivo la aceleración artificial del proceso de muerte.

Para los efectos de esta ley se entenderá que el estado de salud es terminal cuando la persona padezca un precario estado de salud, producto de una lesión corporal o una enfermedad grave e incurable, y que los tratamientos que se le pueden ofrecer sólo tendrían por efecto retardar innecesariamente la muerte.

El rechazo de tratamientos en estas circunstancias, no podrá implicar la renuncia al derecho a recibir los cuidados paliativos que permitan a la persona hacer más soportables los efectos de su enfermedad, ni a la compañía de sus familiares y personas que estén a su cuidado, como tampoco a recibir, cuando lo requiera, asistencia espiritual.

Sin perjuicio de lo anterior, podrá solicitar el alta voluntaria la misma persona o el apoderado designado de acuerdo al inciso segundo del artículo siguiente o los parientes señalados en el artículo 42 del Código Civil, en orden preferente y excluyente conforme a dicha enumeración.

Artículo 18.- La persona podrá manifestar anticipadamente su voluntad de someterse a cualquier procedimiento o tratamiento vinculado a su atención de salud.

Dicha manifestación de voluntad deberá expresarse por escrito ante un ministro de fe o, al momento de la internación, ante el Director del establecimiento o en quien éste delegue tal función y el profesional de la salud responsable de su ingreso.

Mediante esta declaración anticipada una persona podrá manifestar su voluntad sobre los cuidados y tratamientos a los que desearía ser sometida en el evento de que se encuentre en una situación en la cual no esté en condiciones de expresar su consentimiento personalmente.

En esta declaración también se podrá expresar la voluntad de donar órganos de acuerdo a lo establecido en la ley N° 19.451. También en ella podrá designarse un apoderado para las decisiones vinculadas a los tratamientos. Asimismo, podrá expresarse la voluntad de que todos o algunos de los antecedentes específicos de su salud y de su ficha clínica no sean comunicados a terceros. De la existencia de esta declaración se deberá dejar constancia en la ficha clínica de la persona.

En esta declaración no se podrán incorporar decisiones o mandatos contrarios al ordenamiento jurídico vigente o propios del arte médico. En caso de duda, su aplicación concreta deberá ser revisada por el comité de ética que corresponda al establecimiento de salud donde ésta sea atendida, el que velará especialmente por el cumplimiento de los supuestos de hecho en ella descritos. De lo anterior, deberá dejarse constancia en la ficha clínica de la persona.

Las declaraciones de voluntad regidas por este artículo son actos personalísimos y esencialmente revocables, total o parcialmente. La revocación podrá ser verbal y en cualquier momento, pero para ser oponible, deberá dejarse testimonio de ella por escrito.

& 3. Normas generales aplicables

Artículo 19.- En caso que el profesional tratante tenga dudas acerca de la competencia de la persona, o estime que la decisión manifestada por ésta o sus representantes legales la expone a graves daños a su salud o a riesgo de morir, que serían evitables prudencialmente siguiendo los tratamientos indicados, deberá solicitar la opinión del comité de ética que corresponda.

Asimismo, si la insistencia en la indicación de los tratamientos o la limitación del esfuerzo terapéutico son rechazados por la persona o por sus representantes legales, se podrá solicitar la opinión de dicho comité.

En ambos casos, el pronunciamiento tendrá sólo el carácter de recomendación y sus integrantes no tendrán responsabilidad civil o penal respecto de lo que ocurra en definitiva. En caso de que la consulta diga relación con la atención a menores de edad, el comité deberá tener en cuenta especialmente el interés superior de estos últimos.

Sin perjuicio de la opinión del comité, la persona o sus representantes legales podrán solicitar a la Corte de Apelaciones correspondiente la revisión del caso y la adopción de las medidas que estime necesarias. Esta acción se tramitará de acuerdo con las normas del recurso establecido en el artículo 20 de la Constitución Política de la República y tendrá preferencia para su vista.

Si el profesional tratante difiere de la decisión manifestada por la persona o su representante, podrá declarar su voluntad de no continuar como responsable del tratamiento, siempre y cuando asegure que esta responsabilidad será asumida por otro profesional de la salud idóneo.

Artículo 20.- En caso que la persona, en virtud de los artículos anteriores, expresare su voluntad de no ser tratada, quisiere interrumpir el tratamiento o se negare a cumplir las prescripciones médicas, podrá solicitar el alta voluntaria. Asimismo, en estos casos, la Dirección del correspondiente establecimiento de salud, a propuesta del profesional tratante y previa consulta al comité de ética, podrá decretar el alta forzosa.

Artículo 21.- Tratándose de personas en estado de muerte cerebral, la defunción se certificará una vez que ésta se haya acreditado de acuerdo con las prescripciones que al respecto contiene el artículo 11 de la ley N° 19.451, con prescindencia de la calidad de donante de órganos que pueda tener la persona.

Artículo 22.- El Ministerio de Salud establecerá, mediante reglamento, las normas necesarias para la creación, funcionamiento y control de los comités de ética, las facultades de la Autoridad Sanitaria para acreditar y fiscalizar, y los mecanismos que permitirán a los establecimientos acceder a comités de ética en caso de que no posean o no estén en condiciones de constituir uno. Además, fijará, a través de instrucciones y resoluciones, las normas técnicas y administrativas necesarias para la estandarización de los procesos y documentos vinculados al ejercicio de los derechos regulados en este párrafo.

Párrafo 6°

De la protección de la autonomía de las personas respecto de su participación en protocolos de investigación científica

Artículo 23.- Toda persona deberá ser informada y tendrá derecho a elegir su incorporación en cualquier tipo de protocolo de investigación científica biomédica. Su expresión de voluntad deberá ser previa, expresa, libre, informada, personal y constar por escrito. En ningún caso esta decisión podrá significar menoscabo en su atención ni menos sanción alguna.

En el caso de los menores de edad, se estará a lo dispuesto en los artículos 8° y 16.

Artículo 24.- Corresponderá al Ministerio de Salud establecer, mediante reglamento, las normas necesarias para regular los requisitos de los protocolos de investigación y los procedimientos administrativos y normas sobre constitución, control, funcionamiento y financiamiento de comités para la evaluación ético-científica; las facultades de la Autoridad Sanitaria para la aprobación de protocolos y para la acreditación de los comités; la declaración y efectos sobre conflictos de interés de investigadores, autoridades y miembros de comités y, en general, las demás normas necesarias para la adecuada protección de los derechos de las personas respecto de la investigación científica biomédica.

Párrafo 7°

De los derechos de las personas con discapacidad psíquica o intelectual

Artículo 25.- En aquellas situaciones en que las personas con discapacidad psíquica o intelectual no pudieren comprender adecuadamente la información entregada, tanto en los aspectos médicos como administrativos, los prestadores deberán guardar especial cuidado en brindarles un trato digno y en respetar la autonomía y confidencialidad de su atención de salud.

Las personas con discapacidad psíquica o intelectual, que se encuentren en condiciones de manifestar su voluntad, tendrán derecho a designar un apoderado para que se relacione con el equipo de salud tratante y el establecimiento que las acoja y para que las acompañe y asista en todo el proceso de atención de su salud, siendo éste el apoderado o representante legal para todos los efectos indicados en esta ley. Corresponderá al médico tratante resolver acerca de si la persona se encuentra en condiciones de manifestar su voluntad.

En ningún caso podrán efectuarse, aún cuando el profesional de salud lo autorice, fotografías, grabaciones, filmaciones o entrevistas de uso periodístico o publicitario, si la persona con discapacidad psíquica o intelectual no está en condiciones de dar la autorización que el artículo 4° exige.

Artículo 26.- La reserva de la información que el profesional tratante debe mantener o la restricción al acceso, por parte de la persona, a los contenidos de su ficha clínica, en razón de los efectos negativos que esa información pudiera tener en su estado mental, obliga al profesional a informar de manera pormenorizada a su representante o, en su defecto, al apoderado designado de acuerdo con el artículo 25, o a la persona bajo cuyo cuidado se encuentre, las razones médicas que justifican tal restricción y, al mismo tiempo, entregar esta información al apoderado.

Artículo 27.- Si la persona no se encuentra en condiciones de manifestar su voluntad, deberá siempre contarse con el consentimiento del representante legal o, en su defecto, del apoderado designado por ésta, en los siguientes casos:

- a) Aplicación de procedimientos invasivos e irreversibles;
- b) Aplicación de medidas o tratamientos que priven a la persona de libertad de desplazamiento o restrinja de manera severa su contacto con otros seres humanos

Esta norma no será aplicable a los supuestos de aislamiento y contención que tengan lugar en las condiciones expresadas en el artículo 29.

Artículo 28.- Una persona puede ser objeto de internación involuntaria siempre que se reúnan todas las condiciones siguientes:

- 1) Certificación de un médico cirujano que indique fundadamente la necesidad de proceder al ingreso de una persona para llevar a cabo la evaluación de su estado de salud mental;
- 2) Que el estado de la misma comporte un riesgo real e inminente de daño a sí mismo o a terceros;
- 3) Que la internación tenga exclusivamente una finalidad terapéutica;
- 4) Que no exista otro medio menos restrictivo de suministrar los cuidados apropiados, y
- 5) Que el parecer de la persona atendida haya sido tenido en consideración. De no ser esto último posible se tendrá en cuenta la opinión de su representante legal o, en su defecto, de su apoderado a efectos del tratamiento y en ausencia de ambos de la persona a él más vinculada por razón familiar o de hecho.

La Autoridad Sanitaria Regional velará por el respeto de los derechos de las personas ingresadas en instituciones de salud mental, teniendo libre

acceso a las mismas y a la documentación en ellas obrante y resolverá las quejas que plantee la persona internada, su representante legal, su apoderado a efectos del tratamiento o la persona a ella vinculada por razón familiar o de hecho. Asimismo, autorizará el ingreso o revisará la legalidad e idoneidad de la internación involuntaria cuando exceda de setenta y dos horas, de acuerdo a lo establecido en los artículos 130 y 131 del Código Sanitario.

La persona con discapacidad psíquica o intelectual, su apoderado a efectos de tratamiento, su representante legal y las personas a él vinculadas por razones familiares o de hecho, podrán recurrir en contra de los tratamientos involuntarios ante la Corte de Apelaciones respectiva.

Adicionalmente, los antecedentes podrán ser revisados por la comisión indicada en el artículo 32, la que podrá informar al Secretario Regional Ministerial para que ejerza la facultad indicada en el artículo 132 del Código Sanitario. En caso que dicha autoridad decida no ejercer la facultad indicada, la comisión podrá presentar los antecedentes a la Corte de Apelaciones respectiva para que ésta resuelva en definitiva.

Artículo 29.- El empleo extraordinario de las medidas de aislamiento o contención mecánica deberá llevarse a cabo con pleno respeto a la dignidad de la persona objeto de tales medidas, las cuales sólo podrán aplicarse en los casos en que concurra indicación terapéutica acreditada por un médico, que no exista otra alternativa menos restrictiva y que la necesidad de su aplicación fuere proporcional en relación a la conducta gravemente perturbadora o agresiva.

Estas excepcionales medidas se aplicarán exclusivamente por el tiempo estrictamente necesario para conseguir el objetivo terapéutico, debiendo utilizarse los medios humanos suficientes y los medios materiales que eviten cualquier tipo de daño. Durante el empleo de las mismas, la persona con discapacidad psíquica o intelectual tendrá garantizada la supervisión médica permanente.

Todo lo actuado con motivo del empleo del aislamiento o la sujeción deberá constar por escrito en la ficha clínica. Además de lo anterior, se comunicará el empleo de estos medios a la Autoridad Sanitaria, a cuya disposición estará toda la documentación respectiva.

Mediante reglamento, el Ministerio de Salud establecerá las normas adecuadas para el manejo de las conductas perturbadoras o agresivas que las personas con discapacidad psíquica o intelectual pudieran tener durante su internación en establecimientos de salud y el respeto por sus derechos en la atención de salud.

Artículo 30.- Sin perjuicio del derecho de la persona con discapacidad psíquica o intelectual a otorgar su autorización o denegarla para ser sometido a tratamientos, excepcionalmente y sólo cuando su estado lo impida, podrá ser tratado involuntariamente siempre que:

- 1) Esté acreditado que la persona padece una enfermedad o trastorno mental grave, suponiendo su estado un riesgo real e inminente de daño a sí mismo o a terceros;
- 2) El tratamiento responda a un plan prescrito individualmente, que atienda las necesidades de salud de la persona, esté indicado por un médico psiquiatra y sea la alternativa terapéutica menos restrictiva de entre las disponibles;
- 3) Se tenga en cuenta –siempre que ello fuere posible- la opinión de la misma persona, se revise el plan periódicamente y se modifique en el caso de ser necesario, y
- 4) Se registre en la ficha clínica de la persona.

Excepcionalmente podrá aplicarse un tratamiento sin consentimiento de la persona cuando un médico psiquiatra determine que es urgente y necesario para impedir un daño inmediato o inminente a ella misma o a terceros. Dicho tratamiento no se aplicará más allá del período estrictamente necesario a tal propósito.

Artículo 31.- Respecto de la participación en protocolos de investigación científica no vinculados a las particularidades de su propia patología, si la persona con discapacidad psíquica o intelectual no puede expresar su voluntad, no podrá realizarse la investigación, aún cuando se cuente con la voluntad favorable de su representante o de su apoderado, en su caso.

En los casos en que se realice investigación científica con participación de dichas personas, además de la evaluación ético científica que corresponda, será necesaria la autorización de la Autoridad Sanitaria competente.

En contra de las actuaciones de la Autoridad Sanitaria se podrá recurrir ante la Corte de Apelaciones que corresponda y, asimismo, solicitar un informe de

la comisión de protección de los derechos de las personas con enfermedades mentales y siempre que el asunto no se encuentre radicado en dicha jurisdicción.

Artículo 32.- Sin perjuicio de las facultades de los tribunales ordinarios de justicia, el Ministerio de Salud deberá asegurar la existencia de una comisión de protección de los derechos de las personas con enfermedades mentales en cada región del país, cuya función será velar por la protección de derechos de las personas en la atención de salud entregada por los prestadores públicos o privados, ya sea en las modalidades de atención comunitaria, ambulatoria, hospitalaria o de urgencia. Esta función será ejercida a través de:

- a) El análisis de los requerimientos que los usuarios realicen sobre actuaciones de la Autoridad Sanitaria, internaciones no voluntarias, y respecto de la realización de tratamientos invasivos e irreversibles;
- b) La visita a las instalaciones donde se realicen las internaciones y demás tratamientos;
- c) La emisión de informes a la Autoridad Sanitaria respecto de los casos sometidos a su conocimiento y, en caso de ser necesario, el envío de los antecedentes y sus informes a la Corte de Apelaciones que corresponda.

Esta comisión estará conformada por las siguientes personas, quienes se desempeñarán ad honorem:

- Dos miembros de asociaciones gremiales de profesionales del área de la salud;
- Un miembro de la asociación gremial de abogados que cuente con el mayor número de adherentes;
- Dos miembros de sociedades científicas del área de la salud;
- Un representante de asociaciones de usuarios de la salud;
- Un representante de asociaciones de familiares de personas con discapacidad psíquica o intelectual;
- Un representante de la Autoridad Sanitaria.

El reglamento señalará la manera en que se designarán dichas personas y las normas necesarias para el adecuado funcionamiento de esta Comisión.

Los recursos ante las Cortes de Apelaciones se tramitarán de acuerdo a las normas del recurso establecido en el artículo 20 de la Constitución Política y tendrán preferencia para su vista.

Párrafo 8°

De la participación de las personas usuarias.

Artículo 33.- El Ministerio de Salud, con consulta a las instancias de participación creadas por ley, reglamentará los procedimientos para que los usuarios ejerzan este derecho, y el plazo y la forma en que los prestadores deberán responderlos o resolverlos, según el caso.

Sin perjuicio de todos los mecanismos e instancias de participación creados por ley, por reglamento o resoluciones, toda persona tiene derecho a efectuar las consultas y los reclamos que estime pertinentes.

Asimismo, los usuarios pueden manifestar, en forma personal o por escrito, sus sugerencias y opiniones respecto de las atenciones recibidas.

Sin perjuicio de lo anterior, el Ministerio de Salud, al reglamentar la existencia de comités de ética que atiendan las consultas de las personas que consideren necesaria la evaluación de un caso desde el punto de vista ético clínico, deberá asegurar la participación de los usuarios en dichos comités. En el caso de los prestadores institucionales, deberán ser éstos los que provean los medios para que sus usuarios accedan a un comité de ética, si así lo requirieren. Los prestadores individuales deberán dar a conocer a las personas el comité de ética al cual estuvieren adscritos. Los Servicios de Salud deberán disponer de al menos un comité de ética, al cual se entenderán adscritos los prestadores privados individuales de su territorio, en caso de no estarlo a algún otro.

Párrafo 9°

De los medicamentos e insumos

Artículo 34.- Los prestadores institucionales, públicos y privados, deberán exhibir en forma destacada, los precios de las prestaciones, de los insumos y de los medicamentos que cobren en la atención de las personas, debiendo poner la lista correspondiente a disposición de quienes lo soliciten.

Asimismo, al momento de ingresar, se informará por escrito, a la persona o a su representante, de los posibles plazos para el pago de las prestaciones,

medicamentos e insumos utilizados, así como de los cargos por intereses u otros conceptos.

En los casos en que la persona deba concurrir al pago de las atenciones que recibe, ya sea total o parcialmente, podrá solicitar, en cualquier oportunidad, una cuenta actualizada y detallada de los gastos de todo tipo en que se haya incurrido en su atención de salud.

Artículo 35.- Si las dosis de medicamentos o insumos fueren unitarias, en caso que la persona deba concurrir al pago de ellas, sólo estará obligada al pago de aquellas unidades efectivamente usadas en el tratamiento correspondiente.

Con todo, la persona siempre podrá optar por pagar directamente al prestador el valor del medicamento o insumo. En el evento que se ejerza esta opción, si la persona acreditare que el valor que le cobra el prestador es superior al que ofrece al público general por el mismo medicamento y con la misma marca farmacéutica y presentación, una farmacia de la misma ciudad, dicho prestador deberá estarse a este último valor, que en ningún caso podrá ser un valor circunstancial producto de una promoción.

TÍTULO III

DE LOS DEBERES DE LAS PERSONAS EN SALUD

Artículo 36.- Las personas deberán respetar las normas vigentes en materia de salud. Para ello, la autoridad competente deberá implementar las medidas que aseguren una amplia difusión de ellas.

Las personas, al momento de solicitar o recibir atención de salud por parte de un prestador institucional, asumen el deber de respetar el reglamento interno de dicho establecimiento.

Artículo 37.- Sin perjuicio del deber preferente del prestador de informar de acuerdo a lo indicado en el Párrafo 3º del Título II de esta ley, la persona que solicita una atención de salud procurará informarse acerca del funcionamiento del establecimiento que la recibe para los fines de la prestación que requiere, especialmente, respecto de los horarios y modalidades de atención, así como sobre los mecanismos de

financiamiento existentes, sin perjuicio de la obligación del prestador de otorgar esta información.

Asimismo, deberá informarse acerca de los procedimientos de consulta y reclamos establecidos.

Artículo 38.- Todas las personas que ingresen a los establecimientos de salud deberán cuidar las instalaciones y equipamiento que el prestador mantiene a disposición para los fines de atención, haciéndose responsables, según corresponda, de acuerdo a la ley.

Las personas deberán tratar respetuosamente a los integrantes del equipo de salud, sean éstos profesionales, técnicos o administrativos. Igual obligación corresponde a los familiares, representantes legales y amigos.

El trato irrespetuoso grave o los actos de violencia verbal o física en contra de los integrantes del equipo de salud, de las demás personas atendidas o de otras personas, dará derecho a la autoridad del establecimiento a ordenar el alta disciplinaria de la persona, la cual sólo procederá por sus propios actos o, a requerir, cuando la situación lo amerite, la presencia de la fuerza pública para restringir el acceso al establecimiento de quienes afecten el normal desenvolvimiento de las actividades en él desarrolladas, sin perjuicio del derecho a perseguir las responsabilidades civiles o penales que correspondan.

Artículo 39.- La persona que solicita atención de salud deberá colaborar con los miembros del equipo de salud que la atiende, informando de manera veraz acerca de sus necesidades y problemas de salud y de todos los antecedentes que conozca o le sean solicitados para su adecuado diagnóstico y tratamiento.

TÍTULO IV DEL CUMPLIMIENTO DE LA LEY

Artículo 40.- Sin perjuicio del derecho de las personas a reclamar ante las diferentes instancias o entidades que determina la normativa vigente, toda persona tiene derecho a reclamar el cumplimiento de los derechos que esta ley le confiere ante el prestador institucional, el que deberá contar con una dependencia y con personal especialmente habilitado para este efecto y un sistema de registro y respuesta escrita de

los reclamos planteados. El prestador deberá adoptar las medidas que procedan para la acertada solución de las irregularidades detectadas.

Si la persona estimare que la respuesta no es satisfactoria o que no se han solucionado las irregularidades, podrá recurrir ante la Superintendencia de Salud.

El reglamento regulará el procedimiento a que se sujetarán los reclamos, el plazo en que el prestador deberá comunicar una respuesta a la persona que haya efectuado el reclamo por escrito, el registro que se llevará para dejar constancia de los reclamos, y las demás normas que permitan un efectivo ejercicio del derecho a que se refiere este artículo.

Asimismo, las personas tendrán derecho a requerir, alternativamente, la iniciación de un procedimiento de mediación, en los términos en que está establecido en la ley N° 19.966 y sus normas complementarias.

Artículo 41.- Corresponderá a los prestadores públicos y privados dar cumplimiento a los derechos que esta ley consagra a todas las personas. En el caso de los prestadores institucionales públicos, deberán, además, adoptar las medidas que sean necesarias para hacer efectiva la responsabilidad administrativa de los funcionarios, mediante los procedimientos administrativos o procesos de calificación correspondientes.

La Superintendencia de Salud, a través de su Intendencia de Prestadores, controlará el cumplimiento de esta ley en los prestadores de salud públicos y privados, recomendando la adopción de medidas necesarias para corregir las irregularidades que se detecten.

En el caso de que ellas no sean corregidas dentro de los plazos fijados para este efecto por el Intendente de Prestadores, éste dejará constancia de ello en un lugar visible para conocimiento público, dentro del establecimiento de que se trate.

Si transcurrido el plazo que fijare el Intendente de Prestadores para la solución de las irregularidades, el que no podrá ser superior a dos meses, y el prestador no cumple la orden, sancionará al prestador de acuerdo con las normas establecidas en los Títulos IV y V del Capítulo VII, del Libro I del decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud.

De las sanciones aplicadas, el prestador podrá interponer, dentro del plazo de cinco días hábiles, un recurso de reposición ante el Intendente de Prestadores; en subsidio, podrá interponerse el recurso jerárquico. Rechazada total o parcialmente una reposición, se elevará el expediente al Superintendente de Salud si junto con ésta se hubiere interpuesto subsidiariamente el recurso jerárquico.

Cuando no se deduzca reposición, el recurso jerárquico se interpondrá para ante el Superintendente de Salud, dentro de los cinco días hábiles siguientes a su notificación. En este caso, el Superintendente deberá oír previamente al Intendente, el que podrá formular sus descargos por cualquier medio, escrito o electrónico.

Tanto el Intendente de Prestadores como el Superintendente de Salud, tendrán un plazo no superior a treinta días hábiles para resolver los recursos a que se refieren los incisos precedentes.

TÍTULO V

DISPOSICIONES VARIAS

Artículo 42.- Agrégase, en el número 1 del artículo 3° de la ley N° 4.808, a continuación del punto (.) que pasa a ser coma (,), lo siguiente: “lo cual se hará de acuerdo al domicilio permanente de la madre y no donde ocasionalmente ocurrió el nacimiento, pudiendo concurrir a cualquier oficina de Registro Civil. La inscripción se deberá hacer por requerimiento en la oficina del domicilio de la madre, y en donde no se cuente con oficina, deberá hacerse en la oficina cabecera comunal.”.

Artículo 43.- Se considerará como un derecho de las personas en cuanto a su atención de salud, que ante el fallecimiento de un integrante de la familia, que de acuerdo con las disposiciones judiciales, requiera de la realización de una autopsia, ésta deberá ser realizada por los organismos pertinentes en un plazo no mayor a veinticuatro horas, salvo por expresa disposición del fiscal.”.

* * * * *

Se designó Diputado Informante al señor Marco Antonio Núñez Lozano.

Tratado y acordado, según consta en las actas correspondientes a las sesiones de los días 5 de septiembre y 19 de diciembre de 2006; 3 y 9 de enero, 13 y 20 de marzo, 3. 10 y 17 de abril, 8 y 15 de mayo, 12 de junio y 3, 4 y 17 de julio de 2007, con asistencia de los Diputados señores Marco Antonio Núñez Lozano (Presidente), Francisco Chahuán Chahuán, María Angélica Cristi Marfil, Guido Girardi Brieri, Juan Lobos Krause, Juan Masferrer Pellizzari, Manuel Monsalve Benavides, Carlos Olivares Zepeda, Alberto Robles Pantoja, Fulvio Rossi Ciocca, Karla Rubilar Barahona, Roberto Sepúlveda Hermosilla y Gabriel Silber Romo.

Asistieron, también, a las sesiones de la Comisión en que se discutió este proyecto de ley, los Diputados Enrique Accorsi Opazo, Eduardo Díaz del Río (en reemplazo Carlos Olivares Zepeda), Marcelo Forni Lobos, Alejandro García-Huidobro Sanfuentes, Joaquín Godoy Ibañez, Amelia Herrera Silva (en reemplazo de Karla Rubilar Barahona), Patricio Melero Abaroa, Osvaldo Palma Flores (en reemplazo de Roberto Sepúlveda Hermosilla), Alejandra Sepúlveda Orbenes (en reemplazo de Carlos Olivares Zepeda), Alejandro Sule Fernández (en reemplazo de Alberto Robles Pantoja) y Gastón Von Muhlenbrock.

Sala de la Comisión, a 20 de julio de 2007.

ANA MARÍA SKOKNIC DEFILIPPIS
Abogado Secretaria de la Comisión