

INFORME DE LAS COMISIONES UNIDAS DE CONSTITUCIÓN, LEGISLACIÓN, JUSTICIA Y REGLAMENTO Y DE SALUD, sobre el proyecto de ley, en segundo trámite constitucional, que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud.

BOLETÍN N° 4.398-11

HONORABLE SENADO:

En sesión de fecha 18 de mayo del año en curso, la Sala acordó solicitar informe a estas Comisiones Unidas, respecto de algunas disposiciones del proyecto indicado en la suma que han merecido observaciones de constitucionalidad.

A las sesiones en que las Comisiones Unidas consideraron este asunto asistieron las siguientes personas:

- Del Ministerio de Salud, el Ministro, señor Jaime Mañalich Muxi; el Jefe de Gabinete, doctor Juan Cataldo; el abogado asesor, señor Jaime González Kazazian; el abogado del departamento Jurídico, señor Máximo Pavez Cantillana; el asesor, señor Jorge Hübner Garretón.
- Los abogados constitucionalistas señora Carmen Domínguez Hidalgo y señor Patricio Zapata Larraín.
- El abogado del Programa Legislativo de CIEPLAN, señor Sebastián Pavlovic Jeldres.
- El asesor del Ministerio Secretaría General de la Presidencia, señor Pedro Pablo Rossi.
- El analista de la Biblioteca del Congreso, señor Eduardo Goldstein Braunfeld.
- Y los siguientes asesores parlamentarios: de la Honorable Senadora Soledad Alvear, los señores Héctor Ruiz, Marcelo Drago y Jorge Cash; del Honorable Senador señor Alberto Espina, la señora Carol Gibsson Tepper; de la Honorable Senadora señora Ximena Rincón, la señora Labibe Yumha y el señor Fidel Miranda; del Honorable Senador señor Patricio Walker, el señor Fernando Dazarolla Leichtle, y del H. Senador Francisco Chahuán, la señora Marcela Aranda Arellano.

En algunas sesiones la Honorable Senadora señora Soledad Alvear fue reemplazada por la Honorable Senadora señora Ximena Rincón; el Honorable Senador señor Mariano Ruiz-Esquide fue

reemplazado por la Honorable Senadora señora Ximena Rincón y por el Honorable Senador señor Patricio Walker, y el Honorable Senador señor Francisco Chahuán fue reemplazado por el Honorable Senador señor Alberto Espina. En ciertas votaciones algunos Senadores figuran emitiendo dos votos, porque a la sazón integraban ambas Comisiones Unidas.

- - - - -

Convocadas por el señor Presidente de la Comisión de Salud, Honorable Senador señor Fulvio Rossi Ciocca, ellas se reunieron el 15 de junio pasado y eligieron como Presidente al titular de la de Salud.

Respecto de esto último, en dicha sesión el Honorable Senador señor Espina hizo presente que, de conformidad con el artículo 32 del Reglamento del Senado, cuando funcionan unidas dos o más Comisiones permanentes, presidirá el Presidente de la Comisión a que corresponda la precedencia según el orden del artículo 27, y que en este último precepto la Comisión de Constitución, Legislación, Justicia y Reglamento ocupa el tercer lugar, en tanto que la de Salud figura en el duodécimo. Preciso que planteaba el punto en aras del buen acatamiento del Reglamento del Senado y que ello no importaba un juicio sobre el Presidente elegido en esta oportunidad.

El Honorable Senador señor Rossi manifestó entender el argumento del Honorable Senador señor Espina, y adujo sin embargo que la Sala del Senado modificó soberanamente disposiciones reglamentarias.

Se tuvo presente que en la oportunidad en que se encomendó el presente informe, el señor Vicepresidente del Senado, Honorable Senador señor Letelier, anunció que pondría en votación el envío del proyecto a las Comisiones Unidas, presididas por la Comisión de Salud, y al proclamar el resultado de la votación expresó que la iniciativa se enviaba a las Comisiones Unidas, en los términos expuestos por la Mesa.

El Honorable Senador señor Espina replicó que ha planteado esta cuestión reglamentaria porque el Reglamento del Senado no puede dejarse sin aplicación para un caso específico por simple mayoría, pues se requiere la unanimidad de la Sala. Reiteró que no cuestionaba lo obrado por el señor Presidente de la Comisión de Salud ni su elección para presidir las Comisiones Unidas, sino que deseaba llamar la atención sobre la necesidad de ajustarse al Reglamento, como única forma de salvaguardar el rol y los derechos de las Comisiones.

El Honorable Senador señor Ruiz-Esquide expresó que siempre ha sido contrario a que unas comisiones ejerzan una suerte de tutela sobre lo obrado por otras y por eso objetó en su oportunidad al trámite de comisiones unidas. Sin perjuicio de comprenderla inquietud del

Honorable Senador señor Espina, sostuvo que el problema debió plantearse antes de esta primera sesión, para no colocar en una situación incómoda a quien la preside.

Como se dijo, las Comisiones Unidas están llamadas a estudiar los reparos de inconstitucionalidad que en la Comisión de Constitución, Legislación, Justicia y Reglamento del Senado se han levantado respecto de algunos preceptos del proyecto en informe. A instancias de los Honorables Senadores señores Larraín, don Hernán, y Walker, don Patricio, se adoptó el predicamento de corregir también aspectos de forma que mejoren el texto del proyecto de ley.

Las Comisiones Unidas acordaron por unanimidad sesionar los días miércoles, de 15 a 16 horas, hasta concluir su trabajo. Además, resolvieron invitar a algunos académicos, para conocer sus planteamientos frente a las cuestiones que han sido impugnadas.

El señor Secretario de la Comisión de Constitución, Legislación, Justicia y Reglamento expuso una síntesis de las conclusiones a que arribó esa Comisión cuando revisó el proyecto en una etapa anterior de su tramitación, algunas de las cuales pueden clasificarse como reparos de constitucionalidad de fondo y otras como proposiciones para mejorar redacciones y asegurar la recíproca coherencia entre las disposiciones de esta iniciativa.

Son observaciones de constitucionalidad específicas las relacionadas con:

1. el derecho preferente de los padres a educar a sus hijos;
2. la protección de la vida, el derecho a una muerte digna y la prohibición de la eutanasia;
3. el respeto y protección a la vida privada y la honra de las personas;
4. el resguardo del principio de legalidad, y
5. el principio del justo y racional procedimiento.

Las referencias que se hacen en el presente informe remiten al articulado del proyecto propuesto en el Nuevo Segundo Informe de la Comisión de Salud.

El reparo del número 1) se vincula con los siguientes artículos: 9°, incisos segundo y tercero; 10, inciso primero; 11, inciso segundo; 14, inciso tercero, letra b), y 17, inciso segundo.

El reparo del número 2) atañe a los artículos 15 y 18.

El del número 3) dice relación con los artículos 5°, letra c), y 14, letra d).

El del número 4) afecta a los artículos 23 y 25.

El del número 5) está referido al artículo 29.

- - - - -

Las Comisiones Unidas invitaron a exponer a los profesores señora Carmen Domínguez Hidalgo y señor Patricio Zapata Larraín.

A solicitud del Honorable Senador señor Espina, se transcriben a continuación textualmente esas intervenciones.

INTERVENCIÓN DE LA PROFESORA SEÑORA CARMEN DOMÍNGUEZ

“Luego de agradecer la invitación, manifestó el interés del Centro de Familia de la Universidad Católica de poder participar en la discusión de este proyecto, especialmente en relación con el punto en debate, esto es, la eventual facultad de los mayores de 14 años de poder negar toda información de salud a sus padres, que resulta del análisis de diversos artículos del proyecto. Si bien es cierto que el proyecto fue modificado en el Nuevo Segundo Informe de la Comisión de Salud, aún la relación entre sus distintas normas permite que estos mayores de 14 años puedan denegar toda información de salud a sus padres.

En primer lugar, le pareció que una facultad como esta vulnera la garantía constitucional del artículo 19 N° 10 de la Constitución Política de la República, que establece el derecho y el deber preferente de los padres de educar a sus hijos, y además es una de las bases sobre las cuales se asienta toda la regulación de familia y, en particular, la relación filial y los deberes de cuidado que tienen los padres respecto de los hijos. Este deber preferente está consagrado no sólo en la Constitución Política sino también en un sinnúmero de tratados internacionales, que emplazan a los Estados a proteger el deber preferente de los padres de educar a sus hijos. Es el caso de la Convención de los Derechos del Niño, por destacar uno de los más importantes, que establece expresamente que los Estados deben amparar y asegurar el pleno respeto del deber de los padres de educar a sus hijos.

Desde este punto de vista hay que tener presente el contenido de este deber de educar, que no es sólo un deber de educación formal, sino que, de la relación del citado artículo 19 N° 10 con otras normas, como el artículo 1° inciso cuarto del mismo cuerpo normativo, se puede deducir que el deber de los padres es de conducir al pleno desarrollo de la persona en la distintas etapas de su desarrollo y, en definitiva, lograr el desarrollo más integral de los hijos en todos los aspectos posibles; por eso precisamente nuestra Constitución reserva al Estado un rol subsidiario desde

el punto de vista de su participación en la educación de los hijos, y por lo tanto el deber del Estado es más bien proveer los medios, las instancias necesarias, y sólo asumir la formación de aquellas personas cuyos padres no sean capaces de desarrollar esa tarea o cuando por distintas circunstancias no existan adultos responsables que puedan encargarse de ella.

La subsidiaridad del Estado en esta materia ha sido desde siempre recogida en toda la normativa civil, que es la encargada de regular el ámbito de las relaciones familiares, y el principio que informa al derecho de familia es que se establece un mínimo, un piso básico de derechos y deberes necesarios para la preservación de la familia, y en este caso de la relación filial, pero sin invadir ni modelar cómo ni cuándo se hace vivir la familia, ni con qué intensidad se deben vivir esos vínculos.

En segundo lugar, señaló que esta facultad dada a los mayores de 14 años se ha tratado de justificar en la idea de que ha existido un cambio, producto de la propia Convención de los Derechos del Niño, en la mirada que se dispensa al niño, en el sentido de entender que hoy es un sujeto de derechos y no de alguna manera un objeto, como quizás en algunas miradas pretéritas podía existir. Consideró que en efecto es así, la afirmación es correcta, pero el afirmar que los adolescentes sean sujetos de derecho en nada incide en poder restringir su capacidad o exigir que su capacidad sea completada por la voluntad de sus padres, ello no supone afectar ni en ningún caso violentar esta calidad de sujeto de derecho; afirmar lo contrario es confundir dos conceptos básicos, la capacidad con la calidad de sujeto de derechos. Todas las personas son sujetos de derecho, por eso se distingue entre capacidad de goce y de condición. Afirmar que un mayor de 14 años requiere de la participación y presencia de sus padres, en nada incide en su capacidad de sujeto de derecho, al contrario, implica ver cómo acompañamos y protegemos a ese niño que todavía no tiene suficientes elementos de juicio para poder discernir entre distintas opciones, por ejemplo, en materia de salud, cuál es el mejor tratamiento para que se le aplique.

También consideró importante resaltar que se ha argumentado con la autonomía proyectiva, que es un nuevo concepto deducido a partir de la Convención de los Derechos del Niño. Se ha dicho que esta autonomía proyectiva obligaría a tener que darle este espacio al menor. Acá se incurre nuevamente en una confusión, la autonomía proyectiva, que se reconoce en materia de bioética, quiere decir que el adolescente está en tránsito, en desarrollo, está aprendiendo y creciendo cada día; pero en ningún caso implica afirmar que el adolescente es un adulto y que hay que tratarlo como tal, pues si fuera así habría que rebajar la mayoría de edad a los 14 años y permitir que celebre todo tipo de actos jurídicos. Insistió en que al hablar de autonomía proyectiva se busca decir que en la medida de su comprensión él debe ser informado, tiene derecho a ser oído respecto de su tratamiento, pero no supone tratarlo como un adulto.

Señaló que otro de los argumentos invocados es que esta facultad que se estaría entregando a los mayores de 14 años es una consecuencia de la confidencialidad médica. Es importante tener presente que en el caso de los mayores de 14 años, y en general de los niños, no existe una confidencialidad médica absoluta, el niño no podría ser tratado en la relación médico paciente con total prescindencia de sus padres, pues precisamente lo que sucede con el menor de edad es que tiene que participar y actuar acompañado, representado por sus padres, ya que no tiene la capacidad plena para poder entender las distintas consecuencias de las decisiones que adopta. Desde ese punto de vista la confidencialidad médica no podría alcanzar a los padres; si fuese así implicaría que toda intervención médica en un menor tendría que hacerse sin la presencia de los padres, pues la confidencialidad implicaría que nunca podría intervenir un tercero, no habría razón para adoptar una actitud distinta en un niño de 3 o 13 años.

Resaltó las consecuencias que acarrearía vulnerar este mandato jurídico que impone la Constitución y el ordenamiento jurídico en general. Por supuesto, si se faculta al mayor de 14 años en los términos que lo plantea la Comisión de Salud en este proyecto, se invadiría la relación filial y se estaría violando el principio de subsidiaridad del Estado en materia de familia; si el Estado se va configurando en el mejor padre, eso genera un debilitamiento de los vínculos filiales, cuando en realidad el rol del Estado debe promover, alentar esta relación, debe buscar la forma para que los padres se comprometan más con la vida de los hijos, que es precisamente el drama que existe en muchos casos. Tratándose de padres que sí quieren estar presentes en la vida de sus hijos, no se ve razón para introducir un elemento de conflicto y tensión como este.

Por otro lado, concederle al menor esta facultad genera una incoherencia en el tratamiento que el ordenamiento jurídico le da al menor de edad, y en particular al mayor de 14 años, pues por una parte las reglas generales sobre capacidad establecen que los padres tienen responsabilidad por el cuidado de la persona y bienes de los hijos, deber de cuidado integral del hijo, que son responsables civilmente por los daños que los hijos pueden causar, llegando incluso a la responsabilidad objetiva en lo que dice relación con los hábitos viciosos que les han dejado contraer, y por otro lado una norma sanitaria prescribiría que los padres no serán consultados en la toma de decisiones de un aspecto tan importante de la vida del hijo como es la salud. Ello con la agravante que en cierto tipo de tratamientos, especialmente cuando se trata de entidades privadas, los gastos van a tener que ser costeados por esos padres, pues en virtud del deber de cuidado están obligados a financiar ese tratamiento respecto del cual no han podido intervenir ni opinar ni siquiera saber si se justifica o no.

En tiempos donde se ha discutido públicamente la necesidad de proteger a los menores, de cualquier edad que sean, no se explica que de alguna manera las soluciones que distintos cuerpos legales están dando al menor sean tan incoherentes, pues resulta que el menor no

puede comprar cigarrillos, no podría según el proyecto de ley sobre composición nutricional de los alimentos, comprar en determinados casos comida chatarra, es decir normas que quieren protegerlos en materia de salud, y sin embargo pueden denegarle toda información de salud a sus padres.

Cabe preguntarse cuál es el criterio que justifica que en ciertas materias la competencia del mayor de 14 años se calibre de una manera superior que en otras, y por qué en ciertas materias se considera que los padres deben intervenir y en otras deben ser excluidos. Esa parece ser la pregunta de fondo, qué particularidades justificarían un tratamiento tan distinto en un caso y en otro; y por qué se quieren introducir factores de erosión de la relación filial. Al respecto comentó que ha revisado toda la jurisprudencia posible respecto de tensiones y conflictos eventuales entre padres e hijos, o médicos y padres, y sólo ha podido encontrar un caso que llegó a la jurisprudencia, que es el caso de los padres de un menor, testigos de Jehová, en el que el médico quiere transfundir al hijo y los padres recurren de protección. En este caso la Corte de Apelaciones de Valdivia estimó que si corría peligro la vida del hijo, el médico asumía el rol protector del niño.

Es decir, tampoco se justifica la regla de acuerdo a la realidad. En el Departamento de Pediatría de la Universidad Católica una norma como ésta no es razonable ni necesaria.

Hilando un poco más fino, hay que preguntarse quién va a proteger a ese niño, por ejemplo, de un error en el diagnóstico o de un diagnóstico insuficiente, quién lo va acompañar en el tratamiento que le prescriba el médico, por ejemplo una kinesiología, y quién va a dar cumplimiento a un tratamiento, si los padres ni siquiera han sido informados. Es decir, desde un punto de vista ya no sólo jurídico, sino práctico, esta regla lo único que haría sería alentar un problema que se quisiera evitar; ojalá existieran más padres comprometidos y eso es lo que nuestro ordenamiento jurídico debiera promover.

Manifestó su deseo de que la Comisión pueda replantearse esta norma ya que no estima que exista la necesidad de regular la materia y, por otra parte, jurídicamente no encuentra sustento o fundamento.”.

INTERVENCIÓN DEL PROFESOR SEÑOR PATRICIO ZAPATA

“Manifestó que gran parte de lo que señalará es tributario de un trabajo muy completo acerca del tema que ocupa a esta Comisión, del profesor José Manuel Díaz de Valdés, quien publicó el año pasado en la Revista Chilena de Derecho, Volumen 37, número 2, un análisis sobre aspectos constitucionales involucrados en los problemas que dicen relación con las intervenciones en materia de salud en menores de edad.

Una de las dificultades de este tema es que, por una parte, se tiende por algunos a idealizar a los sujetos involucrados, ya sea la familia, como si todas fueran familias amorosas, cariñosas y preocupadas; a los niños, como jóvenes lúcidos y conscientes, o a los médicos tratantes, como verdaderos apóstoles de la salud. Cualquiera de esas tres idealizaciones llevará a legislaciones equivocadas: no todas las familias son familias perfectas, y en su entender los artículos del proyecto objetados se ocupan de las familias no perfectas, fracturadas, o de aquellos casos en que no hay familia. Es un aspecto que muchas veces complica el análisis.

La Constitución Política de la República se construye en el plano de los ideales, propone objetivos, pero no puede alejarse tanto de la realidad y transformarse en una vía inalcanzable. Cuando la Constitución habla de familia no está dando una concepción sociológica, no es una encuesta CASEN, sino que está refiriéndose a un cierto valor. Podemos discutir cuan cerca está de ese valor la realidad de la familia chilena. De ese valor que establece la Constitución se derivan ciertas exigencias, y el hecho de que existan familias destruidas, familias con violencia, no puede llevar a que uno desatienda la obligación de la Constitución que es tender al fortalecimiento de ese valor. Ahí hay una tensión.

El segundo problema que identifica es que se tiende a poner en contraposición los derechos del menor y los supuestos derechos de los padres. Si uno entiende correctamente la consecuencia de haber adoptado la Convención de los Derechos del Niño, lo que se asume es que ese menor, que es persona desde el momento de la concepción, con todos los derechos que de ello se derivan, tiene una serie de necesidades, que van desde la necesidad absoluta, durante la vida intrauterina, con el consiguiente deber de esa madre; después del nacimiento vuelve a necesitar y sigue necesitando especialmente a la madre, y eso genera la discusión respecto del postnatal; en una etapa siguiente, aún necesita en forma bastante absoluta a los padres, y eso hace que el derecho sustituya la voluntad de ese menor por la de sus padres, hasta cierta edad, la que depende del país, pero generalmente hasta los 12 o 14 años. A partir de los 14 años, el menor tiene derecho a la asistencia de sus padres, ahí está la clave.

Entonces, al sacar a los padres o ponerlos en un segundo o tercer plano, en realidad no se está afectando el derecho de los padres, sino el derecho del menor a contar con esta asesoría, calificada en principio, más cercana, más próxima, más adecuada. El menor tiene derecho a que en las decisiones importantes que tomará a partir de los catorce años cuente con el apoyo, la asesoría directa de la familia. Ninguna confianza en la ciencia médica puede llevar a desconocer que en esa etapa de formación, de maduración, el menor tiene derecho a esa asistencia, a ese apoyo.

A su juicio el proyecto hace bien al colocar en el centro de la discusión al menor. La Convención de los Derechos del Niño nos

pide tratar al menor como una persona, ir permitiéndole tomar crecientes decisiones. Es en el aterrizaje más preciso de la redacción de las normas del proyecto en discusión donde a su juicio no se logra perfectamente salvar esta relación.

Tal cual está redactado el artículo 17, inciso segundo, en su primera parte dice correctamente que “Los mayores de catorce años de edad y menores de dieciocho expresarán su voluntad personalmente”, ellos son los sujetos de la acción que se va a realizar. Pero a continuación señala “Sin perjuicio de ello, los padres o representantes legales deberán ser también consultados al respecto”. A su juicio el afirmar “sin perjuicio de ello” revela una visión de fondo: está la voluntad del menor y está esta otra voluntad, la de los padres. A la luz de lo que ha señalado, le parece que esto no es un “sin perjuicio de”, los mayores de catorce años expresarán su voluntad personalmente, en el contexto de consultas e informaciones que se han proporcionado a él o ella y a sus padres. Justamente porque no tiene dieciocho o diecinueve años, no puede tomar sus decisiones solo, las toma en el concierto de una información compartida. Por eso insiste que no cabe hablar de “sin perjuicio de”, pues el legislador pareciera poner en contraposición los derechos del menor frente a los supuestos derechos de los padres, quienes en realidad no tienen ningún derecho sino que tienen deberes de asistencia de este ser que necesita este auxilio.

Sin embargo, si el menor se opone a ello, el legislador no pide que entregue algún fundamento o razón, basta que lo exprese. La norma señala “Sin embargo, si el menor se opone a que ellos sean consultados, el profesional tratante podrá acceder a dicha petición si estima que la situación del menor no implica grave riesgo para su salud o su vida”, es decir, el profesional tratante tiene un grado importante de discrecionalidad, puede decir sí o no, lo que en la lógica del respeto del menor como persona no parece muy coherente. La causal que se utiliza para distinguir es el mayor riesgo para la salud del menor o su vida, es decir cuando es un riesgo grave, el clásico ejemplo de una quimioterapia, el médico tratante no podría acceder a dicha petición e informaría a los padres, pero si fuese algo que no es grave, el médico podría acceder a la solicitud, o llevar la decisión a un comité.

Informó que revisó bastante derecho comparado, especialmente derecho británico, pues la medicina y la bioética es muy potente en el Reino Unido y desde 1985 impera lo que se conoce como “Doctrina Gillick”, un fallo de los Lordes que establece una doctrina precisamente para esta situación. Básicamente esta doctrina implica que el menor que no quiere que se informe a sus padres o representantes legales debe expresar alguna causa; el médico tratante debe hacer algún juicio respecto al grado de capacidad, de lucidez, de conciencia acerca de lo que está ocurriendo a ese menor; el médico tratante debe tratar de disuadir al menor, de dirigirlo, en el sentido de que su beneficio está en que consulte otras opiniones de personas que naturalmente entregarán un consejo bien

intencionado, y finalmente establece que el médico podrá denegar la petición, pero también podrá acceder a ella no por razón de la gravedad, sino cuando existan antecedentes que acrediten que la información a los padres podría dañar el interés legítimo del niño, que el niño va a ser objeto de una represalia, el niño pudiere ser objeto de una agresión.

La jurisprudencia ha ido desarrollando estos elementos, se trata de padres ausentes, hay historias de violencia previa, de agresión, tratamientos por depresión, etc. Porque efectivamente hay casos en que no va en el mejor interés del menor que se informe a los padres, tema que se discutió largamente en este Congreso a raíz de la píldora del día después, es una hipótesis que hay que tener en cuenta.

Pero insistió que del modo en que está redactado, el artículo 17, inciso segundo, contrapone la voluntad del menor con la de los padres, y no los ve como socios, como efectivamente lo son en la mayoría de los casos, o al menos como la Constitución Política de la República quiere que lo sean.

Llamó la atención sobre que no ha hecho ninguna referencia al deber preferente de los padres a educar a sus hijos. Tiene dudas de que sea una buena manera de tratar constitucionalmente este tema, pues no ve una relación tan directa entre el artículo 19 N° 10 y los problemas objeto de esta discusión. Por lo demás, ya el Tribunal Constitucional en el fallo sobre la píldora del día después se refirió al argumento del deber preferente de los padres a educar a sus hijos, y lo desestimó, a propósito de la distribución gratuita de la píldora. Recordó que en esa oportunidad se acogió el requerimiento por estimar que existía una duda razonable respecto de los eventuales efectos abortivos del levonorgestrel, no porque el Estado, el Ministerio de Salud, las Municipalidades, entregaran estas pastillas a menores sin consultar a sus padres.

Reiteró que en su parecer existe una base constitucional: la Convención de los Derechos del Niño es derecho constitucional chileno desde el año 1990, no es un tratado cualquiera desde que Chile lo ratificó. De esa Convención se deduce que el menor tiene derecho a una familia, tiene derecho al apoyo, a la asistencia de sus padres. Excluir a los padres y colocarlos en un segundo o tercer lugar es una violación constitucional del derecho del menor, no de la familia, no de los padres. La familia está al servicio de esa necesidad del menor, obviamente no siempre puede hacerlo y por eso existen alternativas, pero primero deben estar los padres y luego el especialista médico, para efectos de una decisión que no es sólo técnica, así como durante la gestación primero está la madre, y sólo si ella no puede llevar adelante la gestación, la incubadora.

Relacionó el rol del facultativo en esta hipótesis con el del abogado en el derecho a la defensa, pues hay quienes entienden que el derecho a la defensa consiste en tener muy buenos abogados, y por

tanto si al imputado lo apoyan los mejores abogados, esa persona ha visto satisfecho su derecho a la defensa. En su opinión el derecho a la defensa es el derecho que tiene esa persona, que es probable que no sepa nada de leyes, a saber qué es lo que está pasando, de qué se le acusa y cuáles son las consecuencias posibles de lo que va a ocurrir, es básicamente el derecho a ser un sujeto y no un número.

Lo plausible de este proyecto, en ese sentido, es que coloca a la persona como un sujeto, no como un número a protocolizar; pero las personas sólo son sujetos autónomos, individuales, completamente libres, una vez completado su desarrollo, su maduración. Hasta los 18 años lo hacen en el contexto del grupo familiar, de los padres, y ese es el sentido más preciso del derecho de los pacientes, no a tener muy buenos apoyos técnicos, sino a saber lo que está pasando y a tomar decisiones a veces difíciles con el mejor contexto moral posible, que lo proporcionan los padres, o por lo menos esa es la lógica de la Constitución Política de la República al señalar que la familia es el núcleo fundamental de la sociedad.¹

- - - - -

DEBATE Y DECISIONES

Como se señaló anteriormente, las Comisiones Unidas trataron también puntos de orden formal, que no fueron parte de las prevenciones sobre conflictos entre el ordenamiento constitucional y las normas del proyecto.

El debate y los acuerdos se expondrán siguiendo siempre el orden del articulado propuesto por la Comisión de Salud en su último informe.

ARTÍCULO 1°

La Comisión de Salud en su Nuevo Segundo Informe aprobó el siguiente texto:

“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.”.

¹ El Profesor Zapata entregó una separata de la Revista Chilena de Derecho Privado, N° 7, págs. 1237-158 (diciembre 2006), que se agrega al expediente y queda a disposición de los señores Senadores que deseen consultarla. Ella contiene un artículo del profesor Rodrigo Barcia Lehmann titulado “Sobre la capacidad de los adolescentes para recibir la denominada píldora del día después”.

Las Comisiones Unidas adicionaron el inciso segundo con la última parte del inciso tercero del artículo 3°, que hace aplicables las normas de esta ley a las demás personas vinculadas con la atención de salud. Además, corrigieron un aspecto formal menor en la redacción del inciso segundo en comento.

- Acordado por la unanimidad de los miembros presentes, Honorables Senadores señora Alvear y señores Chahuán, Espina, Larraín, don Hernán, Orpis, Rossi, Ruiz-Esquide, Uriarte y Walker, don Patricio.

ARTÍCULO 2°

El precepto aprobado por la Comisión de Salud es el siguiente:

“Artículo 2°.- Toda persona tiene derecho a que, cualquiera que sea el prestador que le otorgue atención de salud en las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y la rehabilitación del individuo, éstas sean dadas oportunamente y sin discriminación arbitraria alguna, en las formas y condiciones que determinan la Constitución y las leyes, de acuerdo a las condiciones previstas en éstas.

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.”.

Del inciso primero se suprimió, por redundante, la frase final “de acuerdo a las condiciones previstas en éstas” y la coma que la precede.

En el inciso segundo se adicionó la palabra “igual” antes del vocablo “calidad”, para no dar lugar a una lectura que pretendiera que la atención de salud proporcionada a personas con discapacidad o privadas de libertad puede ser de calidad distinta, o incluso inferior, a la del resto de las personas.

- Aprobado por la unanimidad de los miembros presentes, Honorables Senadores señoras Alvear y Rincón y señores Chahuán, Espina, Larraín, don Hernán, Rossi, Uriarte y Walker, don Patricio.

ARTÍCULO 3°

Además de abreviar y simplificar la parte final del inciso primero, se reemplazó los incisos segundo a cuarto, para depurar la definición de prestadores institucionales e individuales.

- Acordado con igual votación que la anterior.

ARTÍCULO 4°

Se complementó el inciso primero con la frase “y con los protocolos establecidos”, para hacerlo concordante con el inciso segundo, que alude tanto a normas cuanto a protocolos.

- Aprobado por la unanimidad de los miembros presentes, Honorables Senadores señora Alvear y señores Chahuán, Espina, Larraín, don Hernán, Rossi, Ruiz-Esquide, Uriarte y Walker, don Patricio.

ARTÍCULO 5°

El inciso segundo de este artículo, en tres literales, enuncia deberes de los prestadores de salud.

La letra c), que fuera objetada por la Comisión de Constitución, Legislación, Justicia y Reglamento, reza como sigue:

“c) Resguardar el respeto y protección a la vida privada y a la honra de la persona durante su atención de salud. En especial, se deberá asegurar estos derechos en relación con la toma de fotografías, grabaciones o filmaciones, cualquiera que sea su fin o uso. En todo caso, para la toma de fotografías, grabaciones o filmaciones para usos o fines periodísticos o publicitarios se requerirá autorización escrita del paciente.”.

Forma parte de las obligaciones de los prestadores de salud en lo relativo al trato digno que merecen los pacientes.

El Honorable Senador señor Walker, don Patricio, observó que la norma trata sobre fotografías, grabaciones o filmaciones para usos o fines periodísticos o publicitarios y no discrimina según la edad del paciente. Llamó la atención sobre el riesgo de que un menor pueda ser inducido, incluso mediante pago, a conferir autorizaciones en desmedro de su privacidad o su honra.

La Honorable Senadora señora Alvear advirtió que el artículo 33 de la ley N° 19.733, sobre libertades de opinión e información y ejercicio del periodismo, prohíbe divulgar, por cualquier medio de comunicación social, la identidad de menores de edad que sean autores, cómplices, encubridores o testigos de delitos, o de cualquier otro antecedente que conduzca a ella, prohibición que rige igualmente respecto de las víctimas de delitos contra el orden de las familias y contra la moralidad pública, a menos que ellas consientan expresamente en la divulgación.

El Honorable Senador señor Rossi hizo presente que también los padres o los representantes legales del menor podrían intentar lucrar con la difusión de fotografías, grabaciones o filmaciones, lo que mueve a inclinarse por prohibirlas derechamente. Con todo, el inciso final, que entrega la regulación detallada de esto al reglamento, podrá precisar los resguardos necesarios.

Las Comisiones Unidas adicionaron la frase final, de manera que también el representante legal del paciente pueda dar la autorización escrita prevista en este literal para tomar fotografías, grabaciones o filmaciones para usos o fines periodísticos o publicitarios, aunque se podría cumplir igual finalidad aplicando las reglas generales sobre representación de incapaces. Con esta reafirmación se aspira a proveer una mayor protección a los pacientes menores de edad.

Sin perjuicio de lo anterior, se dejó expresa constancia, para la historia fidedigna del establecimiento de la ley, que no debe entenderse que si en ésta o en otras disposiciones no figura esta frase ello significa que el menor queda facultado para actuar personalmente y no representado.

- La modificación y la constancia fueron aprobadas con igual votación que la precedente.

ARTÍCULO 6°

El inciso segundo fue objeto de correcciones en la redacción, como se especifica en el capítulo de las modificaciones.

El último inciso se separó, para formar con él un artículo 7°, nuevo. Esta disposición contiene la obligación de los prestadores institucionales públicos, de asegurar el derecho de las personas pertenecientes a los pueblos originarios a recibir una atención de salud con pertinencia cultural.

- Acordado por la unanimidad de los miembros presentes, Honorables Senadores señora Alvear y señores Chahuán, Espina, Larraín, don Hernán, Orpis, Rossi, Ruiz-Esquide, Uriarte y Walker, don Patricio.

ARTÍCULOS 7° y 8° (pasan a ser 8° y 9°)

Se mejoró la redacción de los literales b) y c) del primero y la redacción del inciso primero del segundo, de la manera que se indica en las modificaciones.

- Acordado con igual votación que la modificación precedente.

ARTÍCULO 9° (pasa a ser 10)

Los incisos segundo y tercero de este artículo, que fueron cuestionados por la Comisión de Constitución, Legislación, Justicia y Reglamento, son del tenor siguiente:

“Dicha información será proporcionada directamente al mayor de catorce años de edad y menor de dieciocho, así como a sus padres o representantes legales. Sin perjuicio de ello, si el menor solicita que ellos no sean informados respecto de algún aspecto específico de su salud, el profesional tratante solicitará el pronunciamiento al respecto del comité de ética del establecimiento o, en su ausencia, el del Director de este último.

Tratándose de los menores de catorce años la información indicada en el inciso primero se deberá entregar a sus padres o representantes legales. A estos menores igualmente se les deberá informar, atendiendo a sus condiciones de desarrollo psíquico, competencia cognitiva y situación personal, a menos que sus padres o representantes legales se opongan.”.

El artículo del que forman parte estos incisos trata del derecho de las personas a ser informadas 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, en su caso.

Esta disposición sirvió de marco al debate de fondo, sobre reconocer o no cierta autonomía y derechos a los menores de entre catorce y dieciocho años de edad, en lo que respecta su atención de salud.

El señor Ministro de Salud expresó que este importante proyecto es estructurante de la Reforma de la Salud de 2005. Fue propuesto, en una primera versión, el año 2001 y reformulado en 2006. Destacó dos características esenciales de la iniciativa, cuales son, el reconocimiento de la gigantesca asimetría existente entre el prestador de salud y la persona que solicita su atención, y de la posibilidad de que la acción del primero cause daños al segundo. Por eso se propone garantizar por ley algunos derechos del paciente frente a los prestadores públicos y privados. Hasta ahora esos derechos han estado mejor protegidos en el sistema privado de salud, porque sus usuarios disponen de información y medios que les posibilitan ejercerlos. Además, se fijan los mínimos exigibles para que la intervención de los prestadores cumpla estándares de calidad y seguridad. Puso de relieve que otra novedad importante del proyecto es que hace responsables a los establecimientos e instituciones de salud privados por los hechos de los prestadores individuales que laboran en ellas, exista o

no entre ellos relación de dependencia y subordinación. Otro aporte destacable es la creación de los comités de ética.

En lo que concierne específicamente a los incisos cuestionados del artículo 9°, destacó que la iniciativa de ley en informe fija un estatuto jurídico de las personas entre catorce y dieciocho años de edad, en lo atinente a su atención de salud. Aludió al artículo 2° de la ley N° 20.418, que preceptúa que en los casos en que el método anticonceptivo de emergencia sea solicitado por una persona menor de catorce años, el funcionario o facultativo que corresponda, sea del sistema público o privado de salud, procederá a entregarlo, debiendo informar, posteriormente, al padre o madre de la menor o al adulto responsable que ella señale. Citó también el proyecto de ley sobre composición nutricional de los alimentos y su publicidad², que para los efectos de regular la difusión y promoción de ciertos alimentos fija en catorce años un límite de edad. Trajo a colación que en materia de responsabilidad penal se ha rebajado la edad de los imputables a los catorce años.

En vista de lo anterior, exhortó a hacer coherentes y armónicas las diferentes normas legales.

La cuestión a resolver es si el objetivo de todo acto médico, que es que la persona recupere un buen estado de salud u obtenga una mejor calidad de vida, se consigue mejor informando a los padres de un menor o no haciéndolo. En opinión del señor Ministro, desde el punto de vista de la utilidad del acto médico, es preferible que los padres estén informados. Además, esta fórmula enfrenta mejor los temas de la eventual responsabilidad del médico y de la oportunidad y financiamiento de las prestaciones que necesita recibir el menor.

El Honorable Senador señor Larraín, don Hernán, manifestó que la regla general es que los menores de edad, que son incapaces absolutos o relativos, actúen representados por quienes indica la ley. Declaró ser partidario de mantener ese principio de manera consistente, esto es, reformando todos los artículos del proyecto en que se reconocen ciertas facultades a los menores, en relación con su salud.

La Honorable Senadora señora Alvear destacó que las normas del proyecto que la Comisión de Constitución, Legislación, Justicia y Reglamento ha objetado son aquellos preceptos que alteran principios constitucionales que atribuyen a los padres, entre otros, el derecho y el deber de asegurar la salud de sus hijos, como parte del cuidado que deben proporcionarles. De mantenerse los artículos del proyecto que han sido objetados habría motivo suficiente para provocar la intervención del Tribunal Constitucional, concluyó Su Señoría.

Declaró que no se advierte contradicción en la ley N° 20.418, pues ella dispone que inmediatamente después de la entrega del

² Boletín N° 4.921-11.

anticonceptivo, ya que de otro modo no sería eficaz, se informe a los padres de la menor. Se trata entonces de aplicar igual criterio en este proyecto de ley, en los artículos que admiten la posibilidad de que un menor de edad se oponga a que sus padres reciban información sobre su estado de salud. Señaló que enmendar esos preceptos facilitará que los padres o representantes del menor le aseguren un tratamiento adecuado y debidamente financiado, y al mismo tiempo puedan otorgarle orientación y apoyo. Los padres o tutores deben estar informados siempre, subrayó Su Señoría, para proteger la salud de los menores.

Agregó que un elemento esencial a tener en cuenta es qué es lo mejor para el menor: que sus padres sepan de la enfermedad que lo aqueja y puedan asegurarle un tratamiento eficaz y oportuno o que permanezcan ignorantes de lo que le sucede. Caso aparte y excepcional, dijo su Señoría, es el de la menor violada por su progenitor u otro familiar cercano, eventualidad en que corresponde que el profesional que tome conocimiento del caso lo denuncie al Ministerio Público. Por lo general, estos hechos son resueltos convenientemente en los establecimientos donde ellos se constatan.

El Honorable Senador señor Espina puntualizó que los acuerdos de la Comisión de Constitución, Legislación, Justicia y Reglamento fueron unánimes, en consonancia con lo que ha sido una práctica habitual que procura fijar criterios de interpretación y aplicación de la Ley Fundamental que sean sólidos, perdurables e independientes de la coyuntura.

La norma general vigente en Chile es que los menores de dieciocho años son absoluta o relativamente incapaces y actúan representados. El legislador ha establecido excepciones, como las señaladas por el señor Ministro de Salud o las que regulan la responsabilidad penal de los menores, conforme a disposiciones especiales, o las que imponen a determinados profesionales, como médicos y abogados, el deber de guardar secreto si un menor confiesa ante ellos un delito, circunstancia en que aquéllos no están obligados a informar a los padres o representantes de éste.

El Honorable Senador señor Larraín, don Hernán, señaló que la Comisión de Constitución, Legislación, Justicia y Reglamento ha buscado hacer real y efectivo el principio de la mayoría de edad que informa nuestra legislación. Ello por las responsabilidades implícitas, por las secuelas respecto de la familia y del derecho a la educación, aspectos todos que son afectados por el texto tal como fue aprobado por la Comisión de Salud.

El Honorable Senador señor Rossi manifestó que el proyecto de la Comisión de Salud, fruto de un acuerdo unánime de sus integrantes y del Ministerio de Salud, reconoce un cierto grado de autonomía y derecho a la confidencialidad en el marco de la relación médico paciente, a

los menores de entre catorce y dieciocho años de edad. Enfatizó que la decisión que puede adoptar el menor no es absoluta ni exclusivamente suya, desde que en el proceso interviene el médico tratante, el comité de ética y, eventualmente, el director del establecimiento de salud.

El Honorable Senador señor Walker, don Patricio, manifestó sus dudas en torno a la cuestión en debate y ejemplificó con el caso de un menor que padezca una enfermedad venérea y no quiera que lo sepan sus padres. Si se suprimen las normas que permiten guardar la confidencialidad de la relación médico paciente ese menor tal vez podría verse compelido a no requerir asistencia médica, con lo que el resultado sería peor. Recordó el ejemplo de la legislación inglesa traído a colación por el profesor señor Patricio Zapata y planteó la posibilidad de atenuar la discrecionalidad que estos artículos entregan al menor, indicando en la ley algunos criterios que permitan discernir cuándo él puede oponerse a la comunicación de la información sobre su estado de salud.

El Honorable Senador señor Rossi hizo presente que en la práctica clínica nada puede reemplazar el criterio del médico tratante en la relación confidencial con el paciente. El tratante que advierte que la decisión del menor de que no se informe a sus padres o representantes va en desmedro de su salud puede recurrir al comité de ética y al director del establecimiento, los cuales, a juicio del señor Senador, sin duda le recomendarán informar a los padres. Por lo demás, recalcó, hay que tener presente que estos casos son excepcionales, pues lo común es que los menores lleguen a requerir atención de salud acompañados por quienes los tienen bajo su cuidado. En definitiva, se trata de hacer primar en estas situaciones la *lex artis* médica. Estos razonamientos movieron a Su Señoría a respaldar la supresión de los incisos segundo y tercero del artículo 9°.

- La eliminación de ambos incisos fue acordada por unanimidad de los miembros presentes, Honorables Senadores señora Alvear y señores Espina (con dos votos), Rossi, Uriarte y Walker, don Patricio (con dos votos).

ARTÍCULO 10 (se suprime)

Consagra el derecho de toda persona mayor de catorce años a manifestar por escrito su voluntad de no ser informada sobre su propio estado de salud, a menos que lo exija la protección de la vida de otra persona o que, por razones de orden sanitario, sea necesario que ella adopte conductas y hábitos especiales, y admite la posibilidad de que se designe a una o más personas para que reciban la información respectiva.

Las Comisiones Unidas estimaron que este problema tiene que ver con la vinculación médico paciente, en que intervienen el tratante, el paciente y eventualmente su familia, asunto que no debe ser regulado por la ley.

- Con la misma unanimidad de la votación anterior se suprimió el artículo 10.

ARTÍCULO 11 (se suprime)

Prohíbe revelar a terceros la información acerca del estado de salud de una persona, salvo autorización expresa del paciente o de su representante legal, por razones de salud pública que así lo justifiquen, o en caso que la falta de información suponga un grave riesgo para la salud de terceros identificables. Reconoce a los mayores de catorce y menores de dieciocho años de edad la facultad de autorizar previamente la entrega de esa información a sus familiares directos y a sus representantes legales.

El Honorable Senador señor Espina llamó a confiar en el criterio de los médicos, que siempre han enfrentado y resuelto este tipo de situaciones humanas; la ley no debe suplantar su juicio ni decidir por ellos. Si el médico incurre en una indiscreción puede ser llevado a la Comisión de Ética de su Colegio e incluso ante los tribunales, si su actuar reviste caracteres delictuales.

El Honorable Senador señor Walker, don Patricio, manifestó que el único reparo que le merece el artículo es el inciso relativo al derecho de los menores de dieciocho años de edad. En otro orden de cosas, el concepto de “terceros extraños” amerita mayor precisión, porque podría entenderse que incluye hasta los familiares directos. En lo demás, el artículo le pareció adecuado y conveniente.

La Honorable Senadora señora Alvear advirtió que el compañero o compañera de una pareja homosexual no es familiar ni tercero extraño, por lo que no podría ser informado sobre el estado de salud de quien posiblemente ha sido su pareja por años.

Las Comisiones Unidas acordaron dejar constancia, para la historia fidedigna del establecimiento de la ley, de que las normas legales que consagran la obligación de ciertos profesionales de guardar secreto bastan para garantizar la confidencialidad que este artículo pretende. Es el caso del artículo 360, número 1°, del Código de Procedimiento Civil³, y del inciso final del artículo 247 del Código Penal⁴. Del mismo modo, se dejó constancia de que ese secreto no impide informar a los familiares directos y a las personas que tienen al paciente a su cuidado, si

³ No están obligados a declarar como testigos los eclesiásticos, abogados, escribanos, procuradores, médicos y matronas, sobre hechos que se les hayan comunicado confidencialmente, con ocasión de su estado, profesión u oficio.

⁴ Impone a los que ejerciendo alguna de las profesiones que requieren título, revelen los secretos que por razón de ella se les hubieren confiado, las mismas penas que se aplican al empleado público que descubriere los secretos de un particular, que ha conocido en razón de su cargo.

éste no puede valerse por si mismo, como sería el caso de una pareja que ha convivido con él o del responsable del establecimiento que lo tiene bajo su asistencia y custodia.

- El artículo 11 fue eliminado por 5 votos y 2 abstenciones. Votaron por la supresión los Honorables Senadores señora Alvear y señores Espina (con dos votos), Rossi y Uriarte; se abstuvo el Honorable Senador señor Walker, don Patricio (con dos votos).

- La constancia precedente fue aprobada por la unanimidad de los miembros de las Comisiones Unidas presentes, Honorables Senadores señora Alvear y señores Espina (con dos votos), Rossi, Uriarte y Walker, don Patricio (con dos votos).

ARTÍCULO 12 (pasa a ser 11)

Se le introdujeron mejoras de redacción en la letra d) del inciso primero y en los tres incisos siguientes.

- Aprobado por la unanimidad de los miembros presentes, Honorables Senadores señora Alvear y señores Chahuán, Espina, Girardi, Larraín, don Hernán, Rossi, Ruiz-Esquide, Uriarte y Walker, don Patricio.

Artículo 14 (pasa a ser 13)

El siguiente es el precepto propuesto en el Nuevo Segundo Informe de la Comisión de Salud:

“Artículo 14.- 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, quince años. El Ministerio de Salud establecerá, mediante reglamento, 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, adecuada protección y eliminación.

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. Ello incluye al personal de salud o administrativo del mismo prestador, no vinculado a la atención de la persona.

Sin perjuicio de lo anterior, la información contenida en la ficha, copia de la misma o parte de ella, deberá ser entregada, total o parcialmente, a solicitud expresa de las personas y organismos que se indican a continuación, en los casos, forma y condiciones que se señalan:

a) Al titular de la ficha clínica.

b) A los representantes legales del titular de la ficha clínica, a un tercero debidamente autorizado por escrito y, mediante autorización judicial, a los herederos, en caso de fallecimiento del titular. Todas estas personas podrán obtener copia de las informaciones 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 los incisos segundo y tercero del artículo 9º.

c) A los Tribunales de Justicia, al Ministerio Público y a la Defensoría Penal Pública, en los procesos e investigaciones que se instruyan y en los casos en que la información de la ficha clínica, de quien tenga la calidad de parte o imputado, sea relevante para la dictación de las correspondientes resoluciones. En estos casos, será necesaria la autorización previa del juez que corresponda. Exhibida la autorización judicial el prestador remitirá los antecedentes requeridos al juez correspondiente, por un medio que dé garantía de confidencialidad. Asimismo, solicitará al juez custodia para el documento. La presentación como prueba en juicio de datos médicos o genéticos u otros de carácter sensible contenidos en la ficha clínica se someterá a la debida reserva.

d) Al Ministerio de Salud, a las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud, a la Superintendencia de Salud, a la Superintendencia de Seguridad Social, a los Servicios de Salud, al Instituto de Salud Pública y al Fondo Nacional de Salud, de acuerdo a sus respectivas atribuciones legales, en los casos en que los datos sean necesarios para estudios estadísticos, de seguimiento, de salud pública, de fiscalización o para resolver acerca de la procedencia de determinados beneficios de salud o seguridad social. Para dichos efectos podrán solicitar informes sobre el contenido de la ficha, así como copia de toda o parte de ella.

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, los que deberán constar en la solicitud. No obstante, el paciente o su representante podrán oponerse a la entrega de esta información, debiendo asumir las consecuencias que de ello se sigan.

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.

En caso de que el prestador sea demandado en juicio, siempre podrá hacer uso de la información contenida en la ficha para su adecuada defensa.

Sin perjuicio de lo indicado en los 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. En este caso el responsable de la conservación y custodia de la ficha clínica podrá requerir que el solicitante determine qué parte de la ficha o de la información precisa, de qué período de tiempo y el fin para el que se solicita.”.

Desde luego, en concordancia con lo resuelto precedentemente sobre las facultades de los menores de entre catorce y dieciocho años de edad, se eliminó la oración final de la letra b). También se corrigió este literal, en orden a suprimir, por innecesaria, la autorización judicial en el caso de que los solicitantes sean herederos del titular de la ficha ya fallecido, y se consolidó esta facultad con la de la letra a). Por último, la letra b) se hace cargo únicamente de la solicitud de un tercero autorizado, no sólo por escrito, sino por poder simple otorgado ante notario.

En lo que respecta a la letra c), las Comisiones Unidas consideraron que la frase que estipula que los tribunales pueden solicitar información de la ficha clínica que “sea relevante para la dictación de las correspondientes resoluciones”, restringe innecesariamente las facultades que les otorga la Constitución Política de la República, por lo que fue eliminada. Además, se reformuló la norma en dos literales separados, uno relativo a la facultad de los tribunales de justicia, y el otro atinente a las del Ministerio Público y de los abogados defensores, sean éstos de la Defensoría Penal Pública o letrados contratados en forma particular por el imputado. En el caso de los fiscales y los defensores, en que se requiere autorización judicial previa, se reemplazó la expresión “juez que corresponda” por “juez competente”, porque puede tratarse de un magistrado de los tribunales de familia, de un juez civil, de un juez de garantía o de un tribunal oral en lo penal.

Enseguida, a instancias del Honorable Senador señor Walker, don Patricio, entre los organismos públicos de salud y de seguridad social que conforme a la letra d) de este inciso pueden solicitar antecedentes contenidos en una ficha clínica, se incluyó a las Comisiones Médicas a que se refiere el artículo 11 del decreto ley N° 3.500, de 1980⁵, que muchas veces requerirán esa información para resolver acerca de la procedencia de una pensión.

⁵ Son comisiones regionales formadas tres médicos cirujanos designados por el Superintendente de Administradoras de Fondos de Pensiones, llamadas a calificar el grado de invalidez de un trabajador, para los efectos de pensionarse por esa causal.

En consecuencia, las letras a), b) y c) de este artículo fueron reformuladas de la manera que se consigna en el capítulo de las modificaciones. En esta etapa del debate, la letra d) fue complementada según la proposición del Honorable Senador señor Walker, don Patricio.

- Estos acuerdos fueron adoptados por la unanimidad de los miembros presentes, Honorables Senadores señora Rincón (con dos votos) y señores Espina (con dos votos), Rossi, Uriarte y Walker, don Patricio (con dos votos).

En la revisión final del texto, las Comisiones Unidas volvieron sobre este artículo.

La Honorable Senadora señora Alvear hizo presente la inconveniencia de que autoridades administrativas tengan acceso a la ficha clínica, salvo que se le proporcionen los datos de manera innominada y para fines estadísticos. De otra manera se pone en grave riesgo la vida privada y la honra de las personas, garantizada por el artículo 19, número 4°, de la Constitución Política de la República y por el artículo 11 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, denominada "Pacto de San José de Costa Rica". En todo caso, esos organismos e instituciones tienen otros canales para procurarse la información que precisan para cumplir los fines enunciados en el literal en estudio.

El Honorable Senador señor Ruiz-Esquide manifestó que la violación de esas garantías se ha dado también en el sector privado, como lo demuestra el tráfico de información entre farmacias e Isapres y, más recientemente, la negativa de algunos establecimientos de salud a brindar atención a personas sobre la base de sus antecedentes registrados en Equifax (ex DICOM).

El Honorable Senador señor Orpis destacó que el primer inciso del precepto tampoco garantiza adecuadamente el destino que debe darse a la ficha clínica una vez cumplido el plazo de 15 años que él fija, ya que no queda claro qué ocurre en el lapso entre que cesa la obligación de mantenerla, que pesa sobre el prestador, y la oportunidad de su eliminación, que deberá normar el reglamento.

Enseguida, propuso aclarar la letra b), en el sentido de que quien otorgue el mandato para dar acceso a información de la ficha clínica debe ser el titular de la misma.

El Honorable Senador señor Espina recalcó que, en rigor, la letra b) de este inciso es suficiente para que quienes requieran información de la ficha clínica para decidir sobre la procedencia de un beneficio tengan acceso a datos específicos, pues en ese caso el titular podrá autorizarlos mediante poder escrito otorgado ante notario.

El Honorable Senador señor Walker, don Patricio, advirtió que los organismos públicos que necesitan esta información para fines estadísticos, de fiscalización o de salud pública ya están autorizados por ley y citó como ejemplo el número 5⁶ del artículo 4° del decreto con fuerza de ley N° 1, del Ministerio de Salud, de 2005 y publicado en 2006.

El Honorable Senador señor Rossi destacó que el plazo de 15 años es el mínimo por el cual el prestador debe mantener la ficha clínica en su poder y que si la conserva por más tiempo no por eso cesa su deber de guardar la confidencialidad del instrumento.

En otro orden de cosas, haciéndose eco de un planteamiento del Presidente del Colegio Médico de Chile A.G., anotó que el inciso penúltimo faculta al prestador para hacer uso de la información de la ficha clínica únicamente si es demandado en juicio y para los fines de su defensa. Pero es frecuente que ese médico necesite recurrir a dicha fuente para informar al asegurador que objeta una licencia o para una inter consulta. Por eso propuso eliminarlo.

En vista de los argumentos expuestos, se readecuó la redacción del inciso primero, se complementó la de la letra b) del tercero y se rechazaron la letra d) del inciso tercero y los incisos cuarto, sexto y séptimo del artículo 14. El inciso quinto se consignó como cuarto, con la redacción que se indica en el capítulo de las modificaciones.

- Acordado por la unanimidad de los miembros presentes, Honorables Senadores señora Alvear y señores Chahuán, Espina, Larraín, don Hernán, Orpis, Rossi, Ruiz-Eskide, Uriarte y Walker, don Patricio.

ARTÍCULO 15 (pasa a ser 14)

La Comisión de Constitución, Legislación, Justicia y Reglamento recomendó redactar este artículo de manera de despejar toda duda, en el sentido de que podría afectar el derecho a la vida, si no se distingue con claridad entre muerte digna, prolongación artificial de la vida y eutanasia. Las Comisiones Unidas estimaron que la incorporación del nuevo inciso tercero hecha por la Comisión de Salud sirve a tal propósito.

Cabe puntualizar que el artículo 9° (que pasa a ser 10) al que hace remisión el inciso segundo de este artículo, ya no comprende

⁶ “5.- Tratar datos con fines estadísticos y mantener registros o bancos de datos respecto de las materias de su competencia. Tratar datos personales o sensibles con el fin de proteger la salud de la población o para la determinación y otorgamiento de beneficios de salud. Para los efectos previstos en este número, podrá requerir de las personas naturales o jurídicas, públicas o privadas, la información que fuere necesaria. Todo ello conforme a las normas de la ley N° 19.628 y sobre secreto profesional.”.

el derecho de los menores entre catorce y dieciocho años a oponerse a la comunicación de su estado de salud a sus padres o representantes, en vista de las enmiendas introducidas por las Comisiones Unidas en aquel precepto.

ARTÍCULO 17 (se suprime)

La norma aprobada por la Comisión de Salud es la siguiente:

“Artículo 17.- 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, 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. Sin perjuicio de ello, los padres o representantes legales deberán ser también consultados al respecto. Sin embargo, si el menor se opone a que ellos sean consultados, el profesional tratante podrá acceder a dicha petición si estima que la situación del menor no implica grave riesgo para su salud o su vida. Cuando el profesional tratante tenga dudas acerca de las situaciones anteriormente descritas o si el menor se opone 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 ser consultado, en caso de que exista discrepancia entre la voluntad expresada por el menor y la opinión de sus padres o representantes. Los menores de catorce años de edad también deberán ser consultados, atendiendo sus condiciones de desarrollo psíquico, su competencia cognitiva y su situación personal, sin perjuicio que la decisión definitiva corresponderá a sus padres o representantes legales.”.

El Honorable Senador señor Walker, don Patricio, manifestó que, tratándose de un menor con dificultades de entendimiento o con alteración de conciencia o que carece de capacidad para expresar su voluntad por causa de enfermedad, es obvio que corresponde consultar a sus padres o representantes legales. En rigor, debió ser planteado como artículo aparte, pero ya se resolvió el fondo de este asunto, en cuanto a no prescindir del parecer de quienes tienen el deber de cuidado y formación de los menores de edad, lo que debe llevar a la eliminación de este inciso, para guardar la debida correspondencia con los acuerdos anteriores.

El Honorable Senador señor Espina propuso suprimir también el inciso primero del artículo 17, porque altera las normas generales sobre representación de incapaces. Además, crea una situación imposible, como es la obligación de informar y pedir opinión, antes de

prestarle atención médica, a alguien con dificultades de entendimiento o con alteración de conciencia o que carece de capacidad para expresar su voluntad por causa de enfermedad. Llamó a confiar en el criterio del profesional tratante.

El señor Ministro de Salud se manifestó partidario de eliminar el inciso primero, porque pone en riesgo la salud de las personas.

- Por acuerdo unánime de los miembros presentes, Honorables Senadores señora Rincón (con dos votos) y señores Espina (con dos votos), Larraín, don Hernán, Rossi, Uriarte y Walker, don Patricio (con dos votos), se suprimió el artículo 17.

ARTÍCULO 18 (pasa a ser 16)

El precepto aprobado por la Comisión de Salud es el siguiente:

“Artículo 18.- La persona que fuere informada que su estado de salud es terminal, tiene derecho a otorgar o denegar su voluntad para someterse a cualquier tratamiento que tenga como efecto prolongar artificialmente su vida, sin perjuicio de mantener las medidas de soporte ordinario. En ningún caso, el rechazo de tratamiento podrá implicar como objetivo la aceleración artificial del proceso de muerte.

Este derecho de elección no resulta aplicable cuando, como producto de la falta de esta intervención, procedimiento o tratamiento, se ponga en riesgo la salud pública, en los términos establecidos en el Código Sanitario. De esta circunstancia deberá dejarse constancia por el profesional tratante en la ficha clínica de la persona.

Para el correcto ejercicio del derecho establecido en el inciso primero, los profesionales tratantes están obligados a proporcionar información completa y comprensible.

Las personas que se encuentren en este estado tendrán derecho a vivir con dignidad hasta el momento de la muerte. En consecuencia, tienen derecho a los cuidados paliativos que les permitan hacer más soportables los efectos de la enfermedad, a la compañía de sus familiares y personas a cuyo cuidado estén y a recibir, cuando lo requieran, asistencia espiritual.

Tratándose de menores de edad, personas con dificultades de entendimiento o con alteración de conciencia, igualmente se les deberá informar y consultar su opinión, cuando sea posible, sin perjuicio que la decisión definitiva deberá ser adoptada por quien tenga su representación legal.

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

La Comisión de Constitución, Legislación, Justicia y Reglamento recomendó precisar los términos en que está redactado este precepto, de manera de no dejar margen para que se afecte el derecho a la vida. A tal efecto, consideró necesario distinguir la muerte digna, la prolongación artificial de la vida y la eutanasia, para lo cual sería de utilidad incorporar una definición del concepto “enfermo terminal”.

El Honorable Senador señor Rossi sostuvo que la Comisión de Salud resolvió el problema incorporando en el primer inciso la frase “sin perjuicio de mantener las medidas de soporte ordinario”, que viene a reforzar la oración siguiente, según la cual en ningún caso el rechazo de un tratamiento podrá implicar como objetivo la aceleración artificial del proceso de muerte.

De conformidad con lo acordado en casos similares anteriores, se suprimió el inciso quinto del artículo 18, sobre obligación de informar, para que adopten una decisión en orden a aceptar o rechazar un tratamiento, a pacientes menores de edad y a personas con dificultades de entendimiento o con alteración de conciencia, cuyo estado de salud sea terminal.

El inciso final fue redactado en otros términos, que ordenan su texto.

- Por acuerdo unánime de los miembros presentes, Honorables Senadores señora Rincón (con dos votos) y señores Espina (con dos votos), Larraín, don Hernán, Rossi, Uriarte y Walker, don Patricio (con dos votos), se suprimió el inciso quinto del artículo 18.

- El cambio de redacción recién mencionado se aprobó unánimemente, por los mismos señores Senadores ya nombrados.

ARTÍCULO 19 (se suprime)

Este artículo reconoce a las personas el derecho a manifestar anticipadamente su voluntad de no someterse a cualquier procedimiento o tratamiento vinculado a su atención de salud.

La Comisión de Constitución, Legislación, Justicia y Reglamento señaló que la redacción hace dudosa esta norma, en lo que respecta al deber constitucional de proteger la vida, y deja una puerta abierta para algún modo de eutanasia. Agregó que el paciente puede negarse a un procedimiento o tratamiento, siempre que con ello no ponga en riesgo su propia vida. Propuso buscar un punto de equilibrio entre este derecho del paciente y la intervención oportuna y eficaz de los agentes de salud, para prevenir las dificultades en materia de responsabilidad médica que estas decisiones pueden provocar, solución que podría inspirarse en el modelo adoptado en materia de donación de órganos.

El Honorable Senador señor Rossi explicó que un paciente puede abandonar un establecimiento de salud y el tratamiento que se la haya ofrecido o que esté recibiendo, asumiendo la responsabilidad consiguiente.

No compartió en absoluto la opinión de que un paciente no pueda rechazar cualquier procedimiento o tratamiento poniendo con ello en peligro su vida, porque nadie puede obligarlo a otra conducta. Por ejemplo, un enfermo de cáncer que no desea someterse a las terapias disponibles. Como partidario que es del testamento vital y de la eutanasia, Su Señoría manifestó su firme apoyo a este precepto.

El señor Ministro de Salud informó que los Testigos de Jehová han ganado en la Corte Suprema todos los recursos de protección que han interpuesto para oponerse a la transfusión de sangre, salvo dos excepciones.

El Honorable Senador señor Larraín, don Hernán, manifestó que es difícil establecer una regla general en este caso, porque las situaciones que se dan en la práctica varían según el tipo de enfermedad y la gravedad y duración de la misma, así como de conformidad con los procedimientos y tratamientos recomendados en cada caso. No se ve cómo fijar una línea para resolver la cuestión, porque es eminentemente casuística.

El Honorable Senador señor Rossi señaló que el inciso quinto de este artículo fija dos criterios que limitan la declaración anticipada de voluntad, al señalar que ella no puede contravenir el orden jurídico vigente ni el arte médico y, además, admite la revisión por el comité de ética de los casos dudosos

El Honorable Senador señor Espina se mostró contrario a este artículo, porque la renuncia anticipada a un tratamiento hace posible el suicidio. En el artículo anterior se ha establecido una norma que faculta renunciar al tratamiento que prolongue artificialmente la vida, pero en ese caso no se podrá prescindir de las medidas de soporte ordinario, lo que aleja toda posibilidad de un empleo desviado de la ley para poner fin a la propia vida.

El señor Ministro de Salud relató su experiencia en una investigación sobre personas con enfermedades progresivas con diagnóstico claro; se les consultaba anticipadamente respecto de una decisión de continuar o no con los tratamientos que prolongaran su vida y esa información quedaba depositada hasta el momento de hacerla efectiva; entonces se les consultaba nuevamente y el 80% de quienes habían declarado no aceptar la continuación del tratamiento cambiaba su decisión.

- Las Comisiones Unidas suprimieron el artículo 19 por 8 votos contra 1. Votaron por rechazarlo los Honorables Senadores señora Rincón (con dos votos) y señores Chahuán, Espina, Larraín, don Hernán, Uriarte y Walker, don Patricio (con dos votos), y votó por mantenerlo el Honorable Senador señor Rossi.

Epígrafe & 3. Normas generales aplicables

Las Comisiones Unidas acordaron reemplazarlo por el siguiente: “& 3. De los comités de ética”, denominación que da cuenta cabal del auténtico contenido del párrafo.

- Acordado por la unanimidad de los miembros presentes, Honorables Senadores señora Alvear y señores Chahuán, Espina, Larraín, don Hernán, Orpis, Rossi, Ruiz-Esquide, Uriarte y Walker, don Patricio.

ARTÍCULO 23 (pasa a ser 20)

El texto aprobado por la Comisión de Salud es el siguiente:

“Artículo 23.- El Ministerio de Salud establecerá, mediante reglamento, las normas necesarias para la creación, funcionamiento suficientemente periódico y control de los comités de ética, y los mecanismos que permitirán a los establecimientos acceder a comités de ética de su elección, 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.

Dichos comités deberán existir al menos en los siguientes establecimientos, siempre que presten atención cerrada: autogestionados en red, experimentales, de alta complejidad y en los institutos de especialidad.”.

La Comisión de Constitución, Legislación, Justicia y Reglamento observó que las funciones, facultades y atribuciones a la autoridad sanitaria que esta norma encomendaba al reglamento son propias de la potestad legislativa, por lo que deberían consignarse en el texto del

proyecto o en otro. La Comisión de Salud así lo hizo, por lo que el punto se tuvo por resuelto.

El primer inciso de este artículo encomienda al reglamento, entre otras materias, normar, el funcionamiento de los comités de ética, el que deberá ser “suficientemente periódico”. Las Comisiones Unidas consideraron innecesario el término “suficientemente”, por lo que acordaron eliminarlo.

El señor Ministro de Salud informó que ya está listo el reglamento sobre normas técnicas y administrativas necesarias para la estandarización de los procesos y documentos vinculados al ejercicio de los derechos regulados en este párrafo, sobre los comités de ética a que alude la última oración del inciso primero, lo cual motivó su supresión.

La Honorable Senadora señora Rincón pidió perfeccionar la redacción de estas disposiciones, para no dejar lugar a que los establecimientos de salud de menor tamaño o complejidad carezcan de un comité de ética.

El señor Ministro de Salud hizo presente que el primer inciso dispone que esos establecimientos deberán indicar a cuál comité se adscriben y que el inciso tercero determina cuáles entidades necesariamente deberán contar con uno propio. En conclusión, todo establecimiento de salud tendrá un comité de ética.

Las Comisiones Unidas dieron una nueva redacción a los incisos primero y final, tal como se indica en el capítulo de las modificaciones.

- Estos acuerdos concitaron la aprobación unánime de los miembros presentes, Honorables Senadores señora Rincón (con dos votos) y señores Chahuán, Espina, Larraín, don Hernán, Rossi, Uriarte y Walker, don Patricio (con dos votos).

ARTÍCULO 24 (pasa a ser 21)

El artículo que aprobó la Comisión de Salud es el siguiente:

“Artículo 24.- Toda persona deberá ser informada y tendrá derecho a elegir su incorporación en cualquier tipo de protocolo de investigación científica biomédica, en los términos de la ley N° 20.120. 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 9° y 17.”.

La Comisión de Constitución, Legislación, Justicia y Reglamento consideró que esta norma, y la que viene a continuación, deben complementarse, de modo que las personas que sean objeto de experimentos científicos deben ser debidamente informadas acerca de los riesgos que el nuevo procedimiento o medicamento que se va a ensayar en ellas involucran para su vida y su integridad física y síquica, de la vida del que está por nacer –en el caso de las mujeres embarazadas– y del riesgo de contagiar a terceros.

La Comisión de Salud agregó en ambos preceptos una frase que salva el reparo, haciendo remisión a la ley N° 20.120, sobre investigación científica en el ser humano, su genoma y que prohíbe la clonación humana. En efecto, el artículo 11 de ese cuerpo legal trata del consentimiento informado para los efectos de participar en una investigación científica en un ser humano y su inciso segundo preceptúa que, para los efectos de esa ley, existe consentimiento informado cuando la persona que debe prestarlo conoce los aspectos esenciales de la investigación, en especial su finalidad, beneficios, riesgos y los procedimientos o tratamientos alternativos. Para ello deberá habersele proporcionado información adecuada, suficiente y comprensible sobre tal investigación. Asimismo, deberá hacerse especial mención del derecho que tiene la persona de no autorizar la investigación y de revocar su consentimiento en cualquier momento y por cualquier medio, sin que ello importe responsabilidad, sanción o pérdida de beneficio alguno.

En otro orden de cosas, las Comisiones Unidas enmendaron la redacción del inciso primero, en el sentido de aclarar que los derechos de las personas que allí se consagran se vinculan con su participación en una investigación científica y no en un “protocolo” de investigación científica.

Finalmente, se eliminó el inciso segundo, en aplicación del criterio previamente acordado respecto del reconocimiento de derechos especiales a los menores de entre catorce y dieciocho años de edad.

- Acordado por la unanimidad de los miembros presentes, Honorables Senadores señora Rincón (con dos votos) y señores Chahuán, Espina, Larraín, don Hernán, Rossi, Uriarte y Walker, don Patricio (con dos votos).

ARTÍCULO 25 (pasa a ser 22)

Este artículo se modificó, como todos los que mencionan un reglamento dictado por el Ministerio de Salud, para dejar en claro que los reglamentos los dicta el Presidente de la República, en quien radica la potestad reglamentaria, que se ejerce a través de los ministerios.

- Acordado por la unanimidad de los miembros presentes, Honorables Senadores señora Alvear y señores Chahuán, Espina, Larraín, don Hernán, Orpis, Rossi, Ruiz-Esquide, Uriarte y Walker, don Patricio.

ARTÍCULO 26 (suprimido)

La Comisión de Salud, en el nuevo segundo informe, aprobó el siguiente texto:

“Artículo 26.- 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 en las atenciones de salud, 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, aun 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 5º exige.”.

Las Comisiones Unidas, teniendo presente las disposiciones del artículo 5º y 13 y de los Párrafos 6º, 7º y 8º del Título II, todos del texto del proyecto que se propone más adelante en este informe, estimaron que este artículo es redundante, por lo que resolvieron eliminarlo.

- Acordado por la unanimidad de los miembros presentes, Honorables Senadores señora Rincón (con dos votos) y señores Chahuán, Espina, Larraín, Rossi, Uriarte y Walker, don Patricio (con dos votos).

Artículo 28 (pasa a ser 24)

El precepto aprobado por la Comisión de Salud en el Nuevo Segundo Informe se hace cargo del reparo levantado por la Comisión de Constitución, Legislación, Justicia y Reglamento, en el sentido de que la circunstancia de que se reúnan en una misma autoridad, la sanitaria, las atribuciones para ordenar una hospitalización involuntaria y

para revisar la legalidad de esa orden no garantiza un procedimiento administrativo racional y justo. Por ello la Comisión técnica mantuvo únicamente la de autorizar el ingreso en instituciones de salud mental de todas las hospitalizaciones involuntarias que excedan de setenta y dos horas y se excluyó la de revisar la legalidad e idoneidad.

Las Comisiones Unidas refrendaron lo obrado por la de Salud en el Nuevo Segundo Informe.

ARTÍCULO 29 (pasa a ser 25)

El inciso final de esta norma permite que las Comisiones Regionales de Protección de los Derechos de las Personas con Enfermedad Mental tengan acceso al contenido de la ficha clínica, en los mismos términos y bajo las mismas normas aplicables según lo establecido en la letra d) del artículo 14 de esta ley. Como esa letra se suprimió del texto, el inciso final del artículo 29 corrió igual suerte, a fin de mantener la coherencia interna del articulado del proyecto.

- Acordado por la unanimidad de los miembros presentes, Honorables Senadores señora Alvear y señores Chahuán, Espina, Larraín, don Hernán, Orpis, Rossi, Ruiz-Esquide, Uriarte y Walker, don Patricio.

ARTÍCULO 42 (pasa a ser 38)

La Comisión de Salud aprobó el siguiente texto en su Nuevo Segundo Informe:

“Artículo 42.- 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 que ellas no sean corregidas dentro de los plazos fijados para este efecto por el Intendente de Prestadores, éste ordenará dejar constancia de ello al prestador 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 excederá de dos meses, y el prestador no cumple la orden, éste será sancionado 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 2006, del Ministerio de Salud.

El prestador podrá interponer, en contra de las sanciones aplicadas, dentro del plazo de cinco días hábiles, y sin perjuicio de poder optar por recurrir a la justicia ordinaria, un recurso de reposición ante el Intendente de Prestadores. En forma subsidiaria, podrá interponerse el recurso jerárquico.

Cuando no se haya deducido reposición, el recurso jerárquico se podrá interponer 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, tendrán un plazo no superior a treinta días hábiles para resolver los recursos a que se refieren los incisos precedentes.”.

El cuarto inciso faculta al Intendente de Prestadores para sancionar al prestador que no adopte las medidas necesarias para corregir las irregularidades que detecte. Los Títulos citados del decreto con fuerza de ley N° 1 del Ministerio de Salud comprenden los artículos 121 a 128. El artículo 123 indica los correctivos que dicha autoridad puede imponer: amonestación, multa, cancelación de la inscripción en el registro pertinente, tratándose de entidades acreditadoras, y otras que autoricen las leyes. El número 4 del inciso tercero del artículo 127 dispone que en contra de lo resuelto por el Intendente procederán los recursos contemplados en la ley.

En consecuencia, las Comisiones Unidas juzgaron inconvenientes los tres últimos incisos del artículo 42 –que pasa a ser 38– porque crean una normativa especial para los recursos contra la resolución del Intendente de Prestadores que se aparta de las reglas sobre procedimiento administrativo de la ley N° 19.880, y los reemplazaron por un texto que remite derechamente a la parte pertinente de este último cuerpo legal.

Por otra parte, corrigieron la referencia al mencionado decreto con fuerza de ley N° 1, pues su fecha es 2005 y fue publicado en el año siguiente.

- Acordado por la unanimidad de los miembros presentes, Honorables Senadores señora Alvear y señores Chahuán, Espina, Larraín, don Hernán, Orpis, Rossi, Ruiz-Esquide, Uriarte y Walker, don Patricio.

Artículo 44

Este precepto considera como un derecho de las personas, en cuanto a su atención de salud, que la autopsia de un integrante de la familia, que sea necesaria de acuerdo con disposiciones judiciales, sea realizada por los organismos pertinentes en un plazo no mayor a veinticuatro horas, salvo expresa disposición del fiscal en sentido diverso.

Las Comisiones Unidas estimaron que esta norma es enteramente ajena a la materia que constituye el objetivo fundamental de la iniciativa informe.

En efecto, no parece razonable que la realización de la autopsia de un pariente sea un derecho que las personas tienen respecto de la atención que se les brinde con ocasión de acciones tendientes a promover, proteger y recuperar su salud y a su rehabilitación.

Resulta impracticable pretender que todas esas autopsias sean efectuadas en un lapso de veinticuatro horas, atendido el marco de recursos humanos y presupuestarios y la cobertura territorial en que se desarrolla la labor del Servicio Médico Legal. Por otra parte, no se señala el momento inicial del cómputo del plazo en comento, lo que daría lugar a toda clase de interpretaciones y conflictos.

- Por las razones consignadas, las Comisiones Unidas acordaron suprimirlo, por la unanimidad de los miembros presentes, Honorables Senadores señora Alvear y señores Chahuán, Espina, Larraín, don Hernán, Orpis, Rossi, Ruiz-Esquide, Uriarte y Walker, don Patricio.

- - - - -

Otros artículos del proyecto sólo fueron objeto de diversas correcciones formales, para aclarar su redacción o para adecuar las remisiones a otros preceptos del mismo. Esas enmiendas se especifican en el capítulo de las modificaciones.

- Acordado por la unanimidad de los miembros presentes, Honorables Senadores señora Alvear y señores Chahuán, Espina, Larraín, don Hernán, Orpis, Rossi, Ruiz-Esquide, Uriarte y Walker, don Patricio.

- - - - -

MODIFICACIONES

Los acuerdos de las Comisiones Unidas que se proponen a continuación fueron adoptados por unanimidad, salvo las siguientes excepciones: la eliminación del artículo 11 se aprobó por 5 votos y

2 abstenciones y la eliminación del artículo 19 fue acordada por 8 votos contra 1.

En virtud de los acuerdos relacionados precedentemente, las Comisiones Unidas de Constitución, Legislación, Justicia y Reglamento y de Salud proponen al Senado las modificaciones al proyecto de ley que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención de salud que se consignan a continuación:

Artículo 1°

- En el inciso primero, reemplazar la preposición “en”, que figura antes del sustantivo “salud”, por la preposición “de”.

- Suprimir la conjunción “ya”, en el inciso segundo.

- Agregar al final del mismo inciso, en punto seguido, la siguiente oración: “Asimismo, y en lo que corresponda, se aplicarán a los demás profesionales y trabajadores que, por cualquier causa, deban atender público o se vinculen con el otorgamiento de las atenciones de salud.”.

Artículo 2°

- En el inciso primero, eliminar la frase final “de acuerdo a las condiciones previstas en éstas” y la coma que la precede, y redactarlo como sigue:

“Artículo 2°.- Toda persona tiene derecho, cualquiera que sea el prestador que ejecute las acciones de promoción, protección y recuperación de su salud y de su rehabilitación, a que ellas sean dadas oportunamente y sin discriminación arbitraria, en las formas y condiciones que determinan la Constitución y las leyes.”.

- En el inciso segundo, insertar el vocablo “igual”, antes de la palabra “calidad”.

Artículo 3°

- Sustituir en el inciso primero la expresión “los prestadores institucionales y los prestadores individuales”, por las palabras “institucionales e individuales”.

- Redactar los incisos segundo, tercero y cuarto, en los siguientes términos:

“Prestadores institucionales son aquellos que organizan en establecimientos asistenciales medios personales, materiales e

inmateriales destinados al otorgamiento de prestaciones de salud, dotados de una individualidad determinada y ordenados bajo una dirección, cualquiera sea su naturaleza y nivel de complejidad. Corresponde a sus órganos la misión de velar por que en los establecimientos indicados se respeten los contenidos de esta ley.

Prestadores individuales son las personas naturales que, de manera independiente, dependiente de un prestador institucional o a través de un convenio con éste, otorgan directamente prestaciones de salud a las personas o colaboran directa o indirectamente en la ejecución de éstas. Se consideran prestadores individuales los profesionales de la salud a que se refiere el Libro Quinto del Código Sanitario.

Para el otorgamiento de prestaciones de salud todo prestador deberá haber cumplido las disposiciones legales y reglamentarias relativas a los procesos de certificación y acreditación, cuando correspondan.”.

Título II

Párrafo 1°

- En el epígrafe, iniciar con minúscula las palabras “Seguridad”, “Atención” y “Salud”.

Artículo 4°

- Intercalar en el inciso primero, entre las expresiones “vigentes en el país” y “en materia de seguridad”, las palabras “y con los protocolos establecidos”, entre comas.

- Sustituir en el inciso segundo la conjunción disyuntiva “o”, escrita entre los vocablos “normas” y “protocolos”, por la copulativa “y”.

- En el mismo inciso, reemplazar la frase “la que además deberá ser permanentemente revisada y actualizada”, por “y deberán ser permanentemente revisados y actualizados”.

Artículo 5°

- En la letra a) del inciso segundo, sustituir las palabras “y comprensible” por los términos “e inteligible”.

- En la letra c) del mismo inciso, reemplazar la frase “Resguardar el respeto y protección a” por la expresión “Respetar y proteger”, y agregar antes del punto aparte lo siguiente: “o de su representante legal”.

- Insertar en el inciso final, luego de la expresión “Un reglamento”, las palabras “expedido a través”.

Artículo 6°

- Redactar el inciso segundo en los siguientes términos:

“Asimismo, toda persona que lo solicite tiene derecho a recibir, oportunamente y en conformidad a la ley, consejería y asistencia religiosa o espiritual.”.

- Conformar con el inciso tercero un artículo 7°, nuevo, enmendando correlativamente la numeración de los dos preceptos que siguen.

Artículo 7°

- Pasa a ser artículo 8°, con las siguientes enmiendas:

- En la letra b) del inciso primero, sustituir la palabra “requerida” por la frase “requeridas para su atención”.

- Redactar la letra c) de dicho inciso como se indica enseguida:

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

- En el inciso segundo, reemplazar la preposición “en”, que figura entre los términos “atención” y “salud”, por la preposición “de”.

Artículo 8°

- Pasa a ser artículo 9°, con las siguientes enmiendas:

- En el inciso primero, eliminar la coma que sigue a la palabra “atiendan”, y sustituir los términos “quién, para su caso, autoriza y efectúa”, por “quien autoriza y efectúa sus”.

Artículo 9°

enmiendas:

- Pasa a ser artículo 10, con las siguientes
- Eliminar los incisos segundo y tercero.
- En el inciso cuarto, que pasa a ser segundo, reemplazar las expresiones “inciso primero” y “los incisos anteriores”, por “inciso anterior” y “el inciso precedente”, respectivamente.

Artículo 10

- Rechazarlo.

Artículo 11

- Rechazarlo.

Artículo 12

enmiendas:

- Pasa a ser artículo 11, con las siguientes
- En el encabezado del inciso primero, suprimir el artículo “el” que antecede al vocablo “derecho”.

- En la letra d) del mismo inciso, reemplazar la expresión inicial “Un listado” por “Una lista”, y el término “los”, que figura antes de la palabra “prescritos”, por la expresión “de aquellos”.

- Redactar los incisos segundo, tercero y cuarto en los siguientes términos:

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

Toda persona podrá solicitar, en cualquier momento de su tratamiento, un informe que señale la duración de éste, el diagnóstico y los procedimientos aplicados.

Asimismo, toda persona tendrá 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. El referido

certificado será emitido, de preferencia, por el profesional que trató al paciente que lo solicita.”.

Artículo 13

- Pasa a ser artículo 12, con las siguientes enmiendas:

- En el inciso primero, sustituir las expresiones “información relativa” y “de la información”, la segunda vez que aparece esta última, por “antecedentes relativos” y “de los datos”, respectivamente.

Artículo 14

- Pasa a ser artículo 13, con las siguientes enmiendas:

- Reemplazar los dos primeros incisos, por los que se indican a continuación:

“Artículo 13.- La ficha clínica permanecerá por un período de al menos quince años en poder del prestador, quien será responsable de la reserva de su contenido. Un reglamento expedido a través del Ministerio de Salud establecerá la forma y las condiciones bajo las cuales los prestadores almacenarán las fichas, así como las normas necesarias para su administración, adecuada protección y eliminación.

Los terceros que no estén directamente relacionados con la atención de salud de la persona no tendrán acceso a la información contenida en la respectiva ficha clínica. Ello incluye al personal de salud y administrativo del mismo prestador, no vinculado a la atención de la persona.”.

- En el encabezado del inciso tercero sustituir la forma verbal “deberá ser” por “será”.

- Agregar al final de la letra a), precedida por una coma, la siguiente frase: “a su representante legal o, en caso de fallecimiento del titular, a sus herederos”.

- Reemplazar la letra b) por la siguiente:

“b) A un tercero debidamente autorizado por el titular, mediante poder simple otorgado ante notario.”.

- Sustituir la letra c) por las dos que se consignan a continuación:

“c) A los tribunales de justicia, siempre que la información contenida en la ficha clínica se relacione con quien tenga el carácter de parte o imputado en las causas que estuvieren conociendo.

d) A los fiscales del Ministerio Público y a los abogados defensores, previa autorización del juez competente, cuando la información se vincule directamente con las investigaciones o defensas que tengan a su cargo.”.

- Eliminar la letra d).

- Rechazar el inciso cuarto.

- Reemplazar el inciso quinto, que pasa a ser cuarto, por el siguiente:

“Las instituciones y personas indicadas precedentemente adoptarán las providencias necesarias para asegurar la reserva de la identidad del titular las fichas clínicas a las que accedan, de los datos médicos, genéticos u otros de carácter sensible contenidos en ellas y para que toda esta información sea utilizada exclusivamente para los fines para los cuales fue requerida.”.

- Suprimir los incisos sexto y séptimo.

Artículo 15

- Pasa a ser artículo 14, con las siguientes enmiendas:

- Sustituir la remisión a los artículos “18” y “9º”, que figuran en los incisos primero y segundo, por otras a los artículos “16” y “10” , respectivamente.

- Eliminar la coma que figura a continuación de la palabra “eutanásicas”, en el inciso tercero.

- En el inciso cuarto, agregar los artículos “la” y “el”, antes de los vocablos “aceptación” y “rechazo”, respectivamente, y reemplazar la remisión al artículo “9º” por otra al artículo “10”.

Artículo 16

- Pasa a ser artículo 15, con las siguientes enmiendas:

- En la letra a), reemplazar la locución “En caso que” por “En el caso de que”, y sustituir la referencia al artículo “15” y la coma que le sigue, por la palabra “anterior”.

- En la letra b), reemplazar la palabra “ésta” por la expresión “el paciente”, e intercalar las palabras “de su” antes del nombre “apoderado”.

En la letra c), sustituir la forma verbal “deberán adoptar” por “adoptarán”.

Artículo 17

- Rechazarlo.

Artículo 18

- Pasa a ser artículo 16, con las siguientes enmiendas:

- En el inciso primero, intercalar la preposición “de” a continuación de la palabra “informada”.

- Suprimir el inciso quinto.

- Redactar el inciso sexto, que pasa a ser quinto, de la siguiente manera:

“Siempre podrá solicitar el alta voluntaria la misma persona, el apoderado que ella haya designado o los parientes señalados en el artículo 42 del Código Civil, en orden preferente y excluyente conforme a dicha enunciación.”.

Artículo 19

- Rechazarlo.

Epígrafe & 3. Normas generales aplicables

- Reemplazarlo por el siguiente:

“& 3. De los comités de ética”

Artículo 20

- Pasa a ser artículo 17, con las siguientes enmiendas:

- En el inciso primero, sustituir la expresión inicial “En caso que” por “En el caso de que” y la referencia al artículo “23” por otra, al artículo “20”.

- En el inciso tercero, insertar las palabras “del comité” a continuación del vocablo “pronunciamiento” y reemplazar la expresión “En caso que” por “En el caso de que”.

Artículo 21

- Pasa a ser artículo 18, sustituyéndose la expresión inicial “En caso que” por “En el caso de que”.

Artículo 22

- Pasa a ser artículo 19, sin modificaciones.

Artículo 23

- Pasa a ser artículo 20, con las siguientes enmiendas:

- Reemplazar el inciso primero por el siguiente:

“Artículo 20.- Mediante un reglamento expedido a través del Ministerio de Salud se establecerán las normas necesarias para la creación, funcionamiento periódico y control de los comités de ética, y los mecanismos que permitirán a los establecimientos acceder a comités de ética de su elección, en caso de que no posean o no estén en condiciones de constituir uno. Además, se fijarán mediante 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.”.

- Redactar el inciso segundo como sigue:

“Dichos comités deberán existir al menos en los siguientes establecimientos, siempre que presten atención cerrada: autogestionados en red, experimentales, de alta complejidad e institutos de especialidad.”.

Párrafo 7°

- Sustituir su título por el siguiente:

“De la protección de la autonomía de las personas que participan en una investigación científica”

Artículo 24

- Pasa a ser artículo 21, con las siguientes enmiendas:

- En el inciso primero, suprimir las palabras “de protocolo”, escritas antes de la expresión “de investigación científica biomédica”.

- Eliminar el inciso segundo.

Artículo 25

- Pasa a ser artículo 22, con la siguiente modificación:

- Reemplazar la oración inicial “Corresponderá al Ministerio de Salud, en los términos de la ley N° 20.120, establecer, mediante reglamento”, así como la coma que le sigue, por esta otra: “Mediante un reglamento expedido a través del Ministerio de Salud, en los términos de la ley N° 20.120, se establecerán”.

Artículo 26

- Rechazarlo.

Artículo 27

- Pasa a ser artículo 23, sustituido por el que se indica a continuación:

“Artículo 23.- La reserva de la información que el profesional tratante debe mantener frente al paciente o la restricción al acceso por parte del titular 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 al representante legal del paciente o a la persona bajo cuyo cuidado se encuentre, las razones médicas que justifican tal reserva o restricción.”.

Artículo 28

- Pasa a ser artículo 24, reemplazándose la referencia a “los artículos 16 y 17”, por esta otra: “el artículo 15”.

Artículo 29

- Pasa a ser artículo 25, con las siguientes enmiendas:

- En la letra e) del inciso primero, sustituir las frases “esto último posible” y “a él más vinculada”, por “posible esto último” y

“más vinculada a él”, respectivamente, y escribir una coma antes y después de la frase “en ausencia de ambos”.

- En el inciso segundo, eliminar la coma escrita después del término “Mental” y reemplazar la referencia al artículo “33” por otra, al artículo “29”, seguida de una coma.

- Suprimir el inciso final.

Artículo 30

- Pasa a ser artículo 26, con las siguientes enmiendas:

- Redactar el inciso cuarto como se expresa enseguida:

“Se podrá reclamar a la Comisión Regional que corresponda la revisión de las medidas de aislamiento y contención o aquellas que restrinjan temporalmente la comunicación o contacto con las visitas.”.

- En el inciso final, sustituir la oración inicial “Mediante reglamento, el Ministerio de Salud establecerá”, por “Mediante un reglamento expedido a través del Ministerio de Salud se establecerán”.

Artículo 31

- Pasa a ser artículo 27, con la sola modificación consistente en reemplazar, en el literal c), la forma verbal “fuere” por “sea”.

Artículo 32

- Pasa a ser artículo 28, con las siguientes enmiendas:

- Redactar el inciso primero como sigue:

“Artículo 28.- Ninguna persona con discapacidad psíquica o intelectual que no pueda expresar su voluntad podrá participar en una investigación científica.”.

- En el inciso segundo, sustituir la palabra “como” que antecede a la expresión “la manifestación”, por los términos “además de”.

En el inciso tercero, iniciar con mayúscula las palabras “comisión regional”, reemplazar la referencia al artículo “33” por

otra, al artículo “siguiente” y sustituir la expresión “esta efectúe revisión de” por “ésta revise”.

Artículo 33

- Pasa a ser artículo 29, con las siguientes enmiendas:

- En el encabezado del inciso primero, iniciar con mayúscula las palabras “personas” y “enfermedades mentales” y con minúscula la palabra “Región”, y eliminar la conjunción “ya” escrita antes de la expresión “sea en las modalidades”.

- En la letra a) del mismo inciso, insertar los términos “sean o” antes de los vocablos “puedan ser”.

- En la letra b), reemplazar la preposición “para”, la primera vez que aparece, por la expresión “con el fin de”.

- En la letra c), iniciar con mayúscula las palabras “comisiones regionales”.

- En la letra d), insertar la expresión “de la Comisión”, a continuación de la palabra “coordinación”, e iniciar con minúscula las palabras “derechos humanos”.

- En la letra e), sustituir la frase inicial “Efectuar revisión de reclamos sobre”, por “Revisar los reclamos contra”.

- En la letra g), reemplazar la frase inicial “Efectuar revisión de hechos inusuales”, por “Revisar hechos”.

- En el segundo inciso, literal a), sustituir la expresión “supervisión de” por la palabra “supervisar”.

- Redactar la letra b) en los siguientes términos:

“b) Revisar las actuaciones de los prestadores públicos y privados en relación a las hospitalizaciones involuntarias y a las medidas o tratamientos que priven a la persona de desplazamiento o restrinjan temporalmente su contacto con otras personas, y controlar dichas actuaciones, medidas y tratamientos periódicamente;”.

- En la letra c), sustituir la expresión “Efectuar revisión de” por la palabra “Revisar”.

- En la letra a) del inciso tercero, sustituir por un punto y coma el punto final.

- En la letra e) del mismo inciso, reemplazar el punto y coma por una coma, seguida de la conjunción “y”.

- En el inciso quinto, sustituir la forma verbal “deberá procurar” por “procurará, y la preposición “en” que sigue a los términos “realidad local”, por la preposición “de”.

- En el inciso sexto, reemplazar el artículo determinado “El”, escrito al inicio, por el indeterminado “Un”.

- Agregar al final del último inciso, luego de la expresión “Constitución Política”, las palabras “de la República”.

Artículo 34

- Pasa a ser artículo 30, con las siguientes enmiendas:

- Sustituir los tres primeros incisos, por los dos que siguen:

“Artículo 30.- Sin perjuicio de los mecanismos e instancias de participación creados por ley, por reglamento o por resolución, toda persona tiene derecho a efectuar las consultas y los reclamos que estime pertinentes, respecto de la atención de salud recibida. Asimismo, los usuarios podrán manifestar por escrito sus sugerencias y opiniones respecto de dicha atención.

A través del Ministerio de Salud, con consulta a las instancias de participación creadas por ley, se reglamentarán los procedimientos para que los usuarios ejerzan estos derechos, y el plazo y la forma en que los prestadores deberán responder o resolver, según el caso.”.

- En el inciso cuarto, que pasa a ser tercero, eliminar la frase inicial “Sin perjuicio de lo anterior, el Ministerio de Salud,”; intercalar el vocablo “se” antes de la expresión “deberá asegurar”; reemplazar la forma verbal “deberán ser”, que figura después de la expresión “prestadores institucionales,” por “serán”, y sustituir la forma verbal “deberán dar”, que figura después de la expresión “prestadores individuales”, por “darán”

Artículo 35

- Pasa a ser artículo 31, con las siguientes enmiendas:

- En el inciso primero, reemplazar la oración “deberán mantener una base de datos actualizada y otro tipo de registros, de

libre acceso para quien la solicite”, por “mantendrán una base de datos actualizada y otros registros de libre acceso”.

- En el inciso tercero, suprimir la expresión “de todo tipo”, que figura después de la palabra “gastos”.

Artículo 36

- Pasa a ser artículo 32, con la sola modificación consistente en sustituir la expresión “en caso que”, por “en el caso de que”.

TÍTULO III

- En el epígrafe, sustituir las palabras “EN SALUD” por “EN SU ATENCIÓN DE SALUD”.

Artículo 37

- Pasa a ser artículo 33, con las siguientes enmiendas:

- Redactar el inciso primero en la forma que se indica a continuación:

“Artículo 33.- Para el debido respeto de la normativa vigente en materia de salud, la autoridad competente implementará las medidas que aseguren una amplia difusión de ella.”.

- En el inciso segundo, reemplazar las formas verbales “solicitan o reciben” por “soliciten o reciban”, y la palabra “asumen” por “tendrán”.

Artículo 38

- Pasa a ser artículo 34, con la sola modificación de escribir en singular la palabra “reclamos”, del inciso segundo.

Artículo 39

- Pasa a ser artículo 35, con las siguientes enmiendas:

- En el inciso primero, sustituir la oración “haciéndose responsables, según corresponda, de acuerdo a la ley”, por “respondiendo de los perjuicios según las reglas generales”.

- Redactar el inciso tercero de la siguiente forma:

“El trato irrespetuoso 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 para 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. También podrá ordenar el alta disciplinaria del paciente que incurra en maltrato o en actos de violencia, siempre que ello no ponga en riesgo su vida o su salud.”.

Artículo 40

- Pasa a ser artículo 36, con la única modificación consistente en reemplazar la expresión “conozca o le”, por “conozcan o les”.

Artículo 41

- Pasa a ser artículo 37, con las siguientes enmiendas:

- Sustituir, en el inciso primero, la frase “tiene derecho a”, por la forma verbal “podrá”, e intercalar la preposición “con”, antes de la expresión “un sistema de registro”.

- En el inciso tercero, reemplazar el artículo determinado “El”, escrito al inicio, por el indeterminado “Un”, y eliminar la coma que figura a continuación de la expresión “los reclamos”, la segunda vez que ésta aparece.

- En el inciso cuarto, reemplazar la frase “en que está establecido en”, por la preposición “de”.

Artículo 42

- Pasa a ser artículo 38, con las siguientes enmiendas:

- En el inciso segundo, sustituir la preposición “en”, escrita antes de la expresión “los prestadores”, por la preposición “por”.

- En el inciso tercero, reemplazar la frase inicial “En el caso que” por “En el caso de que”.

- En el inciso cuarto, suprimir la conjunción “y” escrita antes de los términos “el prestador” y la palabra “éste” que figura antes de las palabras “será sancionado”. Además, intercalar la frase “2005 y publicado en”, entre los términos “de” y “2006”.

- Sustituir los incisos quinto, sexto y séptimo, por el que se consigna enseguida:

“En contra de las sanciones aplicadas el prestador podrá interponer los recursos de reposición y jerárquico, en los términos del Párrafo 2° del Capítulo IV de la ley N° 19.880.”.

Artículo 43

- Pasa a ser artículo 39, sin modificaciones.

Artículo 44

- Rechazarlo.

DISPOSICIÓN TRANSITORIA

- Reemplazar el inciso segundo por el siguiente:

“Los reglamentos complementarios de la presente ley se dictarán dentro del mes siguiente a la entrada en vigencia de ella.”.

- - - - -

También proponen las Comisiones Unidas aprobar las constancias estampadas en las páginas 14 y 19 de este informe.

- - - - -

En virtud de las modificaciones anteriores, el proyecto de ley queda como sigue:

PROYECTO DE LEY QUE PROPONEN LAS COMISIONES UNIDAS

PROYECTO DE LEY:

**“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 **de** salud.

Sus disposiciones se aplicarán a cualquier tipo de prestador de acciones de salud, sea público o privado. **Asimismo, y en lo que corresponda, se aplicarán a los demás profesionales y trabajadores que, por cualquier causa, deban atender público o se vinculen con el otorgamiento de las atenciones de salud.**

Artículo 2°.- Toda persona tiene derecho, cualquiera que sea el prestador que ejecute las acciones de promoción, protección y recuperación de su salud y de su rehabilitación, a que ellas sean dadas oportunamente y sin discriminación arbitraria, en las formas y condiciones que determinan la Constitución y las leyes.

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 **igual** calidad.

Artículo 3°.- Se entiende por prestador de salud, en adelante el prestador, toda persona, natural o jurídica, pública o privada, cuya actividad sea el otorgamiento de atenciones de salud. Los prestadores son de dos categorías: institucionales e individuales.

Prestadores institucionales son aquellos que organizan en establecimientos asistenciales medios personales, materiales e inmateriales destinados al otorgamiento de prestaciones de salud, dotados de una individualidad determinada y ordenados bajo una dirección, cualquiera sea su naturaleza y nivel de complejidad. Corresponde a sus órganos la misión de velar por que en los establecimientos indicados se respeten los contenidos de esta ley.

Prestadores individuales son las personas naturales que, de manera independiente, dependiente de un prestador institucional o a través de un convenio con éste, otorgan directamente prestaciones de salud a las personas o colaboran directa o indirectamente en la ejecución de éstas. Se consideran prestadores individuales los profesionales de la salud a que se refiere el Libro Quinto del Código Sanitario.

Para el otorgamiento de prestaciones de salud todo prestador deberá haber cumplido las disposiciones legales y reglamentarias relativas a los procesos de certificación y acreditación, cuando correspondan.

TÍTULO II DERECHOS DE LAS PERSONAS EN SU ATENCIÓN DE SALUD

Párrafo 1° De la seguridad en la atención de salud

Artículo 4°.- Toda persona tiene derecho a que, en el marco de la atención de salud que se le brinda, los miembros del equipo de salud y los prestadores institucionales cumplan las normas vigentes en el país, y con los protocolos establecidos, en materia de seguridad del paciente y calidad de la atención de salud, referentes a materias tales como infecciones intrahospitalarias, identificación y accidentabilidad de los

pacientes, errores en la atención de salud y, en general, todos aquellos eventos adversos evitables según las prácticas comúnmente aceptadas. Adicionalmente, toda persona o quien la represente tiene derecho a ser informada acerca de la ocurrencia de un evento adverso, independientemente de la magnitud de los daños que aquél haya ocasionado.

Las normas y protocolos a que se refiere el inciso primero serán aprobados por resolución del Ministro de Salud, publicada en el Diario Oficial, **y deberán ser permanentemente revisados y actualizados** de acuerdo a la evidencia científica disponible.

Párrafo 2°

Del derecho a un trato digno

Artículo 5°.- 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 porque se utilice un lenguaje adecuado **e inteligible** durante la atención; cuidar que las personas que adolezcan de alguna discapacidad, 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 porque se adopten actitudes que se ajusten a las normas de cortesía y amabilidad generalmente aceptadas, y porque las personas atendidas sean tratadas y llamadas por su nombre.

c) **Respetar y proteger** la vida privada y la honra de la persona durante su atención de salud. En especial, se deberá asegurar estos derechos en relación con la toma de fotografías, grabaciones o filmaciones, cualquiera que sea su fin o uso. En todo caso, para la toma de fotografías, grabaciones o filmaciones para usos o fines periodísticos o publicitarios se requerirá autorización escrita del paciente **o de su representante legal**.

La atención otorgada por alumnos en establecimientos de carácter docente asistencial, como también en las entidades que han suscrito acuerdos de colaboración con universidades o institutos reconocidos, deberá contar con la supervisión de un médico u otro profesional de la salud que trabaje en dicho establecimiento y que corresponda según el tipo de prestación.

Un reglamento **expedido a través** del Ministerio de Salud establecerá las normas para dar cumplimiento a lo dispuesto en el literal c) y en el inciso precedente.

Párrafo 3°

Del derecho a tener compañía y asistencia espiritual

Artículo 6°.- 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 interna de cada establecimiento, la que en ningún caso podrá restringir este derecho de la persona más allá de lo que requiera su beneficio clínico.

Asimismo, toda persona que lo solicite tiene derecho a recibir, oportunamente y en conformidad a la ley, consejería y asistencia religiosa o espiritual.

Artículo 7°.- 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 de sanación de los pueblos originarios; la existencia de facilitadores interculturales y señalización en idioma español y del pueblo originario que corresponda al territorio, y el derecho a recibir asistencia religiosa propia de su cultura.

Párrafo 4°

Del derecho de información

Artículo 8°.- Toda persona tiene derecho a que el prestador institucional 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 **requeridas para su atención**, los antecedentes o documentos solicitados en cada caso y los trámites necesarios para obtener la atención de salud.

c) Las condiciones y obligaciones contempladas en sus reglamentos internos que las personas deberán

cumplir mientras se encuentren al interior de los establecimientos asistenciales.

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 **de** salud, cuyo contenido será determinado mediante resolución del Ministro de Salud.

Los prestadores individuales estarán obligados a proporcionar la información señalada en las letras a) y b) y en el inciso precedente.

Artículo 9°.- Toda persona tiene derecho a que todos y cada uno de los miembros del equipo de salud que la atiendan tenga algún sistema visible de identificación personal, incluyendo la función que desempeñan, así como a saber **quien autoriza y efectúa sus** 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 10.- Toda persona tiene derecho a ser informada, en forma oportuna y comprensible, por parte del médico u otro profesional tratante, 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.

Cuando la condición de la persona, a juicio de su médico tratante, 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 anterior** 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 **el inciso precedente**.

Tratándose de atenciones médicas de emergencia o urgencia, es decir, de aquellas en que la falta de intervención inmediata e impostergable implique un riesgo vital 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 porque 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 encuentre lo permitan, siempre que ello no ponga en riesgo su vida. La imposibilidad de entregar la información no podrá, en ningún caso, dilatar o posponer la atención de salud de emergencia o urgencia.

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 11.- Toda persona tendrá 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 y del profesional que actuó como tratante principal;
- b) El período de tratamiento;
- 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, y
- d) **Una lista** de los medicamentos y dosis suministrados durante el tratamiento y **de aquellos** prescritos en la receta médica.

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

Toda persona podrá solicitar, en cualquier momento de su tratamiento, un informe que señale la duración de éste, el diagnóstico y los procedimientos aplicados.

Asimismo, toda persona tendrá 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. El referido certificado será emitido, de preferencia, por el profesional que trató al paciente que lo solicita.

De la reserva de la información contenida en la ficha clínica

Artículo 12.- La ficha clínica es el instrumento obligatorio en el que se registra el conjunto de **antecedentes relativos** a las diferentes áreas relacionadas con la salud de las personas, que tiene como finalidad la integración de la información necesaria en el proceso asistencial de cada paciente. Podrá configurarse de manera electrónica, en papel o en cualquier otro soporte, siempre que los registros sean completos y se asegure el oportuno acceso, conservación y confidencialidad **de los datos**, así como la autenticidad de su contenido y de los cambios efectuados en ella.

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 por un período de al menos quince años en poder del prestador, quien será responsable de la reserva de su contenido. Un reglamento expedido a través del Ministerio de Salud establecerá la forma y las condiciones bajo las cuales los prestadores almacenarán las fichas, así como las normas necesarias para su administración, adecuada protección y eliminación.

Los terceros que no estén directamente relacionados con la atención de salud de la persona no tendrán acceso a la información contenida en la respectiva ficha clínica. Ello incluye al personal de salud y administrativo del mismo prestador, no vinculado a la atención de la persona.

Sin perjuicio de lo anterior, la información contenida en la ficha, copia de la misma o parte de ella, **será** entregada, total o parcialmente, a solicitud expresa de las personas y organismos que se indican a continuación, en los casos, forma y condiciones que se señalan:

a) Al titular de la ficha clínica, **a su representante legal o, en caso de fallecimiento del titular, a sus herederos.**

b) **A un tercero debidamente autorizado por el titular, mediante poder simple otorgado ante notario.**

c) **A los tribunales de justicia, siempre que la información contenida en la ficha clínica se relacione con quien tenga el carácter de parte o imputado en las causas que estuvieren conociendo.**

d) **A los fiscales del Ministerio Público y a los abogados defensores, previa autorización del juez competente, cuando**

la información se vincule directamente con las investigaciones o defensas que tengan a su cargo.

Las instituciones y personas indicadas precedentemente adoptarán las providencias necesarias para asegurar la reserva de la identidad del titular las fichas clínicas a las que accedan, de los datos médicos, genéticos u otros de carácter sensible contenidos en ellas y para que toda esta información sea utilizada exclusivamente para los fines para los cuales fue requerida.

Párrafo 6º

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 16.

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 10.

En ningún caso el rechazo a tratamientos podrá tener como objetivo la aceleración artificial de la muerte, la realización de prácticas eutanásicas o el auxilio al suicidio.

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, la aceptación o el rechazo deberán constar por escrito en la ficha clínica del paciente y referirse, al menos, a los contenidos indicados en el inciso primero del artículo 10. Se presume que la persona ha recibido la información pertinente para la manifestación de su consentimiento, cuando hay constancia de su firma en el documento explicativo del procedimiento o tratamiento al cual deba someterse.

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

a) **En el caso de que** la falta de aplicación de los procedimientos, tratamientos o intervenciones señalados en el artículo anterior 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 o secuela funcional grave de no mediar atención médica inmediata e impostergable y **el paciente** no se encuentre en condiciones de expresar su voluntad ni sea posible obtener el consentimiento de su representante legal, **de su** 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 **adoptarán** las medidas apropiadas en orden a garantizar la protección de la vida.

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

Artículo **16.-** La persona que fuere informada **de** que su estado de salud es terminal, tiene derecho a otorgar o denegar su voluntad para someterse a cualquier tratamiento que tenga como efecto prolongar artificialmente su vida, sin perjuicio de mantener las medidas de soporte ordinario. En ningún caso, el rechazo de tratamiento podrá implicar como objetivo la aceleración artificial del proceso de muerte.

Este derecho de elección no resulta aplicable cuando, como producto de la falta de esta intervención, procedimiento o tratamiento, se ponga en riesgo la salud pública, en los términos establecidos en el Código Sanitario. De esta circunstancia deberá dejarse constancia por el profesional tratante en la ficha clínica de la persona.

Para el correcto ejercicio del derecho establecido en el inciso primero, los profesionales tratantes están obligados a proporcionar información completa y comprensible.

Las personas que se encuentren en este estado tendrán derecho a vivir con dignidad hasta el momento de la muerte. En consecuencia, tienen derecho a los cuidados paliativos que les permitan hacer más soportables los efectos de la enfermedad, a la compañía de sus familiares y personas a cuyo cuidado estén y a recibir, cuando lo requieran, asistencia espiritual.

Siempre podrá solicitar el alta voluntaria la misma persona, el apoderado que ella haya designado o los parientes señalados en el artículo 42 del Código Civil, en orden preferente y excluyente conforme a dicha enunciación.

& 3. De los comités de ética

Artículo 17.- **En el caso de 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 del establecimiento o, en caso de no poseer uno, al que según el reglamento dispuesto en el artículo 20 le corresponda.

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

En ambos casos, el pronunciamiento **del comité** tendrá sólo el carácter de recomendación y sus integrantes no tendrán responsabilidad civil o penal respecto de lo que ocurra en definitiva. **En el 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.

Tanto la persona como cualquiera a su nombre podrán, si no se conformaren con la opinión del comité, solicitar a la Corte de Apelaciones del domicilio del actor 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.

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 técnicamente calificado, de acuerdo al caso clínico específico.

Artículo 18.- **En el caso de 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 19.- 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 20.- Mediante un reglamento expedido a través del Ministerio de Salud se establecerán las normas necesarias

para la creación, funcionamiento periódico y control de los comités de ética, y los mecanismos que permitirán a los establecimientos acceder a comités de ética de su elección, en caso de que no posean o no estén en condiciones de constituir uno. Además, se fijarán mediante 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.

Dichos comités deberán existir al menos en los siguientes establecimientos, siempre que presten atención cerrada: autogestionados en red, experimentales, de alta complejidad e institutos de especialidad.

Párrafo 7º

De la protección de la autonomía de las personas que participan en una investigación científica

Artículo 21.- Toda persona deberá ser informada y tendrá derecho a elegir su incorporación en cualquier tipo de investigación científica biomédica, en los términos de la ley N° 20.120. 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.

Artículo 22.- **Mediante un reglamento expedido a través del Ministerio de Salud, en los términos de la ley N° 20.120, se establecerán** las normas necesarias para regular los requisitos de los protocolos de investigación y los procedimientos administrativos y normas sobre constitución, funcionamiento y financiamiento de comités para la evaluación ético científica; para la aprobación de protocolos y para la acreditación de los comités por parte de la Autoridad Sanitaria; 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 8º

De los derechos de las personas con discapacidad psíquica o intelectual

Artículo 23.- **La reserva de la información que el profesional tratante debe mantener frente al paciente o la restricción al acceso por parte del titular 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 al representante legal del paciente o a la persona bajo cuyo cuidado se encuentre, las razones médicas que justifican tal reserva o restricción.**

Artículo 24.- Sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 15 de esta ley, si la persona no se encuentra en condiciones de

manifestar su voluntad, las indicaciones y aplicación de tratamientos invasivos e irreversibles, tales como esterilización con fines contraceptivos, psicocirugía u otro de carácter irreversible, deberán contar siempre con el informe favorable del comité de ética del establecimiento.

Artículo 25.- Una persona puede ser objeto de hospitalización involuntaria siempre que se reúnan todas las condiciones siguientes:

a) 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;

b) Que el estado de la misma comporte un riesgo real e inminente de daño a sí mismo o a terceros;

c) Que la hospitalización tenga exclusivamente una finalidad terapéutica;

d) Que no exista otro medio menos restrictivo de suministrar los cuidados apropiados, y

e) Que el parecer de la persona atendida haya sido tenido en consideración. De no ser **posible esto último**, 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 **más vinculada a él** por razón familiar o de hecho.

Toda hospitalización involuntaria deberá ser comunicada a la Secretaría Regional Ministerial de Salud y a la Comisión Regional de Protección de los Derechos de las Personas con Enfermedad Mental indicada en el artículo 29, que correspondan.

La Autoridad Sanitaria Regional velará por el respeto de los derechos de las personas ingresadas en instituciones de salud mental, y autorizará el ingreso de todas las hospitalizaciones involuntarias que excedan de setenta y dos horas, de acuerdo a lo establecido en los artículos 130 y 131 del Código Sanitario.

Las Comisiones Regionales indicadas informarán de su revisión, conclusiones y recomendaciones al Secretario Regional Ministerial de Salud para que éste, si correspondiere, ejerza la facultad indicada en el artículo 132 del Código Sanitario. En el evento que dicha autoridad decida no ejercer esta facultad, la Comisión respectiva podrá presentar los antecedentes a la Corte de Apelaciones del lugar en que esté hospitalizado el paciente, para que ésta resuelva en definitiva, conforme al procedimiento aplicable a la acción constitucional de protección establecida en el artículo 20 de la Constitución Política de la República, sin perjuicio de las demás acciones legales que correspondan.

Artículo 26.- El empleo extraordinario de las medidas de aislamiento o contención física y farmacológica 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 Regional, a cuya disposición estará toda la documentación respectiva.

Se podrá reclamar a la Comisión Regional que corresponda la revisión de las medidas de aislamiento y contención o aquellas que restrinjan temporalmente la comunicación o contacto con las visitas.

Mediante un reglamento expedido a través del Ministerio de Salud se establecerán las normas adecuadas para el manejo de las conductas perturbadoras o agresivas que las personas con discapacidad psíquica o intelectual pudieran tener en establecimientos de salud y el respeto por sus derechos en la atención de salud.

Artículo 27.- Sin perjuicio del derecho de la persona con discapacidad psíquica o intelectual a otorgar su autorización o denegarla para ser sometida a tratamientos, excepcionalmente y sólo cuando su estado lo impida, podrá ser tratada involuntariamente siempre que:

a) Esté certificado por un médico psiquiatra 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, y que suspender o no tener tratamiento significa un empeoramiento de su condición de salud. En todo caso, este tratamiento no se deberá aplicar más allá del período estrictamente necesario a tal propósito.

b) 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;

c) Se tenga en cuenta, siempre que ello **sea** posible, la opinión de la misma persona, se revise el plan periódicamente y se modifique, en caso de ser necesario, y

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

Artículo 28.- Ninguna persona con discapacidad psíquica o intelectual que no pueda expresar su voluntad podrá participar en una investigación científica.

En los casos en que se realice investigación científica con participación de personas con discapacidad psíquica o intelectual que tengan la capacidad de manifestar su voluntad y que hayan dado consentimiento informado, además de la evaluación ético científica que corresponda, será necesaria la autorización de la Autoridad Sanitaria competente, **además de** la manifestación de voluntad expresa de participar tanto de parte del paciente como de su representante legal.

En contra de las actuaciones de los prestadores y la Autoridad Sanitaria en relación a investigación científica, podrá presentarse un reclamo a la **Comisión Regional** indicada en el artículo **siguiente** que corresponda, a fin de que **ésta revise** los procedimientos en cuestión.

Artículo 29.- Sin perjuicio de las facultades de los tribunales ordinarios de justicia, el Ministerio de Salud deberá asegurar la existencia y funcionamiento de una Comisión Nacional de Protección de los Derechos de las **Personas con Enfermedades Mentales** y de Comisiones Regionales de Protección, una en cada región del país, cuya función principal será velar por la protección de derechos y defensoría de las personas con discapacidad psíquica o intelectual en la atención de salud entregada por los prestadores públicos o privados, sea en las modalidades de atención comunitaria, ambulatoria, hospitalaria o de urgencia. Serán atribuciones de la Comisión Nacional:

a) Promover, proteger y defender los derechos humanos de las personas con discapacidad psíquica e intelectual cuando éstos **sean o** puedan ser vulnerados;

b) Proponer al Ministerio de Salud, a través de la Subsecretaría de Salud Pública, directrices técnicas y normativas complementarias **con el fin de** garantizar la aplicación de la presente ley para promover y proteger los derechos de las personas con discapacidad psíquica e intelectual;

c) Coordinar y velar por el buen funcionamiento de las **Comisiones Regionales**;

d) Proponer a la Subsecretaría de Salud Pública la vinculación y coordinación **de la Comisión** con otros organismos públicos y privados de **derechos humanos**;

e) **Revisar los reclamos contra** lo obrado por las Comisiones Regionales;

f) Revisar las indicaciones y aplicación de tratamientos invasivos e irreversibles;

g) **Revisar hechos** que involucren vulneración de derechos de las personas y muertes ocurridas durante la hospitalización psiquiátrica.

Serán funciones de las Comisiones Regionales:

a) Efectuar visitas y **supervisar** las instalaciones y procedimientos relacionados con la hospitalización y aplicación de tratamientos a personas con discapacidad psíquica o intelectual;

b) Revisar las actuaciones de los prestadores públicos y privados en relación a las hospitalizaciones involuntarias y a las medidas o tratamientos que priven a la persona de desplazamiento o restrinjan temporalmente su contacto con otras personas, y controlar dichas actuaciones, medidas y tratamientos periódicamente;

c) **Revisar** los reclamos que los usuarios y cualquier otra persona en su nombre realicen sobre vulneración de derechos vinculados a la atención en salud;

d) Emitir recomendaciones a la Autoridad Sanitaria sobre los casos y situaciones sometidos a su conocimiento o revisión;

e) Recomendar a los prestadores institucionales e individuales la adopción de las medidas adecuadas para evitar, impedir o poner término a la vulneración de los derechos de las personas con discapacidad psíquica o intelectual;

f) Cumplir y ejecutar las directrices técnicas emitidas por el Ministerio de Salud.

La Comisión Nacional estará conformada por las siguientes personas, quienes se desempeñarán ad honorem:

a) Dos miembros de asociaciones gremiales de profesionales del área de la salud, que sean representativos del área de la salud mental;

b) Un miembro de la asociación gremial de abogados que cuente con el mayor número de adherentes;

c) Dos miembros de sociedades científicas del área de la salud mental;

d) Dos representantes de asociaciones de usuarios de la salud mental;

e) Dos representantes de asociaciones de familiares de personas con discapacidad psíquica o intelectual, y

f) Un representante de la Autoridad Sanitaria.

La Comisión tendrá una Secretaría Ejecutiva, que coordinará su funcionamiento y cumplirá los acuerdos que aquélla adopte y estará conformada por el personal que al efecto asigne el Ministerio de Salud.

En la conformación de las Comisiones Regionales el Ministerio de Salud **procurará** una integración con similares características, de acuerdo a la realidad local **de** la respectiva Región.

Un reglamento señalará la manera en que se designarán dichas personas y las normas necesarias para el adecuado funcionamiento de las Comisiones indicadas en este artículo.

En contra de las acciones efectuadas por los prestadores institucionales e individuales, o por la autoridad sanitaria, las personas con discapacidad psíquica o intelectual afectadas, sus representantes y cualquiera a su nombre podrán recurrir directamente a la Corte de Apelaciones del domicilio del afectado para el resguardo de sus derechos. La Comisión Nacional o las Comisiones Regionales podrán informar a la Corte de Apelaciones del lugar en que tengan su asiento, de los casos de que tomen conocimiento en el ejercicio de sus funciones, y entregarle todos los antecedentes para que ésta restablezca el imperio del derecho.

Las acciones 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**.

Párrafo 9°

De la participación de las personas usuarias.

Artículo 30.- Sin perjuicio de los mecanismos e instancias de participación creados por ley, por reglamento o por resolución, toda persona tiene derecho a efectuar las consultas y los reclamos que estime pertinentes, respecto de la atención de salud recibida. Asimismo, los usuarios podrán manifestar por escrito sus sugerencias y opiniones respecto de dicha atención.

A través del Ministerio de Salud, con consulta a las instancias de participación creadas por ley, se reglamentarán los procedimientos para que los usuarios ejerzan estos derechos, y el plazo y la forma en que los prestadores deberán responder o resolver, según el caso.

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, **se** deberá asegurar la participación de los usuarios en dichos comités. En el caso de los prestadores institucionales, **serán** éstos los que provean los medios para que sus usuarios accedan a un comité de ética, si así lo requirieren. Los prestadores individuales **darán** 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 10°

De los medicamentos e insumos

Artículo **31.-** Los prestadores institucionales, públicos y privados, **mantendrán una base de datos actualizada y otros registros de libre acceso**, con información que contenga los precios de las prestaciones, de los insumos y de los medicamentos que cobren en la atención de personas.

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, sea total o parcialmente, podrá solicitar, en cualquier oportunidad, una cuenta actualizada y detallada de los gastos en que se haya incurrido en su atención de salud.

Artículo **32.-** Si las dosis de medicamentos o insumos fueren unitarias, **en el caso de que** la persona deba concurrir al pago de ellas, sólo estará obligada al pago de aquellas unidades efectivamente usadas en el tratamiento correspondiente.

TÍTULO III

DE LOS DEBERES DE LAS PERSONAS EN SU ATENCIÓN DE SALUD

Artículo **33.-** Para el debido respeto de la **normativa vigente en materia de salud**, la autoridad competente implementará las medidas que aseguren una amplia difusión de ella.

Tanto las personas que **soliciten o reciban** atención de salud por parte de un prestador institucional, como sus familiares, representantes o quienes los visiten, **tendrán** el deber de respetar el reglamento interno de dicho establecimiento.

Artículo **34.-** Sin perjuicio del deber preferente del prestador de informar de acuerdo a lo indicado en el Párrafo 4º 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 **reclamo** establecidos.

Artículo **35.-** 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, **respondiendo de los perjuicios según las reglas generales.**

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 otras personas que los acompañen o visiten.

El trato irrespetuoso 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 para 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. También podrá ordenar el alta disciplinaria del paciente que incurra en maltrato o en actos de violencia, siempre que ello no ponga en riesgo su vida o su salud.

Artículo **36.-** Tanto la persona que solicita la atención de salud, como sus familiares o representantes legales, deberán 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 **conozcan o les** sean solicitados para su adecuado diagnóstico y tratamiento.

TÍTULO IV DEL CUMPLIMIENTO DE LA LEY

Artículo **37.-** Sin perjuicio del derecho de las personas a reclamar ante las diferentes instancias o entidades que determina la normativa vigente, toda persona **podrá** reclamar el cumplimiento de los derechos que esta ley le confiere ante el prestador institucional, el que deberá contar con personal especialmente habilitado para este efecto y **con** 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.

Un 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 **de** la ley N° 19.966 y sus normas complementarias.

Artículo **38.-** 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 **por** 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 ordenará dejar constancia de ello al prestador 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 excederá de dos meses, el prestador no cumpliera la orden, será sancionado 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 y publicado en 2006**, del Ministerio de Salud.

En contra de las sanciones aplicadas el prestador podrá interponer los recursos de reposición y jerárquico, en los términos del Párrafo 2° del Capítulo IV de la ley N° 19.880.

TÍTULO V DISPOSICIONES VARIAS

Artículo 39.- Introdúcense las siguientes modificaciones a la Ley sobre Registro Civil, cuyo texto refundido, coordinado y sistematizado fue fijado por el artículo 3° del decreto con fuerza de ley N° 1, del Ministerio de Justicia, de 2000:

1) Agrégase, en el número 1° del artículo 3°, el siguiente párrafo segundo, nuevo, sustituyéndose el actual punto y coma (;) que figura al final del referido número por un punto aparte(.):

“El padre o la madre, al requerir esta inscripción, podrá solicitar que, junto con anotarse la comuna en que nació su hijo, se registre, en la misma partida, la comuna o localidad en la que estuviere avecindada la madre del recién nacido, la que deberá consignarse como lugar de origen de éste;”.

2) Modifícase el artículo 31, de la siguiente manera:

a. Elimínase, en el número 3°, la conjunción copulativa “y”, la segunda vez que aparece.

b. Agrégase, a continuación del último párrafo del número 4°, el siguiente número 5°, nuevo:

“5°. La comuna o localidad en la que estuviere avecindada la madre del recién nacido deberá consignarse tanto en esta partida, cuanto en el certificado de nacimiento, como lugar de origen del hijo.”.

DISPOSICIÓN TRANSITORIA

Artículo transitorio.- Esta ley entrará en vigencia el primer día del sexto mes siguiente al de su publicación en el Diario Oficial.

Los reglamentos complementarios de la presente ley se dictarán dentro del mes siguiente a la entrada en vigencia de ella.”.

- - - - -

Acordado en sesiones celebradas los días 15 y 22 de junio, 6, 13 y 20 de julio y 17 de agosto, todas de 2011, con asistencia de

los Honorables Senadores señores Fulvio Rossi Ciocca (Presidente), señoras Soledad Alvear Valenzuela (Ximena Rincón González) y señores Andrés Chadwick Piñera, Francisco Chahuán Chahuán (Alberto Espina Otero), Alberto Espina Otero, Guido Girardi Lavín (Ximena Rincón González), Hernán Larraín Fernández, Mariano Ruiz-Esquide Jara (Ximena Rincón González, Patricio Walker Prieto), Gonzalo Uriarte Herrera y Patricio Walker Prieto.

Valparaíso, 22 de agosto de 2011.

FERNANDO SOFFIA CONTRERAS
Secretario

RESUMEN EJECUTIVO

INFORME DE LAS COMISIONES UNIDAS DE CONSTITUCIÓN, LEGISLACIÓN, JUSTICIA Y REGLAMENTO Y DE SALUD, SOBRE EL PROYECTO DE LEY QUE REGULA LOS DERECHOS Y DEBERES QUE TIENEN LAS PERSONAS EN RELACIÓN CON ACCIONES VINCULADAS A SU ATENCIÓN EN SALUD.

(BOLETÍN N° 4.398-11)

I. PRINCIPAL OBJETIVO DEL PROYECTO: establecer un catálogo de los derechos y deberes de las personas en relación con las prestaciones de salud que se les proporciona.

II. ESTRUCTURA DEL PROYECTO APROBADO POR LAS COMISIONES UNIDAS: 39 artículos permanentes y uno transitorio.

III. NORMAS DE QUÓRUM ESPECIAL: las letras c) y d) del inciso tercero del artículo 13; el inciso cuarto del artículo 17; el inciso cuarto del artículo 25, y el inciso séptimo del artículo 29 del proyecto que se propone al final de este informe tienen carácter de ley orgánica constitucional, porque inciden en las atribuciones de los tribunales de justicia. Su aprobación requiere el voto afirmativo de cuatro séptimos de los Senadores en ejercicio.

IV. URGENCIA: suma, vence el 14 de septiembre de 2011.

V. ORIGEN - INICIATIVA: el proyecto se inicia por Mensaje del Presidente de la República, presentado a la Cámara de Diputados.

VI. TRÁMITE CONSTITUCIONAL: segundo.

VII. APROBACIÓN POR LA CÁMARA DE DIPUTADOS: la Cámara aprobó el proyecto en sesión de fecha 31 de julio de 2007, por 56 votos a favor y 54 en contra.

VIII. TRAMITACIÓN EN EL SENADO: ingresó a esta Corporación el 15 de enero de 2008. Se aprobó en general el 1 de abril de 2008. El 14 de octubre de 2008 la Comisión de Salud emitió su Segundo Informe y el 28 del mismo mes el Senado dispuso que el proyecto fuera informado por la Comisión de Constitución, Legislación, Justicia y Reglamento, pasando luego nuevamente a la de Salud, si correspondiere. La Comisión de Constitución informó el 21 de junio de 2010 y el Senado fijó un plazo para indicaciones que venció el 7 de septiembre del mismo año. La Comisión de Salud presentó un Nuevo Segundo Informe el 30 de marzo de 2011 y el 18 de mayo siguiente la Sala solicitó el presente informe, a

las Comisiones Unidas de Constitución, Legislación, Justicia y Reglamento y de Salud.

IX. DISPOSICIONES QUE SE MODIFICAN O QUE SE RELACIONAN CON LA MATERIA:

- Artículo 19 N° 9 de la Constitución Política de la República, que establece el derecho a la protección de la salud, y artículo 20, sobre recurso de protección.
- Código Sanitario, decreto con fuerza de ley N° 725, del Ministerio de Salud Pública, de 1967, publicado en 1968, especialmente los artículos 130, 131, 132 y 134.
- Ley N° 19.628, sobre protección de la vida privada.
- Ley N° 20.120, sobre la investigación científica en el ser humano, su genoma y que prohíbe la clonación humana.
- Ley N° 19.966, que establece un régimen de garantías en salud.
- Títulos IV y V del Capítulo VII, del Libro I del decreto con fuerza de ley N° 1, de 2006, del Ministerio de Salud.
- Ley N° 19.284, que establece normas para la plena integración social de personas con discapacidad.
- Ley N° 19.451, sobre trasplante y donación de órganos.
- Ley N° 19.880, que establece bases de los procedimientos administrativos que rigen los actos de los órganos de la administración del Estado.
- Decreto con fuerza de ley N° 1, del Ministerio de Justicia, de 2000, texto refundido, coordinado y sistematizado de la Ley sobre Registro Civil, artículo 3° y 31.
- Artículo 42 del Código Civil.
- Decreto N° 570, del Ministerio de Salud, de 1998 y publicado en 2000, Reglamento para la internación de las personas con enfermedades mentales y sobre los establecimientos que la proporcionan.
- Decreto con fuerza de ley N° 1, del Ministerio de Salud, de 2005 y publicado en 2006, que fija texto el refundido, coordinado y sistematizado del decreto ley N° 2.763, de 1979 y de las leyes N° 18.933 y N° 18.469.
- Auto Acordado de la Corte Suprema de 24 de junio de 1992, publicado en el Diario Oficial el 27 del mismo mes, sobre tramitación del recurso de protección.

FERNANDO SOFFIA CONTRERAS
Secretario

ÍNDICE

Intervención de la profesora señora Carmen Domínguez	4
Intervención del profesor señor Patricio Zapata	7
Debate y decisiones	11
Modificaciones	36
Texto del proyecto	50
Resumen ejecutivo	71
Índice	73