Modifica la ley N°20.584, que Regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud, para establecer y garantizar nuevos derechos y asegurar nuevas prestaciones mínimas de salud, de carácter universal.

Boletín N°11060-11

> *"¿Qué principios de justicia son los más apropiados para definir los derechos y libertades básicos, y para regular las desigualdades sociales y económicas en las perspectivas de los ciudadanos a lo largo de toda su vida?* (Rawls, John, *La justicia como equidad. Una reformulación*. Barcelona, Paidós 2002 p. 2).

I.- Vistos:

Lo dispuesto en los artículos 1°, 19, 63 y 65 de la Constitución Política de la República, más lo previsto en la ley N° 18.919 Orgánica Constitucional del Congreso Nacional y en el Reglamento de la H. Cámara de Diputados.

Ademas, de lo asegurado a todas las personas en el artìculo 19º N°s 1°, 2°, 3° y 9º de nuestra carta fundamental.

II.- Considerando;

1.- Que, el momento ha llegado, el problema está claro, la salud en Chile arroja pobres estándares, no alcanza a quedar bien ni ante la Organización Mundial de la Salud ni ante la OCDE, pero que estamos haciendo mal, hemos visto y escuchado como se inyectan recursos en salud, como crecen las patologías o problemas de salud GES garantizadas, como se construirán nuevos

hospitales, etc., pero la salud no mejora y este problema o ***infratamiento a la salud,*** que sufre Chile solo podrá acrecentarse en la medida que envejecemos. De acuerdo a las proyecciones del Instituto Nacional de Estadísticas (INE), el proceso de envejecimiento poblacional se mantendría de forma sostenida, al menos por una década, duplicándose la población de adultos mayores al año 2025, quienes llegarían a superar los tres millones de personas. Los cambios en la morbilidad de la población, constituyen solo una de las consecuencias de este fenómeno, el cambio demográfico provocará cambios también en todas las áreas de la vida nacional, como por ejemplo en el sector salud, donde se requerirá de médicos especialistas en geriatría y otros profesionales, como enfermeras, traumatólogos, kinesiólogos, asistentes sociales y psicólogos. Otra arista que, hemos llamado el ***infratratamiento a la salud,*** son las respercusiones en el derecho, la escualida protección a la salud, aun cuando es una garantía constitucional, solo es una de caras del mal que está padeciendo la salud pública, podemos agregar su presupuesto, por ejemplo, no resiste más y la deuda hospitalaria crece y crece exponencialmente sin que sea posible hasta la fecha ponerle cotas.

2.- Que, hace pocos días hemos sabido, gracias a un medio de comunicación social que se ha verificado un alza del 131% en los últimos siete años en las compras de servicios o prestaciones de salud a prestadores de salud privados que realiza el Fondo Nacional de Salud (Fonasa), los Servicios de Salud y CENABAST, y esta alza no es aislada, muy por el contrario es un fenómeno progresivo que viene desarrollándose desde largo tiempo atrás. En efecto, una suma de $ 92.527 millones pagó Fonasa por camas y otros insumos en el año 2008, en el año 2015 pagó $ 213.829 millones por compras en prestaciones de salud que incluyen cupos de camas críticas a clínicas, terapias de diálisis a centros privados y diversos tratamientos, exámenes y cirugías a sociedades médicas, entre otros. Y si se piensa en medicamentos y las labores de CENABAST (Central Nacional de Abastecimiento) el incremento en los precios de los medicamentos o fármacos, que este servicio debe adquirir, tambien existen

alza de precios y faltas a la libre competencia como la colusion, debidamente denunciadas ante el Tribunal de la Libre Competencia, así en el periodo que va desde el año 2008 hasta el año 2015 los precios en compras de medicamentos subió un 150%, al pasar de $ 190.184 millones en 2008 a $ 475.490 en 2015, según los datos de proporcionados por Fonasa, estas cifras inciden fuertemente en la deuda hospitalaria, ya que solo la perpetúan y aumentan.

Luego, revisando las listas de espera, otro de los males de persiste en el infratratamiento a la salud, hemos constatado que exise un millón y medio de personas que están a la espera de una consulta médica y 300 mil personas que aguardan por una cirugía, según cifras del presente año. Las listas de espera en el Sistema de Salud Público son el rostro más visible de una prolongada crisis que ningún gobierno ha podido resolver, agudizado por la creciente falta de especialistas y no sólo por falta de formación, influye también la atracción que ejerce el sector privado que opera sin contrapeso, desencadenando una verdadera fuga de especialistas desde los hospitales hacia las clínicas.

3.- Que, al hablar de "derecho" nos referimos a una manera de exigir el cumplimiento de una obligación connatural e inalienable para con nuestra especie por parte del estado, siendo el destinatario de la obligación el Estado y las personas, sean pacientes o usuarios, el sujeto activo; esta relación en materia de salud o en derecho sanitario determina que todas las personas cuentan a su favor con la garantía constitucional de la protección al derecho a la salud, es decir, constituye un derecho humano fundamental de segunda generación o de naturaleza prestacional.

4.- Que, nuestra garantía constitucional prescrita en el Art 19 Nº 9 de nuestra Carta Fundamental que, asegura a todas las personas el derecho constitucional a la protección de la salud y por tanto el derecho de todos los ciudadanos a recibir una asistencia sanitaria adecuada dista mucho de la realidad, según pudimos ver. Las bases de este derecho (a la proteccion de la salud) son la

igual dignidad y derechos de las personas y el deber del Estado de servir a la persona humana; este derecho está ligado a otros derechos esenciales, como el derecho a la vida, el derecho a la integridad física y psíquica y a la calidad de vida (considerada en sus aspectos físicos, psicológicos y sociales). Esta norma impone al Estado la obligación de resguardar el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación del individuo, así como el deber de coordinar y controlar la ejecución las acciones relacionadas con la salud; luego consagra el derecho a elegir el sistema de salud, sea este público o privado, en el marco del estado subsidiario y de una política neoliberal. Entones, hemos visto como dicha norma de rango constitucional ordena a los poderes públicos proteger el libre e igualitario acceso a las acciones relacionadas con la salud, junto con garantizar la ejecución de las acciones de salud y la existencia de diversos mecanismos de atención de la salud de la población. Por ello, el derecho a la protección de la salud involucra conductas activas de parte del Estado y en subsidio de los particulares, tendientes a garantizar la ejecución de las acciones de salud.

5.- En relación directa con la garantía constitucional de la protección del derecho a la salud, nuestra carta fundamental prescribe, asegurando a todas las personas, en su artículo 19º N°s 1°, 2° y 3°, además que*: "El derecho a la vida y a la integridad física y síquica de la persona"*, *"La igualdad ante la ley. En Chile no hay persona ni grupo privilegiados (…) Ni la ley ni autoridad alguna podrán establecer diferencias arbitrarias"*; *"La igual protección de la ley en el ejercicio de sus derechos (…)"*; respectivamente. Cabe señalar que, el Estado de Chile ha suscrito el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) que instituye el derecho a la salud, el cual se encuentra vigente y su contenido es imperativo para Chile, según prevé el artículo 5° de nuestra Constitución Política, otro tanto ocurre con la Organización Mundial de la Salud (OMS). Por tanto, el precepto relativo al derecho a la salud contenido en dicho pacto es obligatorio para Chile; en este sentido el PIDESC, establece en su artículo 12° que "*El derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel de salud*

física y mental", además obliga a los estados miembros a promover y proteger con *"todos los recursos a su alcance y al más alto nivel posible"* los derechos que el mismo pacto consagra, de los cuales destacamos el derecho a la salud, comprendiendo, en términos del pacto, la salud física y la mental.

No podemos dejar de mencionar que la Organización Mundial de la Salud (OMS) sostiene que la salud es el estado de completo bienestar físico, mental y social, constituyendo un derecho esencial de toda persona

6.- Que, estas obligaciones no se agotan en el sólo texto constitucional, sino que éstas sólo constituyen el contenido mínimo del derecho y es la ley, por su jerarquía, es la llamada a desarrollar y completar su contenido; como ocurre con la ley N° 19.966 que, establece un Régimen de Garantías de Salud o la Ley N° 18.469 que, regula el ejercicio del derecho constitucional a la protección de la salud y crea un régimen de prestaciones de salud, previendo ciertas prestaciones de salud necesarias para mejorar la salud de la población; otra muestra de la labor de desarrollo de la norma constitucional es la ley N° 20.606, sobre composición nutricional de los alimentos y su publicidad, la cual pretende brindar un marco jurídico para prevenir la obesidad en la población y la Ley N° 20.584 que Regula los Derechos y Deberes que Tienen las Personas en Relación con las Acciones Vinculadas a su Atención en Salud.

7.- Que, antes de la reforma sanitaria AUGE, hoy Garantías Explícitas de Salud (GES), de la Ley N° 19.966, las normas otrora vigentes que reglamentaban el derecho a la protección de la salud garantizaban la entrega de prestaciones mínimas exclusivamente para salvaguardar la vida de las personas y al igual que la preceptiva actual, se quedaron sin especificar que esta garantía debía comenzar desde el nacimiento o bien señalar su ámbito de aplicación a ciertas prestaciones de salud mínimas, ni en qué situación, ni menos que tendrian carácter universal en su aplicacion. En efecto, esto ocurrió con la Ley N° 18.469 que regulaba el ejercicio del derecho constitucional a la protección de la salud y la

ley Nº 19.650, que prohibió la condición de entregar dinero, cheques u otros instrumentos financieros para recibir una atención médica de urgencia. El siguiente paso lógico del procedimiento legislativo es propender a la equidad o a la aplicación de criterios de justicia para avanzar en materia de acceso universal a las prestaciones de salud, sin eliminar aquellos derechos mínimos de las personas, garantizándoles su acceso universal a la salud; en este aspecto la preceptiva actual debe ser mejorada.

8.- Así la ley Nº 20.584 no debió dejar de avanzar, siendo siempre perfectible en lo que su espíritu respecta, considerando un retroceso que no estableciera y garantizara como mínimas ciertas prestaciones de salud. No obstante, debemos reconocer que en algunos aspectos ha sido positiva, ya que fortaleció la legislación previa, unificando criterios en casos de enfermedades terminales, reconoció el derecho a la participación ciudadana en la definición de políticas de salud, establece un marco legal para la tutela ética en los servicios asistenciales y la eliminación del “cheque en garantía” o “en blanco”. Además este cuerpo legal recogió el mandato de diversos pactos, convenios y declaraciones internacionales dictadas en el marco de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) y de la Organización de Estados Americanos (OEA), tales como: La Declaración Universal de Derechos Humanos (1948), la Declaración de los Derechos del Niño (1959), la Convención Americana de Derechos Humanos (1969), Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes (1984) y Convención sobre los Derechos del Niño (1989).

8.- Que, en este punto es pertinente señalar que el Estado de Chile ha suscrito el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) que instituye el derecho a la salud, el cual se encuentra vigente y su contenido es imperativo para Chile, según prevé el artículo 5° de nuestra Constitución Política, otro tanto ocurre con la Organización Mundial de la Salud (OMS). Por tanto, el precepto relativo al derecho a la salud contenido en dicho pacto es imperativo en Chile; en este sentido el PIDESC, establece en su artículo

12° que *“El derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel de salud física y mental”*, además obliga a los estados miembros a promover y proteger con *“todos los recursos a su alcance y al más alto nivel posible”* los derechos que el mismo pacto consagra, de los cuales destacamos el derecho a la salud, comprendiendo, en términos del pacto, la salud física y la mental.

No podemos dejar de mencionar que la Organización Mundial de la Salud (OMS) sostiene que la salud es el estado de completo bienestar físico, mental y social, constituyendo un derecho esencial de toda persona

9.- Que, visto el marco legal analizado, podemos concluir que la ley ha desarrollado el contenido de la norma constitucional contenida en el artículo 19 N° 9 sobre protección a la salud, la cual cuenta en la actualidad con un contenido más o menos concreto, faltando derechos garantizados mínimos, proporcionado por la leyes analizadas, asegurando a todas las personas residentes en el territorio nacional “independiente de su edad, sexo, educación, etnia, preferencias sexuales o ingreso”, el acceso universal a una atención de salud adecuada y oportuna para enfrentar las situaciones de enfermedad, garantizando la cobertura que la cobertura de patologías sea universal sin aplicar criterios economicos para seleccionar a los pacientes que se beneficiaran.

10.- Pero ¿cómo garantizar la igualdad estructural de oportunidades para el ejercicio real del derecho a la salud en Chile hoy?; más aún hoy, en que una medida positiva de la salud pública es la prevención de las enfermedades, de la mano con la asignación y repartición equitativas de los escasos recursos sanitarios en comparación con una creciente o exponencial demanda por salud de la población, donde factores como el aumento en la proyección de la vida sólo viene a reafirmar la necesidad de prevenir. En efecto, la detección temprana de enfermedades es un objetivo médico a nivel global, incluso requerido en el discurso de apertura de la Asamblea General de Naciones Unidas sobre enfermedades no transmisibles, de septiembre del 2011, cuando el Secretario

General del organismo, Ban Ki-moon, subrayó que algunas enfermedades graves y de alta mortalidad pueden prevenirse y la falta de prevención constituye una amenaza para el desarrollo. La salud pública chilena está afectada por los mismos males, haciendo crecer la menesterosidad de nuestro sistema sanitario para ofrecer soluciones a las personas con programas y políticas preventivas; el 30% de las muertes relacionadas con cáncer se pueden evitar, según señaló la doctora Laura Itriago, oncóloga de Clínica Las Condes, en una entrevista para un medio de comunicación social; en circunstancias de existir recursos para detectar algunas enfermedades con mayor tasa de mortalidad como lo son los canceres de próstata y de mama.

Una respuesta para la pregunta que nos hemos planteado, consiste en sostener que una de las formas de garantizar el igual acceso a las prestaciones de salud y de manera universal, dado una misma condición de salud o un estado sanitario idéntico, es a través del establecimiento de métodos claros para la determinación de contenidos mínimos en la ley e idealmente en una ley marco de amplias competencias en esta materia, más allá de este umbral que hemos llamado “establecer y garantizar derechos a prestaciones de salud mínimas” y concretar el ya analizado mandato constitucional sobre el derecho a la protección de salud en que los derechos sociales generan para el Estado obligaciones de hacer. Estas obligaciones de hacer, reitero son: la obligación de resguardar el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, la protección y recuperación de la salud y de rehabilitación del individuo, así como el deber de coordinar y controlar la ejecución de dichas acciones relacionadas con la salud.

11.- En este contexto es verdaderamente una conducta que ataca la ética de la profesión médica y del derecho sanitario que nuestra carta magna consagra, limitar, demorar o impedir, la gestión de un profesional capacitado en detectar tempranamente ciertas enfermedades, previniendo las mismas, aplicando las prestaciones de salud adecuadas tendientes a la recuperación del estado de salud, de aliviar a un individuo sufriente o con dolor crónico, de respetar la

autonomía de la voluntad de los pacientes o usuarios informados y de contar con la dotación de profesionales de salud, sean profesionales funcionarios o no para atender de una manera integral y holística a los pacientes con una planificación en la obtención de su alta médica. Sobre el dolor crónico de los pacientes o usuarios en aquellos casos cuando no existe un tratamiento destinado a erradicar la causa del dolor y a través de ella el dolor en sí y cuando éste no cumple ninguna finalidad fisiológica, es injustificable que el equipo de salud no dispongan de los medios reconocidos mundialmente para eliminar o atenuar el dolor y todos los efectos que este causa.

13.- Finalmente, los criterios de racionamiento sanitarios utilizados por cada una de las Guías Clínicas en Salud (GES) y su propuesta intrínseca de un racionamiento de los recursos sanitarios (reconociendo que son escasos) a raíz de un análisis económico o de costo beneficios, han creado mayores injusticas en materia de salud; ya sea siguiendo criterios como el tipo de prestador, público o privado; de las características de los pacientes, como su nivel socio económico, su género, el rango etario, su condición de salud general, etc.; es decir que, en general no se fundan en principios de equidad, responsabilidad y eficiencia propios del mandato constitucional del art. 19 N° 9 de nuestra magna que prescribe la garantía universal de la protección del derecho de la salud; este es el yerro que con este ley quiero salvar, ya que los criterios propios de la economía aplicados a la salud han disminuido considerablemente el número de pacientes que podrian ser atendidas recibiendo las prestaciones de salud. En efecto, se ha recurrido a criterios de exclusión o limitación en el acceso relacionados con la edad del paciente o su lugar de residencia, posibilidad de mejora o rehabilitación, son estos criterios de exclusión los que vulneran el principio de igualdad y la garantía de acceso universal.

III.- IDEAS MATRICES.

Centrarnos en los mecanismos para establecer prestaciones de salud en carácter de mínimos garantizadas. Por lo antedicho, el derecho a la protección de la salud ha de comprender las medidas preventivas de enfermedades desde el momento del nacimiento y por toda la vida de las personas; buscamos con ello entregar soluciones plausibles a los problemas de adjudicación de recursos escasos en derecho sanitario, garantizando un cierto estándar mínimo para los ciudadanos; estándar que debe, evidentemente, incluir un mínimo sanitario, que cubra las necesidades básicas de los ciudadanos, garantizando a todas las personas los medios adecuados de uso universal, es decir, un “mínimo social” suficiente para hacer realidad el ejercicio de las libertades y derechos, a partir del establecimiento de prestaciones sanitarias mínimas.

Alcance de las Normas del presente proyecto de ley: Estas normas se han de aplicar en virtud del ejercicio de la potestad reglamentaria, que podrá velar para su aplicación, garantizando el Estado un mínimo de prestaciones de salud a las que tendrá derecho desde que se nazca y a lo largo de la vida. Pudiendo al efecto el Ministerio de Salud, por la vía reglamentaria ampliar el espectro del programa nacional de detección temprana, prevencion y atención universal a los pacientes afetados por enefermedades o patologias GES o bien cubiertas por el AUGE.

POR TODO LO ANTERIOR, es que los Diputados firmantes vienen en proponer a esta Honorable Cámara de Diputados el siguiente proyecto de ley.

PROYECTO DE LEY QUE MODIFICA LA LEY N° 20.584 QUE REGULA LOS DERECHOS Y DEBERES QUE TIENEN LAS PERSONAS EN RELACION CON ACCIONES VINCULADAS A SU ATENCION DE SALUD, A FIN DE ESTABLECER Y GARANTIZAR DERECHOS A PRESTACIONES DE SALUD MINIMAS.

Artículo Único: Modifíquese la Ley N ° 20.584 que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención de salud, en el siguiente sentido:

1°.- Agréguese al inciso primero, del artículo nº 1, de la ley que se reforma, Nº 20.584, a continuación de la expresión *"atención de salud*" y del punto, que pasaría a ser punto seguido; la siguiente expresión:

"A fin de mejorar la protección de la dignidad, los derechos humanos y en especial la protección al derecho a la salud de todos los pacientes en general, los adultos mayores, las personas con discapacidad psíquica o intelectual, los plenamente capaces y los niños y niñas y adolescentes".

2º.- Agréguese al artículo 1° de la ley que se reforma, a continuación del inciso segundo, seguidamente de la expresión *"atenciones de salud"* y del punto que pasa a ser punto a parte; un nuevo inciso tercero del tenor que sigue:

Principios básicos de esta ley.

1. La dignidad de la persona humana, los derechos humanos y el derecho a la protección de la salud orientarán toda la actividad encaminada a obtener y ejecutar las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud, así como para la utilización, archivo, custodia y transmisión de la información y documentación de la ficha clínica y del alta médica.

2. Se reconoce el derecho de todos los pacientes o usuarios a no ser sometidos a tratos crueles o inhumanos o recibir un infratratamiento según los recursos actuales del prestador o del equipo médico, en el contexto de una atención médica o en la recepción de las prestaciones de salud en el ámbito público y privado de la salud. Es una negligencia tratar cruel e inhumanamente a un paciente cualquiera sea su condición y/o minoría, así como no permitir el acceso a los medicamentos esenciales para el alivio o manejo del dolor; salvo la manifestación de voluntad negativa de los pacientes o usuarios del artículo 14 de esta ley.

3. Toda actuación en el ámbito de las acciones en atención de salud requiere, con carácter general, el previo consentimiento de los pacientes o usuarios. El consentimiento debe obtenerse después de que el paciente reciba la información establecida en el párrafo sexto del título primero de esta ley y se prestará en la forma allí prescrita.

4. Todos los pacientes o usuarios tienen derecho a decidir libremente, después de recibir la información referida en el numeral anterior, entre las opciones de prestaciones de salud u opciones clínicas disponibles o a negarse a recibir tratamiento, oralmente o por escrito, según los artículo 14, 15 y 16 de esta ley y se será adosado a su ficha clínica y al alta médica, en su caso.

5. Los pacientes o usuarios tienen el deber de informar a los prestadores de salud o al equipo de salud que los atiendan los datos sobre su estado físico o sobre su salud de manera honesta y verdadera, así como el deber de colaborar en la obtención de esta información.

6. Todos los pacientes o usuarios de las prestaciones de salud, tienen derecho a ser creídos y reconocidas sus manifestaciones y vivencias de enfermedad y dolor por parte de los prestadores e instituciones y los miembros de los equipos médicos que los atiendan.

7. Se reconoce que el dolor es una experiencia personal y que tiene una gran variabilidad de respuestas o manifestaciones, según la persona o paciente y las distintas situaciones que causan dolor.

8. Se reconoce a todos los pacientes o usuarios que podrán contar con el derecho mínimo garantizado a recibir una atención integral, interdisciplinaria u holística, humanizada, así como los tratamientos o intervenciones con base en la mejor evidencia científica según los avances en salud mental, lo menor restrictiva posible de las libertades individuales que esos avances científicos aconsejen y con las sesiones prolongados por los periodos que aseguren su rehabilitación, sanamiento o cura o una mejora en sus calidades de vida en comparación al inicio de los terapias dichas.

9. Todo prestador institucional, los miembros de los equipos de salud que atiendan a los pacientes o usuarios y las personas que elaboren o tenga acceso a la información y la documentación de la ficha clínica, están obligados a la correcta prestación o aplicación de sus técnicas o arte, al cumplimiento de los deberes de información, de documentación y actualización de la ficha clínica, al respeto de las decisiones adoptadas libre y voluntariamente por los pacientes y usuarios y a guardar la reserva prescrita en la ley.

3°.- Agréguese el siguiente artículo 5° Bis, a continuación del artículo 5° de la ley que se modifica, del tenor que sigue:

Artículo 5° bis.- En su atención de salud, el Estado podrá garantizar y proveerá a lo menos el derecho de los pacientes o usuarios a ciertas prestaciones de salud mínimas garantizadas:

a) El derecho a ser atendidos por profesionales sanitarios, sean profesionales funcionarios o no, que tengan la debida formación y experiencia en la evaluación y tratamiento del dolor o ser derivados al profesional adecuado.

b) El derecho a una evaluación y tratamientos o prestaciones de salud adecuadas al dolor que sufra el paciente o usuario.

c) El derecho a que se registren periódicamente en su ficha clínica los resultados de las evaluaciones de los pacientes o usuarios, para actualizar el tratamiento y a

los miembros de los equipos de salud que los atiendan, así como obtener el alivio eficaz y permanente del dolor o enfermedad que los afecte.

d) Todo niño recién nacido podrá contar con el derecho a que se estudie tempranamente su capacidad auditiva y se le brinde tratamiento en forma oportuna si lo necesitare, para lo cual podrá contar con la realización de los estudios o exámenes que permitan la detección de la sordera al nacer, conforme al avance de la ciencia y la tecnología para la detección temprana de la hipoacusia, a todo recién nacido, antes del primer año de vida.

e) Todo paciente o usuario adulto mayor, podrá contar con la garantía de que el equipo de salud que lo atienda concretará los mayores esfuerzos para crear una relación de confianza, que permita determinar, entre otras circunstancias: Una evaluación y tratamiento médico por los daños producidos por el posible abuso y/o abandono; intentar establecer o mantener una relación terapéutica con la familia del paciente y propender a que el equipo de salud que lo atienda sea multidisciplinario de tratantes de las profesiones médica, servicio social, salud mental y legal, cada vez que sea posible.

f) Todo paciente o usuario podrá contar con la garantía de efectuarse a partir de los 40 años de edad los exámenes de mama, las mujeres y de próstata los hombres, una vez al año; en el sistema de problemas de salud GES.

4°.- Agréguese al final del inciso primero del artículo 6° de la ley de referencia, a continuación de la expresión “clínica” y del punto aparte, que por esta reforma pasa a ser punto seguido; la expresión que sigue:

Se reconoce el rol fundamental de los pacientes o usuarios y sus familiares y cercanos a la hora de ayudar al equipo de salud a establecer los padecimientos, dolencias o enfermedades que los estén afectado, en la aplicación de los tratamientos y en el cumplimiento de sus objetivos al recibir el alta médica.

5°.- Agréguese al final del inciso primero del artículo 11° de la ley de referencia, una nueva letra e) a continuación de la letra d) de dicha norma, la expresión que sigue:

e) Educación sobre las alternativas existentes para un tratamiento adecuado de su enfermedad o dolencia y del dolor que esté padeciendo, las familias o personas cercanas también tienen derecho a recibir esta educación.

6°.- Agréguese al final del inciso segundo del artículo 12° de la ley de referencia, unos nuevos incisos tercero y cuarto, a continuación de la expresión "19.628" y del punto a parte, del tenor que sigue:

La ficha clínica incluirá a lo menos los datos, valoraciones e informaciones de cualquier índole sobre la situación y la evolución clínica de un paciente o usuario a lo largo del proceso de aplicación de las prestaciones médicas, aquellos datos que permiten adquirir o ampliar conocimientos sobre el estado físico y la salud de una persona, o la forma de preservarla, cuidarla, mejorarla o recuperarla. Además contendrá el Informe de alta médica, cuando el paciente o usuario reciba el alta.

El informe de alta médica es el documento emitido por el médico responsable del equipo de salud al finalizar cada proceso te atención o de prestación de salud de un paciente, que especifica los datos de éste, un resumen de su historial clínico, las prestaciones de salud o tratamientos prestados, el diagnóstico y las recomendaciones terapéuticas.

7º Modificación al artículo 10º de la ley en estudio:

Sustitúyase íntegramente el actual inciso segundo del artículo 10º de la ley en estudio por un nuevo inciso segundo, que se señalara a continuación y además agrégase un nuevo inciso tercero, pasando los actuales incisos tercero y cuarto a ser incisos cuarto y quinto, respectivamente.

“El titular del derecho a la información es el paciente, además serán informados, los parientes señalados en el artículo 42 del Código Civil en el orden y preferencia allí descritas, el apoderado o representante legal que se haya designado y otras personas relacionadas con el paciente por razones de hecho, en la medida que el paciente lo permita de manera expresa o tácita. Cuando la condición del paciente, a criterio del médico tratante y de otros dos profesionales de la salud técnicamente calificados, según el cuadro clínico respectivo, que sirvan en el mismo recinto hospitalario, no le permitan recibir la información directamente o carezca de capacidad para entender la información a causa de su estado físico o psíquico o se encuentre con alteración de conciencia, la información a que se refiere el inciso primero será dada a los parientes y personas en la forma aquí prescrita. Una vez que el paciente haya recuperado la conciencia y la capacidad de comprender, el médico tratante u otro profesional tratante deberá entregarle la información referido en el inciso anterior.

En caso de pacientes con discapacidad de origen auditivo y/o visual el médico tratante deberá proporcionar la información referida en el inciso primero directamente a estos pacientes por vía de mecanismos de comunicación diversa a la oral, como el lenguaje de señas, por medio de la escritura, lectura de braille u otros mecanismos actuales de comunicaciones con estas personas y del mismo modo prescrito en el inciso precedente a los parientes y personas ya referidos; en caso de pacientes con discapacidad de origen mental el médico tratante formará su convicción acerca de la condición de la persona para recibir directamente la referida información, consultando a otros dos profesionales de la salud técnicamente calificados, según el cuadro clínico respectivo, que sirvan en el mismo recinto hospitalario, a fin de comunicar la información referida a la brevedad o al siguiente turno a más tardar a estos pacientes o sólo a los parientes y personas ya referidos.

8º.- Modificación al artículo 16 de la ley en estudio.

Agréguese en el inciso primero del art.16 de la ley en estudio, a continuación de la expresión *“su vida”* y antes de la coma, la siguiente frase: “o de los métodos extraordinarios de tratamiento”

Para agregar a continuación de la expresión *“el rechazo”,* la expresión “o suspensión”

9º.- Modificación al artículo 17º de la ley en estudio:

Elimínense del inciso primero del artículo 17º de la ley en estudio, a continuación de la frase “tenga dudas”, la expresión *“acerca de la competencia de la persona”* y luego de la frase “decisión manifestada por”, sustitúyase la expresión “ésta” por la siguiente expresión “el paciente”.

DR. MIGUEL ANGEL ALVARADO RAMIREZ

Honorable Diputado de la República, distrito 9, IV Region de Coquimbo.