

SEGUNDO INFORME DE LA COMISIÓN DE SALUD, recaído en 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:

Vuestra Comisión de Salud tiene el honor de presentaros su segundo informe sobre el proyecto de ley de la referencia, iniciado en mensaje de Su Excelencia la Presidenta de la República.

Con fecha 01 de abril de 2008, el proyecto de la referencia fue aprobado en general en la Sala del Senado, fijando como plazo para presentar indicaciones el día 28 de abril a las 12:00 horas. Con fecha 10 de junio de 2008, la Sala, previo acuerdo de los Comités, fija un nuevo plazo para presentar indicaciones hasta las 12:00 horas del día lunes 30 de junio del presente.

o o o

Corresponde señalar que Su Excelencia la señora Presidenta de la República hizo presente urgencia para el despacho de esta iniciativa, en todos sus trámites constitucionales, en el carácter de “simple”.

o o o

A algunas de las sesiones en que la Comisión estudió este asunto asistió, además de sus integrantes, la Ministra de Salud, señora María Soledad Barría.

Asistieron también, especialmente invitadas por la Comisión, las siguientes personas:

Del Ministerio de Salud: el Jefe del Departamento Jurídico, don Sebastián Pavlovic; el Jefe de Gabinete de la Ministra, don Alan Mrugalski, el Jefe de Relaciones Públicas y Comunicaciones, señor Mario Aguilera, y el asesor jurídico, señor Eduardo Díaz.

Del Colegio Médico de Chile A.G.: el entonces Presidente, don Juan Luis Castro, y el Vice Presidente, actual Presidente, don Pablo Rodríguez.

Del Colegio de Enfermeras de Chile A.G.: la Presidenta, señora Gladys Corral, y la Secretaria General, señora María Teresa Castillo.

° ° °

Cabe recordar que, en su oportunidad, fue recabado el parecer de la Corte Suprema sobre el proyecto, mediante oficio N° 281-2007, en cumplimiento de lo preceptuado por los artículos 77, inciso segundo y siguientes, de la Carta Fundamental, y 16 de la ley N° 18.918, Orgánica Constitucional del Congreso Nacional.

° ° °

NORMAS DE QUÓRUM ESPECIAL

Las siguientes disposiciones del proyecto deben ser aprobadas con el carácter de norma orgánica constitucional, en cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 66, inciso segundo, de la Carta Fundamental:

a) El inciso tercero del artículo 13; el inciso cuarto del artículo 19; los incisos tercero y cuarto del artículo 28; el inciso tercero del artículo 31, y la letra d) del inciso primero y el inciso cuarto del artículo 32, en virtud de lo establecido en el artículo 77 de la Constitución Política.

b) Los incisos quinto, sexto y séptimo del artículo 41, en razón del artículo 38 de la Carta Fundamental.

° ° °

Para los efectos de lo dispuesto en el artículo 124 del Reglamento del Senado, se deja constancia de lo siguiente:

I.- Artículos que no fueron objeto de indicaciones ni modificaciones: artículos 6°, 7°, 10, 15, 37, 38, 42, 43 y artículo transitorio.

II.- Indicaciones aprobadas sin modificaciones: N° s 5, 6, 8, 14, 23, 33, 33 A, 33 C, 40, 52, 53, 61, 64, 65, 66, 70, 72, 73, 74, 76, 79, 85, 89, 96 y 101.

III.- Indicaciones aprobadas con modificaciones: N° s 29, 30, 38, 57, 67, 69, 80, 87, 91, 92, 93, 95, 97 y 100.

IV.- Indicaciones rechazadas: N° s 2, 3, 13, 15, 19, 21, 31, 32, 34, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 58, 60, 62, 63, 68, 71, 75, 77, 78, 81, 82, 83, 84, 86, 88, 90, 94, 98 y 99.

V.- Indicaciones retiradas: N° s 1, 4, 7, 9, 10, 11, 16, 17, 18, 20, 22, 24, 25, 26, 27, 32 A, 33 B, 33 D, 35, 36, 37, 39, 51, 54, 55, 56 y 59.

VI.- Indicaciones declaradas inadmisibles: N° s 12 y 28.

° ° °

Antes de iniciar el estudio de las indicaciones presentadas al texto del proyecto de ley aprobado en general por el Senado, la Comisión escuchó la opinión respecto al mismo, tanto del Colegio Médico de Chile A.G, como del Colegio de Enfermeras de Chile A.G.

El Presidente de la Comisión, Honorable Senador señor Arancibia, dio en primer lugar la palabra al entonces Presidente del Colegio Médico, doctor Juan Luis Castro.

El doctor Castro realizó una exposición e hizo entrega de un documento con los contenidos fundamentales de la misma, el que se encuentra a disposición de los Honorables Senadores, en la Secretaría de la Comisión.

Comentó que han seguido el curso del proyecto desde el año 2001, en que la entonces Ministra de Salud, señora Michelle Bachelet dio inicio a su tramitación, quedando posteriormente estancado en la Cámara de Diputados y no se retomó hasta el año 2006, en que se le volvió a dar el trámite correspondiente.

El doctor Castro se refirió a aspectos relacionados al consentimiento, trabajo hospitalario y los derechos de los profesionales de la salud, que a su juicio debieran estar recogidos en este proyecto. Indicó que el doctor Rodríguez se referirá a los aspectos relacionados con las situaciones médico-legales, hechos no predecibles o inesperados en los procedimientos quirúrgicos o invasivos y aspectos relacionados con la libertad de trabajo que se está produciendo hoy día como un fenómeno que, según afirmó, en la época del proyecto original no estaba contemplado pero hoy surge como una necesidad, sobre todo en el quehacer privado.

El Colegio Médico comparte el espíritu y el sentido de la ley de otorgarle a las personas derechos y garantías al momento de acceder a la atención de salud en los establecimientos; es muy importante que en el momento que el proyecto se apruebe y comience a implementarse, la oferta pública del sistema sea capaz de fiscalizar y controlar, ya que dadas las expectativas que la población se ha hecho respecto al mismo, se generará una litigiosidad, con o sin justificación, que en el sector salud ya es bastante alta, provocando un ambiente de conflictividad, desde la puerta de entrada, lo relativo al trato. En efecto, según los encuestas, las personas tienen una baja satisfacción en cuanto al trato que reciben de parte del personal no profesional que atienden los niveles administrativos básicos de los hospitales y consultorios. Esto se traduce finalmente en litigios por la alta expectativa que se genera.

Lo importante, recalcó, es lograr un equilibrio que permita que se logren los objetivos y que la gente tenga derechos garantizados y que, al mismo tiempo, los prestadores tanto institucionales (como consultorios, establecimientos públicos o privados), como los prestadores individuales (personal médico, enfermería, etc) se sientan también a resguardo de poder atender en forma adecuada y tranquila a los pacientes.

Señaló que, como su nombre lo indica, el proyecto en estudio no guarda relación con el derecho a la salud de los ciudadanos, sino que está referido a los derechos y deberes una vez que las personas ya han accedido al prestador correspondiente, y por lo tanto está vinculado exclusivamente a la atención en salud; es decir, con las prestaciones que reciban, y orientado particularmente a aspectos tales como el trato digno que deben recibir las personas por parte de los prestadores.

Reiteró el apoyo del Colegio Médico, manifestado en múltiples oportunidades, a cualquier iniciativa destinada a mejorar la calidad de la atención en salud de la población. Sin embargo, mostró su preocupación de que no se haya aprovechado la oportunidad de profundizar en aspectos tan relevantes como el derecho al acceso, el derecho a vivir en un ambiente libre de contaminación, a recibir una salud de alta calidad técnica, entre otros, es decir, en el derecho a la salud. Lamentó también que no se incluyera un capítulo destinado a los derechos de los prestadores al interior de las instituciones de salud, quienes son en la práctica los que dan la cara frente a las falencias del sistema.

Asimismo, se dejó fuera derechos que el proyecto podría garantizar a los profesionales de la salud, como el derecho a obtener toda la información referente al estado de salud de las personas de manera clara y veraz, para efectuar un buen diagnóstico y prescribir el adecuado tratamiento posterior. Un segundo punto se refiere a las condiciones en las cuales se desarrolla la labor médica, se habla de recursos técnicos y humanos necesarios para la práctica profesional, en los cuales, como muchas veces se ha señalado, se presentan grandes falencias.

El Honorable Senador señor Ruiz-Esquide, en relación al segundo punto, concuerda con lo expresado. Señaló que, a partir de estas situaciones, se levantó la tesis de la actitud médica no responsable por carencia extrema y con las cuales fueron sometidos a juicio en varias oportunidades.

El doctor Pablo Rodríguez, entonces Vicepresidente del Colegio Médico, insistió en lo referido a la falta de servicios y de especialistas, toda vez que en muchos casos la responsabilidad profesional del médico está dificultada gravemente por no contar con los especialistas adecuados.

Manifestó que otro tema relevante es el relacionado con las materias médico – legales; expresó que él es Presidente de la Fundación de Asistencia Legal del Colegio Médico, por lo tanto tiene vasta experiencia en este tema y estimó que hay cuestiones que no están recogidas en el proyecto y que dicen relación con el consentimiento informado, y con las modificaciones que tiene que tomar el médico en su actuar terapéutico, por ejemplo en una cirugía donde hay hallazgos intra-operatorios que hacen que el médico tenga que optar por otro tipo de acción. En este punto debiera incorporarse una indicación en el sentido de que en aquellos casos en que el médico deba tomar decisiones en apego a la *lex artis*, tenga la independencia y la autonomía para poder actuar sin necesidad de consentimiento informado.

Comentó luego aspectos específicos, por cuanto en opinión del Colegio que encabeza, el proyecto en análisis presenta ciertas deficiencias en cuanto a su redacción que lo hacen un tanto farragoso, atentando contra el carácter general y abstracto que debe tener toda norma legal. Estimó que debería ser depurado de ciertos excesos declarativos y repetitivos.

Dio a conocer algunos ejemplos. Así, el numeral 2º del artículo 13 del proyecto, entre las personas y organismos a quienes puede entregarse la ficha clínica, señala a los representantes legales del titular de la ficha clínica, su apoderado, un tercero debidamente autorizado y los herederos en caso de fallecimiento, los cuales podrán requerir copia de los datos que sean de su interés; a menos que el médico o profesional tratante, en protección y beneficio del propio titular de la ficha, considere que de ello se seguirá un perjuicio para él. En su opinión, bastaría con referirse a los representantes legales y convencionales para quedar comprendidos los tres primeros que se señalan. Asimismo, estimó que la lista de personas y organismos a quienes puede entregarse la ficha clínica es extremadamente amplia, transformando en excepcional el derecho de reserva; verbigracia, no se entiende por qué se reconoce a Fonasa el derecho de acceder a toda la ficha clínica, pues bastaría con que tuviera acceso a un informe, tal como ocurre con las Isapre. Por otra parte, podría abordarse acá el tema de las licencias médicas, pues con las licencias médicas electrónicas se produce un intercambio importante de información, y es necesario preservar la confidencialidad de la misma.

Otro aspecto que merece serias críticas es la expresión “decisión informada” que se emplea en el proyecto. Se trata de lo que doctrinariamente se denomina “consentimiento informado”; esta última acepción es preferible, no sólo por ser universalmente empleada, sino porque, además, refleja de mejor manera el carácter bilateral que tiene la generación de esta manifestación de voluntad. En efecto, el consentimiento informado surge de la relación “médico – paciente”. La expresión consentimiento, etimológicamente, significa, precisamente, “sentir con otro”, “tener un mismo sentimiento”. En cambio, la expresión alude a una manifestación unilateral de voluntad, concluyó.

Finalmente, en cuanto al artículo 25 del proyecto, que dice relación con el rol del médico para resolver acerca de la capacidad de consentir o no de una persona, se establece que es el médico tratante quien tiene que abordar esa situación. Hizo presente que es muy difícil para un profesional médico, salvo en situaciones farmacológicas, como por ejemplo pacientes que estén anestesiados, o a los que se les haya administrado ansiolíticos, o esté bajo efectos de drogas, decidir si un paciente está en su sano juicio para aceptar o no una intervención quirúrgica; no está en condiciones de evaluar si puede estar siendo objeto de alteraciones psicológicas o de un deterioro senil; o por efecto de alguna psicosis. En su opinión, es un rol que debe cumplir la justicia. El Colegio Médico piensa que debe haber capacidad de resolución de la justicia, porque el médico por sí mismo no puede resolver ni calificar a una persona para que la facultad quede o no en el ámbito de su decisión.

El Honorable Senador señor Arancibia solicitó al doctor Castro que exprese como debe, en su opinión, quedar contemplado el mencionado artículo 25.

El doctor Castro señaló que debiera tomarse esa decisión con una asesoría jurídica, de manera que el médico no sea el único que resuelva en una sala de urgencia o en una posta, en un par de minutos, este tipo de situaciones que pueden marcar el destino de una persona. Reconoció que hay muchos casos en que ello no es practicable, como en el caso de urgencias donde en la realidad se actúa sin pedir consentimiento, predomina el principio de defensa de la vida, incluso por sobre el principio de la autonomía de las personas, no obstante esta ley pretende hacer prevalecer este último. Pero hay muchos otros casos en los cuales se requiere tomar una decisión y en esos casos es esencial el apoyo jurídico para que el médico resuelva de la mejor manera.

El Honorable Senador señor Ruiz-Esquide, en relación a la necesidad de asistencia jurídica, manifestó que, en su opinión, en las urgencias opera el principio “pro-vida”. En los otros casos, la tendencia y todas las directrices del último tiempo en materia de reformas están dirigidas hacia la tesis de que sea técnicamente expresado a través de organizaciones de carácter médico, tratando de evitar al máximo la presencia de abogados en estas materias, por lo que si se producen situaciones de conflicto, si no está disponible el comité ético, lo reemplaza el director del hospital o quien cumpla tal función, y si es necesario se puede incluso recurrir al teléfono para contar con asistencia.

La señora Gladys Corral, representante del Colegio de Enfermeras de Chile, estimó que este tipo de situaciones, en que existe una instancia para reflexionar, están cauteladas por el comité de ética; ante lo que el doctor Castro respondió que si bien ello es efectivo, muchas veces hay una demora en la respuesta, que se podría subsanar con la existencia de asesoría jurídica permanente.

El Honorable Senador señor Arancibia precisó que se trata de un espacio técnico, que si bien el médico tratante no tiene la capacidad de determinar la capacidad de la persona, en el sistema médico, el comité de ética debiera tener la capacidad disponible de establecer si una persona es capaz o no de discernir.

El Honorable Senador señor Girardi estimó que, el recurso ante la justicia ordinaria debe contemplarse sólo para situaciones excepcionales, pues de otro modo tornaría engorroso el sistema.

Finalmente, el Colegio Médico formuló propuestas de modificaciones en relación a los artículos del proyecto, que están contenidas en el documento a disposición en la Secretaría de la Comisión.

A continuación, el Presidente de la Comisión, Honorable Senador Arancibia, dio la palabra a la Presidenta del Colegio de Enfermeras, señora Gladys del Corral, quien en primer término compartió lo expuesto por el Colegio Médico.

En relación al proyecto de ley en discusión, leyó un documento que da a conocer la posición del Colegio de Enfermeras, y que se extracta a continuación, encontrándose a disposición de los Honorables Senadores en la Secretaría de la Comisión.

Parte indicando a modo de introducción, que esta orden profesional, así como sus normas deontológicas reconocen al paciente – usuario, como un sujeto de derechos, es decir, como una persona autónoma, activa, que toma decisiones respecto a su situación de salud bajo condiciones de información sobre el diagnóstico, tratamiento y pronóstico médico, así como sobre los cuidados de enfermería, necesarios para la promoción, mantención y restauración de su salud, expresando anuencia o disidencia con el plan terapéutico propuesto. Asimismo, la profesión de enfermería ha sido reconocida históricamente, por organismos internacionales y por la opinión pública en general, como la defensora de los derechos de los pacientes; esta percepción se explica por la mirada holística que tiene la ciencia del cuidar y también por el peso específico que las acciones de enfermería tienen en el conjunto de la atención de salud.

Estiman que tanto en el mensaje como en el articulado del proyecto de ley, se observa una evidente asimetría entre los derechos de los pacientes – usuarios del sistema de salud y los denominados prestadores individuales o trabajadores del sector; en efecto, mientras los primeros se ven expresados con amplitud, los segundos están acotados en términos genéricos y meramente formales.

El proyecto de ley sustenta la satisfacción de los derechos de las personas en la atención de salud en prestadores de salud. Por lo mismo, se debe explicitar en cada oportunidad si se trata de prestadores institucionales o individuales quienes deben cumplir los distintos mandatos que propone el proyecto.

En relación al artículo 3, el documento expresa que se debe aclarar que los profesionales de la salud, son aquellos que se encuentran definidos en los artículos 112 y siguientes del Código Sanitario, razón por lo que el proyecto debería disponer que: “se consideran prestadores individuales los profesionales de la salud, conforme lo establecido en los artículos 112 y siguientes del Código Sanitario”. La idea básica es poder manejar un lenguaje único y común en la legislación sanitaria a fin de que exista la debida armonía y correspondencia entre los distintos textos que se refieran, en este caso, a los profesionales de la salud.

En cuanto al reconocimiento del paciente como sujeto de derechos, se debe cautelar una armonía entre los distintos derechos de esos mismos sujetos pacientes, como el derecho al descanso versus el derecho a recibir visitas por largas horas, o el derecho a la privacidad de un paciente versus el derecho del paciente vecino a estar con sus visitas en la misma sala común. En definitiva, cabe preguntarse, ¿Cuáles son los derechos a los que se refiere este proyecto? ¿Hay uno más relevantes que otros? ¿Son todos iguales para todos los pacientes?; ¿Dónde empiezan esos derechos y cuál es su límite para no colisionar con el o los derechos del paciente vecino? Debe evitarse la colisión de derechos entre pacientes y entre estos y los prestadores individuales. En este punto se hace evidente, de inmediato, que el régimen de obligaciones que impone a las enfermeras el garantizar el ejercicio y resguardo de tales derechos, excede las posibilidades de un estamento profesional ya recargado de funciones y que debe asumir tareas que requerirían el concurso de más enfermeras, en efecto, el proyecto de ley, pretende establecer procedimientos complejos para

garantizar los derechos que le reconoce a los usuarios y, ellos, conlleva la necesidad de que las enfermeras adquieran un razonable nivel de experticia en las materias cuyo resguardo se les encarga.

Destaca el documento que no hay que olvidar el hecho que los profesionales de la salud que más tiempo interactúan con los pacientes son precisamente las enfermeras, lo que evidentemente las hace más vulnerable frente a los usuarios, particularmente cuando deberían enfrentar la nueva realidad normativa con la carga de falta de enfermeras en los servicios prestadores de salud.

Finalmente se efectúan una serie de proposiciones concretas de modificación al texto del proyecto.

La señora del Corral también hizo entrega a la Comisión de un documento titulado “Una reflexión sobre la ampliación del horario de visitas en hospitales públicos que atienden población adulta”, el que se encuentra a disposición de los Honorables señores Senadores en la Secretaría de la Comisión.

DISCUSIÓN EN PARTICULAR

El texto del proyecto aprobado en general por el Senado consta de 43 artículos permanentes y un artículo transitorio.

ARTÍCULO 1°

El artículo 1° del proyecto aprobado en general por el Senado dispone:

“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.

Si nada se expresare al respecto, cada cuota morosa será protestada separadamente.”.

La **indicación N° 1**, del Honorable Senador señor Kuschel, propone reemplazar en el inciso segundo, el vocablo “prestador” por “prestaciones”.

En discusión, la Ministra de Salud, señora María Soledad Barría, hizo presente que se contemplan en el proyecto varias obligaciones que están referidas a los prestadores de salud, y no con acciones o prestaciones de salud.

-- La indicación N° 1 fue retirada por su autor

ARTÍCULO 2°

El artículo 2° del proyecto aprobado en general por el Senado dispone:

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

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

A este artículo se refieren las **indicaciones N° s 2 a la 5.**

La Comisión se abocó al estudio de las **indicaciones N° 2**, del Honorable Senador señor Kuschel, que propone suprimir el artículo 2°, y **N° 3**, del Honorable Senador Arancibia, que es para suprimir, en el inciso primero, el texto que sigue a la frase “sin discriminación arbitraria alguna”.

En discusión, el Honorable Senador señor Kuschel manifestó que, en su entender, la no discriminación se encuentra ya lo suficientemente garantizada, y por tanto, la norma resulta innecesaria.

El Honorable Senador señor Arancibia, por su parte, manifestó que si bien el artículo es importante, la norma actual contiene un listado innecesario, pues basta con prohibir la discriminación arbitraria; el listado además conlleva el riesgo que se omita alguna o algunas de las formas de discriminación, que queden por tanto excluidas en circunstancias que precisamente se trata de evitar toda discriminación arbitraria. Agregó que el contenido de lo que es la discriminación arbitraria será determinado por el proyecto de ley de no discriminación, que justamente está siendo objeto de una profunda revisión en el Senado, por lo que convendría no repetir esa discusión, especialmente considerando que la norma referida ha sido la más polémica de todo el proyecto.

La señora Ministra de Salud señaló que la norma es muy relevante. Destacó que el proyecto busca garantizar ciertos derechos relativos a la atención de salud que no son los más clásicos, se trata más bien de derechos de las personas, como seres humanos.

En relación a la observación del Honorable Senador Arancibia, hizo presente que la enumeración que contiene el artículo no es taxativa, pues la expresión “u otras” permite que quede abierta la enumeración;

las ahí establecidas son las que al día de hoy se consideran como las principales causas de discriminación.

-- En votación la indicación N° 2, la Comisión la rechazó por la mayoría de sus miembros presentes, con tres votos en contra de los Honorables Senadores Girardi, Ominami y Ruiz-Esquide, y dos votos a favor de los Honorables Senadores señores Arancibia y Kuschel.

-- En votación la indicación N° 3, la Comisión la rechazó por la mayoría de sus miembros presentes, con tres votos en contra de los Honorables Senadores Girardi, Ominami y Ruiz-Esquide, y dos votos a favor de los Honorables Senadores señores Arancibia y Kuschel.

La **indicación N° 4**, también del Honorable Senador señor Arancibia es para suprimir, en el inciso primero, la frase “orientación sexual,”.

--La indicación N° 4 fue retirada por su autor.

Por su parte, el Honorable Senador señor Horvath presentó la **indicación N° 5**, para intercalar, en el inciso primero, a continuación del término “socioeconómico,” la frase “lugar de residencia,”.

En discusión, la mayoría de los miembros presentes de la Comisión estuvo de acuerdo en incorporar este factor, como uno más que puede ser causa de discriminación.

El Honorable Senador señor Arancibia, por su parte, rechazó la idea, en la línea de estimar mejor no enumerar las razones que motivan las discriminación.

--- En votación, la Comisión aprobó la indicación N° 5, por cuatro votos a favor de los Honorables Senadores señores Girardi, Kuschel, Ominami y Ruiz-Esquide, y un voto en contra del Honorable Senador señor Arancibia.

ARTÍCULO 3°

El artículo 3° del proyecto aprobado en general por el Senado prescribe:

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

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

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

La **indicación N° 6**, de Su Excelencia la Presidenta de la República, es para sustituir el inciso primero por el siguiente:

“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: los prestadores institucionales y los prestadores individuales.”.

En discusión, la señora Ministra de Salud manifestó que la indicación busca no circunscribir las normas sólo a los prestadores acreditados. Al respecto, hizo presente que de acuerdo a la legislación actual, la acreditación no es una exigencia general, sino que sólo para aquellos que presten acciones de salud contempladas en el AUGE. En consecuencia, una persona que realiza acciones de podología, por ejemplo, puede no estar acreditada porque no se lo exige la legislación, no obstante lo cual claramente presta una acción de salud, y por tanto debe cumplir con las normas de esta ley.

El Honorable Senador Ruiz-Esquide se mostró contrario a lo propuesto por la indicación. Estimó que se dirige en una dirección opuesta al esfuerzo que se ha hecho a fin de lograr la “seriedad” de quienes prestan acciones de salud. Es en definitiva dejar abierto un ámbito, por el cual se ha hecho esfuerzos por cerrar.

El Honorable Senador Ominami manifestó su preferencia por mantener la redacción aprobada por la Cámara de Diputados. Si bien no resuelve todos los problemas, de alguna manera va a ser un incentivo para avanzar en acreditación.

Por su parte, el Honorable Senador Kuschel estimó razonable la explicación de la señora Ministra de Salud. Quizás sería preferible, no obstante, mejorar la redacción del inciso.

El Honorable Senador Girardi consideró que lo planteado en cuanto a la necesidad de “seriedad” de los prestadores de salud, de control efectivo de los mismos, es una realidad, particularmente en el sector privado. En efecto, en el sistema público, al contratar a un profesional de la salud, se le exigen una serie de requisitos, en cambio en el sistema privado no existe un control efectivo.

Más aún, si estamos hablando de derechos de las personas en relación con la atención de salud, es dable partir por el derecho más básico. Qué mayor derecho para una persona que se enfrenta a una acción de salud, que la seguridad que quien lo atiende es efectivamente médico, que el Hospital cuenta con todos los equipamientos, por ejemplo de UCI.

La señora Ministra de Salud reiteró que lo que se propone no modifica la legislación actual, porque efectivamente hoy en día no es un requisito la acreditación, salvo de quien otorgue prestaciones Auge.

Está de acuerdo en la necesidad de excelencia en la atención de salud, en la necesidad de control de ciertos requisitos, pero ello implica una modificación mayor, y cabe preguntarse si es ésta la instancia adecuada.

Complementando lo anterior, el asesor jurídico del Ministerio, señor Eduardo Díaz, recalcó que la norma propuesta no cambia el sistema de acreditación vigente, no implica una liberalización. Hay que considerar que cualquier prestador de salud hoy en día debe cumplir con ciertas normativas, como es el caso del Código Sanitario. Pero la exigencia de acreditación para todos los prestadores es hoy en día imposible de cumplir, sería letra muerta.

El Honorable Senador señor Ominami expresó que ambas argumentaciones son plausibles, sin perjuicio de lo cual se inclina por el texto de la Cámara. Propuso buscar un consenso, que el Ministerio estudie la posibilidad de zanjar este asunto de otra manera. El sustituir la norma aprobada por la Cámara por el texto de la indicación constituiría en su entender una señal de un mayor laxismo.

El Honorable Senador señor Ruiz- Esquide estuvo de acuerdo con la propuesta, pero en la línea que la modificación busque que no queden prestadores de salud sin acreditar en nuestro país.

En una nueva sesión celebrada para continuar la discusión particular de este proyecto, el señor Sebastián Pavlovic presentó un documento de trabajo, tendiente a resolver la situación planteada. Comentó que con ella se reconoce que es necesario avanzar en la calidad de los prestadores, ya sea vía certificación, tratándose de prestadores individuales, o a través de la acreditación, en el caso de prestadores institucionales.

El Ejecutivo propone, al tiempo de aprobar el inciso primero contemplado por la indicación N° 6, incorporar el siguiente inciso final, nuevo, en el artículo 3°:

“Todo prestador, para el otorgamiento de las prestaciones de salud, deberá cumplir con las disposiciones legales y reglamentarias vigentes, incluyendo los procesos de certificación y acreditación.”.

La Comisión estuvo de acuerdo con lo propuesto.

-- En votación, la Comisión aprobó la indicación N°6, por la unanimidad de sus miembros presentes, Honorables Senadores señores Arancibia, Kuschel y Ominami. Asimismo, por la unanimidad de sus miembros presentes, y en virtud de la facultad contemplada en el artículo 121 del Reglamento del Senado, acordó incorporar un inciso final, nuevo, del tenor ya expuesto.

La **indicación N° 7**, del Honorable Senador señor Arancibia, propone intercalar, en el inciso tercero, a continuación de la expresión “autónoma,”, la frase “ya sea agrupados en una sociedad de profesionales o”.

El autor de la indicación manifiesta en sus fundamentos que busca que no se le hagan aplicables las normas de los prestadores institucionales a las sociedades de profesionales médicos que no cuentan con las características de tales entidades, y que se agrupan sólo para efectos contables.

En discusión, el asesor jurídico del Ministerio de Salud, señor Eduardo Díaz, señaló que agregar esta frase desnaturalizaría la definición de prestador individual. En cuanto a la aprehensión respecto de lo que pasaría con un profesional que forma parte de una sociedad profesional, que se podría ver afectada por una serie de normas que establecen obligaciones para prestadores institucionales, recalcó que la sociedad de profesionales tiene más bien consecuencias de orden impositivo, pero lo determinante para efectos de esta ley es quien está frente al paciente al momento de la atención.

-- La indicación N° 7 fue retirada por su autor.

El Honorable Senador Ruiz-Esquide, en relación al inciso tercero en estudio, hizo presente que la redacción de la primera oración no es feliz, al definir prestador individual como quien “de manera autónoma, dependiente de un prestador institucional o a través de un convenio con éste,...”.

Le parece más adecuado sustituir la frase “de manera autónoma” por “ejerciendo de manera independiente”.

-- La Comisión acordó, por la unanimidad de sus miembros, Honorables Senadores señores Arancibia, Girardi, Kuschel, Ominami y Ruiz-Esquide, sustituir la frase “de manera autónoma” del inciso tercero del artículo 3°, por “ejerciendo de manera independiente”. (Artículo 121 del Reglamento del Senado).

La **indicación N° 8**, de Su Excelencia la Presidenta de la República, también referida al inciso tercero del artículo 3°, es para reemplazar, en el citado inciso, la frase “, tanto los médicos como los de colaboración médica”, por “a que se refiere el Libro Quinto del Código Sanitario”.

En discusión, la Comisión se mostró de acuerdo con lo planteado.

--En votación, la Comisión aprobó la indicación N° 8, por la unanimidad de sus miembros, Honorables Senadores señores Arancibia, Girardi, Kuschel, Ominami y Ruiz-Esquide.

ARTÍCULO 4°

El artículo 4° del proyecto aprobado en general por el Senado dispone, a la letra:

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

En consecuencia, los prestadores deberán:

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

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

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

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

Las **indicaciones Nº s 9, 10, 11 y 12** se refieren a este artículo.

La **indicación Nº 9**, del Honorable Senador señor Kuschel, propone suprimir el inciso segundo.

Esta indicación fue retirada por su autor.

El Honorable Senador señor Arancibia presentó la **indicación Nº 10**, con el objeto de suprimir, en el inciso segundo, las letras a), b) y c), y la **indicación Nº 11**, para intercalar, en el inciso segundo, en el párrafo segundo de la letra c), a continuación de la expresión “u otros”, la frase “, que sean llevados a cabo en prestadores institucionales de carácter público”.

-- Las indicaciones Nº s 10 y 11 fueron retiradas por su autor.

La **indicación Nº 12**, del Honorable Senador señor Horvath, por su parte, es para agregar, en el inciso segundo, a continuación de la letra d), la siguiente, nueva:

“e) Adoptar las medidas necesarias a fin de otorgar acceso a la atención de médicos especialistas dentro de la región en que la persona resida.”.

En discusión, el Honorable Senador señor Ruiz-Esquide manifestó que si bien el tener disponibilidad de especialistas es un ideal y una vieja aspiración, en la práctica ello no es posible de llevar a cabo. En consecuencia no está de acuerdo por lo propuesto por la indicación, pues el efecto inmediato de la norma no va a ser que en todas las regiones exista acceso a especialistas, sino que proliferen las demandas en contra del Estado por incumplir esta “obligación”.

En su opinión, una medida adecuada es exhortar al mejoramiento de las redes.

La señora Ministra de Salud complementó lo expuesto, en cuanto se trata de un deber genérico, no sólo para el sector público sino también para el privado, y no resulta claro quién será el responsable de cumplir con esta obligación, y por ende responsable ante su incumplimiento, si serán las Isapres, los proveedores, o quién.

Por otra parte, destacó que lo fundamental es que las personas de todo el país puedan acceder a un especialista en caso de ser necesario, y para ello se procura, por ejemplo, trasladar a la persona a aquel establecimiento que cuenten con especialista, cuando sea necesario. Pero contar con todo tipo de especialista en cada región, considerando que son más de dieciséis especialidades, y en que hay regiones, como Aysén, con sólo 80 mil habitantes, no es practicable. Siguiendo con el ejemplo, en Aysén no hay especialista para cirugía cardiovascular, y no es factible tenerlo, por lo que la

persona que se tiene que operar es tratada adecuadamente, trasladándola donde corresponda.

El Presidente de la Comisión, Honorable Senador señor Arancibia, estimó que la indicación en comento es inadmisible, por cuanto importa un gasto para el Estado, y por tanto corresponde a una materia de iniciativa exclusiva de Su Excelencia la Presidenta de la República.

-- El Presidente de la Comisión, Honorable Senador señor Arancibia, declaró inadmisible la indicación N° 12, por referirse a materias de iniciativa exclusiva de Su Excelencia la Presidenta de la República

ARTÍCULO 5°

El artículo 5° del proyecto aprobado en general por el Senado dispone, a la letra:

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

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

En aquellos territorios con alta concentración de población indígena, los prestadores institucionales públicos deberán asegurar el derecho de las personas pertenecientes a los pueblos originarios a recibir una atención de salud con pertinencia cultural, lo cual se expresará en la aplicación de un modelo de salud intercultural validado ante las comunidades indígenas, el cual deberá contener, a lo menos, el reconocimiento, protección y fortalecimiento de los conocimientos y las prácticas de los sistemas médicos de los pueblos originarios; la existencia de facilitadores interculturales y señalización en idioma castellano y del pueblo originario que corresponda al territorio, y el derecho a recibir asistencia religiosa propia de su cultura.”.

En relación a este artículo hay que considerar las **indicaciones N° s 13 a 16.**

La **indicación N° 13**, del Honorable Senador señor Kuschel, propone sustituirlo por el siguiente:

“Artículo 5°.- Toda persona tiene derecho a aceptar o rechazar ser visitada o acompañada por otras personas durante su hospitalización. Las visitas o compañías podrán efectuarse de conformidad a los reglamentos internos de cada institución y salvo disposición médica en contrario. El ejercicio de este derecho en ningún caso podrá entorpecer el normal funcionamiento del establecimiento de salud ni causar inconveniente a las demás personas hospitalizadas.

El establecimiento no podrá impedir la asistencia religiosa al enfermo que así lo solicite.”.

En discusión, el Honorable Senador señor Kuschel manifestó que, en su opinión, lo relativo al régimen de visitas debiera ser determinado por el establecimiento correspondiente, conforme a su situación y posibilidades reales, que serán diversas en cada caso, en el reglamento interno de cada institución, y no ser establecidas genéricamente por el Ministerio.

La señora Ministra de Salud se mostró contraria al tenor de la indicación. Ello por cuanto implica privar al Ministerio precisamente de la facultad de reglamentar este aspecto, que resulta importante especialmente para establecer un mínimo de horas. Ello es especialmente relevante tratándose de establecimientos públicos, ha habido una lucha importante por abrir espacios en el sistema público. En los de carácter privado no suele haber problema, más aún generalmente hay visitas ilimitadas.

El Honorable Senador señor Arancibia se manifestó de acuerdo con la necesidad de que exista un piso en relación con los horarios de visita, que podría ser al menos seis horas, y en ese sentido apunta la indicación presentada como N° 14. El que sea cada institución la que lo reglamente libremente puede llevar a una situación arbitraria y algo anárquica.

El Honorable Senador señor Girardi destacó la importancia de este derecho, que en su entender es fundamental, inalienable, y no se encuentra suficientemente resguardado en la normativa actual.

El Honorable Senador señor Kuschel precisó que también es favorable a las visitas hospitalarias, considera necesaria la compañía de familiares y amigos. Su indicación no entorpece el sistema de visitas, sino que, reiteró, la forma de practicarlo debe ser establecido por cada institución, por los médicos, los técnicos.

-- En votación, la Comisión rechazó la indicación N° 13, con los votos en contra de los Honorables Senadores señores Arancibia, Girardi y Ominami, y los votos a favor de los Honorables Senadores señores Kuschel y Ruiz-Esquide.

La **indicación N° 14**, del Honorable Senador señor Arancibia, es para intercalar, en el inciso primero, a continuación de la palabra “Salud”, la frase “, el que en ningún caso podrá establecer un horario de visitas inferior a seis horas diarias para los prestadores institucionales públicos”.

El autor de la indicación expresa que la norma busca consagrar legalmente, y no sólo a nivel de reglamento, un horario de visitas extendido en los hospitales públicos, de modo que su reducción no quede al simple arbitrio de la autoridad administrativa. Comenta que hasta hace poco era posible observar horarios de visita de hasta una hora en algunos hospitales públicos.

La Comisión consideró que, en vista de lo ya planteado, cabría aprobar la indicación.

--En votación, la Comisión aprobó la indicación N° 14, por la unanimidad de sus miembros presentes, Honorables Senadores señores Arancibia, Girardi, Kuschel, Ominami y Ruiz-Esquide.

La indicación N° 15, del Honorable Senador señor Horvath, tiene por objeto reemplazar el inciso tercero por el siguiente:

“En aquellos territorios con alta concentración de población indígena, los prestadores institucionales públicos deberán asegurar el derecho de las personas pertenecientes a los pueblos originarios a recibir una atención de salud con pertinencia cultural, lo cual se expresará en la aplicación de un modelo de salud intercultural validado ante las comunidades indígenas, el cual deberá contener, a lo menos, el reconocimiento, protección y fortalecimiento de los conocimientos y las prácticas médicamente consistentes de los sistemas médicos de los pueblos originarios; la existencia de facilitadores interculturales y señalización en idioma castellano y del pueblo originario que corresponda al territorio, y el derecho a recibir asistencia religiosa propia de su cultura.”.

En discusión, la Comisión observó que la diferencia fundamental de lo que plantea la indicación del Honorable Senador señor Horvath, en relación al derecho de las personas pertenecientes a los pueblos originarios a recibir una atención de salud con pertinencia cultural, es la exigencia que ésta atención de salud sea “médicamente consistente”.

La señora Ministra de Salud explicó que la incorporación no es baladí, por el contrario, relativiza el derecho mismo que se establece. Muchas veces los métodos, prácticas, formas de sanación de estos pueblos indígenas no han sido “médicamente comprobados”, ni pueden someterse a la evaluación de la medicina tradicional, y en ese caso, si se acepta lo propuesto, deberían ser excluidos. La medicina, agregó, no es sólo algo objetivo, tiene que ver con la comprensión del medio, que es precisamente en lo que ponen énfasis los pueblos indígenas.

Muchas patologías, por ejemplo en medicina interna, dicen relación con la psiquis de los pacientes, y en ese momento es fundamental el apoyo de las culturas originarias.

El Honorable Senador señor Girardi, por su parte, coincidió con lo expresado por la señora Ministra. Al decir “médicamente consistentes”, se apunta a la medicina tradicional, método científico, y en su opinión hay otras fuentes de sanación a las que la gente legítimamente puede aspirar fuera de ese ámbito. Hay un conocer cultural muy valioso.

El Honorable Senador señor Arancibia consideró lo expuesto, y manifestó que vale la pena incluir en estos casos formas diferentes de buscar la salud, que en muchos casos dan resultados positivos. En la misma línea, estimó más adecuado utilizar la expresión “sistemas de sanación” en lugar de “sistemas médicos”. Le parece más comprensivo.

El Honorable Senador señor Kuschel expresó conocer bastante de estas prácticas de pueblos indígenas. No obstante lo expuesto en el debate, llamó a tener cuidado porque también hay casos en que simplemente estamos en presencia de charlatanería.

Por otra parte, le preocupa la forma en que este concepto se armoniza con otras leyes relativas al ámbito de la salud.

El Honorable Senador señor Ruiz-Esquide, por su parte, sugirió sustituir la referencia al “castellano” por “español”, que aún cuando se trata de sinónimos, es más recomendado al día de hoy, por el Diccionario Hispanoamericano de Dudas.

-- En votación, la Comisión rechazó la indicación N° 15, por la unanimidad de sus miembros, Honorables Senadores señores Arancibia, Girardi, Kuschel, Ominami y Ruiz-Esquide. Asimismo, con la misma unanimidad acordó sustituir en el inciso tercero del artículo 5°, la palabra “médicos” por “de sanación”, y la voz “castellano” por “español” (Artículo 121 del Reglamento del Senado).

Finalmente la indicación N° 16, del Honorable Senador señor Arancibia, también se refiere al inciso tercero, para sustituir la frase “En aquellos territorios con alta concentración de población indígena, los prestadores institucionales públicos” por “Los prestadores institucionales, tanto públicos como privados”.

-- Esta indicación fue retirada por su autor.

ARTÍCULO 8°

El artículo 8° del texto aprobado en general por el Senado prescribe:

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

Dicha información será proporcionada directamente a los mayores de catorce años de edad y menores de dieciocho. Asimismo, los padres o representantes legales de los menores de edad serán también informados por el profesional tratante en los mismos términos del inciso anterior. Sin perjuicio de ello, si el menor solicitare que ellos no sean informados respecto de algún aspecto específico de su salud, 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. En caso que el menor solicite que sus padres o

representantes no sean informados, y el profesional tratante tenga dudas acerca de la gravedad o riesgo de la situación de salud del menor o de la pertinencia de informar, deberá consultar al comité de ética que corresponda. A los menores de catorce años de edad igualmente se les deberá informar, atendiendo las condiciones de desarrollo psíquico, competencia cognitiva y situación personal, sin perjuicio que se informe directamente, en los términos del inciso anterior, a los representantes legales.

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

Tratándose de atenciones médicas de emergencia o urgencia, es decir, de aquéllas en las que la falta de intervención inmediata e impostergable implique un riesgo vital y/o secuela funcional grave para la persona y ella no esté en condiciones de recibir y comprender la información, ésta será proporcionada a su representante o a la persona a cuyo cuidado se encuentre, velando 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 encuentra 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.”.

La **indicación N° 17**, del Honorable Senador señor Arancibia, es para reemplazar, en el inciso primero, la frase “, dentro del ámbito que la ley autorice,” por “, de acuerdo a las normas señaladas en esta ley,”.

El Honorable Senador señor Arancibia manifestó que la frase actual pareciera restringir el derecho a la información, al señalar que se tiene derecho sólo a la cantidad de información que la ley quiera “autorizar”, cuestión contraria al espíritu de este proyecto de ley; la indicación busca dejar en claro que esta ley busca regular el acceso a la información, no fijar unos límites, y es en consecuencia más amplia.

El Honorable Senador señor Ominami estimó que resulta obvio que la ley es el marco en el cual se ejerce el derecho. Propuso eliminar la expresión “dentro del ámbito que la ley autorice”, a fin de evitar equívocos, con lo que el Honorable Senador señor Arancibia se mostró de acuerdo.

--La indicación N° 17 fue retirada por su autor.

--La Comisión, por la unanimidad de sus miembros presentes, Honorables Senadores señores Arancibia, Girardi, Kuschel,

Ominami y Ruiz-Esquide, acordó eliminar, en el inciso primero del artículo 8° del proyecto, la frase “dentro del ámbito que la ley autorice,”(artículo 121 del reglamento del Senado).

Las **indicaciones N° s 18 al 23** se refieren al inciso segundo del artículo 8°.

Las indicaciones N° s 18 a 20, y la indicación N° 22, son del Honorable Senador señor Arancibia.

La **indicación N° 18** es para sustituir el inciso segundo por el siguiente:

“Dicha información será proporcionada directamente a los mayores de dieciocho años de edad. Asimismo, los padres de los pacientes serán también informados por el profesional tratante en los mismos términos del inciso anterior. Sin perjuicio de ello, si el paciente solicitare que ellos no sean informados respecto de algún aspecto específico de su salud, el profesional tratante podrá acceder a dicha petición si estima que la situación del paciente no implica grave riesgo para su salud, su vida o la de terceros. En caso que el paciente solicite que sus padres no sean informados, y el profesional tratante tenga dudas acerca de la gravedad o riesgo de la situación de salud del enfermo o de la pertinencia de informar, deberá consultar al comité de ética del establecimiento o, en caso de no poseer uno, al que según el reglamento dispuesto en el artículo 22 le corresponda. A los menores de dieciocho años de edad, y mayores de catorce, igualmente se les deberá informar, atendiendo las condiciones de desarrollo psíquico, competencia cognitiva y situación personal, sin perjuicio que se informe directamente, en los términos del inciso anterior, a los representantes legales.”.

--Esta indicación fue retirada por su autor.

La **indicación N° 19**, propone, en subsidio de la indicación anterior, reemplazar el inciso segundo por el siguiente:

“Dicha información será proporcionada directamente a los mayores de dieciséis años de edad y menores de dieciocho. Asimismo, los padres o representantes legales de los menores de edad serán también informados por el profesional tratante en los mismos términos del inciso anterior. Sin perjuicio de ello, si el menor solicitare que ellos no sean informados respecto de algún aspecto específico de su salud, el profesional tratante podrá acceder a dicha petición si estima que la situación del menor no implica grave riesgo para su salud, su vida o la de terceros. En caso que el menor solicite que sus padres o representantes no sean informados, y el profesional tratante tenga dudas acerca de la gravedad o riesgo de la situación de salud del menor o de la pertinencia de informar, deberá consultar al comité de ética del establecimiento o, en caso de no poseer uno, al que según el reglamento dispuesto en el artículo 22 le corresponda. A los menores de dieciséis años de edad, y mayores de catorce, igualmente se les deberá informar, atendiendo las condiciones de desarrollo

psíquico, competencia cognitiva y situación personal, sin perjuicio que se informe directamente, en los términos del inciso anterior, a los representantes legales.”.

El autor, en los fundamentos de la indicación, manifiesta que si bien los mayores de 14 años tienen un discernimiento mayor, se siguen encontrando bajo el cuidado personal de sus padres, quienes no sólo tienen obligación de cuidarlos, sino que también de responder por algunas de sus acciones. La ley entiende que los menores de 18 años no son absolutamente responsables, y por eso, por ejemplo, les prohíbe adquirir cigarrillos o bebidas alcohólicas; por lo demás, la regla generalísima es que los padres buscarán lo mejor para sus hijos, por lo que conviene que ellos sean informados de todo lo concerniente a sus hijos menores de edad.

Agrega que son ciertamente los padres quienes tendrán después la carga de pagar por tales prestaciones.

En discusión, la Ministra de Salud, doña María Soledad Barría hizo presente que esta norma ha sido objeto de un largo debate, particularmente respecto del límite de edad que se contemple, a partir del cual la información sea proporcionada directamente al menor, existiendo incluso la posibilidad que éste solicite que sus padres no sean informados. La norma actualmente en discusión es fruto del debate en la Cámara de Diputados, y el consenso que finalmente allí se logró.

Ahora bien, la edad de 14 años no está establecida al azar sino que responde a una lógica, y a un interés por guardar concordancia con el resto de la legislación. Si actualmente un menor de 14, de acuerdo a la reforma procesal penal juvenil, tiene responsabilidad penal, debiera a su turno la ley reconocerle derechos propios de su estado de desarrollo, como sería el en comento.

Destacó que actualmente en la materia hay un vacío, pues no se regula claramente si para el médico es obligatorio informar a los padres en caso de patologías del menor, qué sucede si el hijo se opone a que la información se entregue a sus padres, como podría ser, a modo de ejemplo, una enfermedad como el VIH o la gonorrea.

Agregó que, de acuerdo al proyecto, la regla general es que la información se entregue al menor y luego a sus padres. Sólo en caso que el menor lo solicite podría no informarse a los padres, quedando abierta la posibilidad que si el médico lo estima pertinente, sea el Comité de Ética el que decida.

El Honorable Senador señor Ruiz-Esquide coincidió con la necesidad que la legislación guarde la debida coherencia, por lo que anunció su voto a favor de la edad de 14 años como límite.

El Honorable Senador Girardi expresó su acuerdo con la norma aprobada en general por el Senado. Es importante que los menores sean informados respecto de las enfermedades que sufren, por supuesto conforme a su edad, pero su conocimiento puede ser muy útil para fines del tratamiento.

En el mismo sentido, el Honorable Senador señor Ominami consideró que si a los 14 años el menor es responsable ante la ley penal como un adulto, resulta justo que tenga también este derecho.

El Honorable Senador Arancibia, por su parte, precisó que está de acuerdo con que el menor, de acuerdo a su desarrollo, sea informado. Su rechazo es hacia la posibilidad de que los padres no sean informados.

El Honorable Senador señor Kuschel llamó a tener presente que el menor de 14 años no es un ser absolutamente autónomo, de modo que se pueda prescindir de sus padres, pues aún depende en muchos aspectos de ellos. Lo anterior aún cuando sea responsable penalmente.

-- En votación, la Comisión rechazó la indicación N° 19, con los votos en contra de los Honorables Senadores señores Girardi, Ominami y Ruiz-Esquide, y los votos a favor de los Honorables Senadores señores Arancibia y Kuschel.

La **indicación N° 20**, finalmente, es para sustituir el inciso segundo por el siguiente:

“Cuando el paciente sea menor de edad, la información será entregada a sus padres o representantes legales, o en su defecto, a quien lo tenga bajo su cuidado. Si el paciente menor fuese mayor de catorce años, la información le será también entregada a éste. A los menores de catorce años de edad igualmente se les procurará informar, atendiendo las condiciones de desarrollo psíquico, competencia cognitiva y situación personal.”.

-- Esta indicación fue retirada por su autor.

La **indicación N° 21**, del Honorable Senador señor Horvath, tiene por fin reemplazar el ya citado inciso segundo por el siguiente:

“Dicha información será proporcionada directamente a los mayores de catorce años de edad y menores de dieciocho. Asimismo, los padres o representantes legales de los menores de edad serán también informados por el profesional tratante en los mismos términos del inciso anterior. A los menores de catorce años de edad igualmente se les deberá informar, atendiendo las condiciones de desarrollo psíquico, competencia cognitiva y situación personal, sin perjuicio que se informe directamente, en los términos del inciso anterior, a los representantes legales.”.

-- En votación, la Comisión rechazó la indicación N° 21, con los votos en contra de los Honorables Senadores señores Girardi, Ominami y Ruiz-Esquide, y los votos a favor de los Honorables Senadores señores Arancibia y Kuschel.

La **indicación N° 22**, del Honorable Senador señor Arancibia propone, en subsidio de la indicación número 20, sustituir en el inciso segundo la frase “representantes legales de los menores” por “representantes legales de tales menores”.

El autor de la indicación explica que en tal frase se están refiriendo a una categoría específica dentro de los menores de edad, que son aquellos mayores de 14 años, no a “los menores” en general, como pareciera indicar la redacción actual.

-- Esta indicación fue retirada por su autor.

El Honorable Senador señor Kuschel, presentó la **indicación N° 23**, para reemplazar en el inciso segundo la frase “comité de ética que corresponda” por “comité de ética del establecimiento o, en caso de no poseer uno, al que según el reglamento dispuesto en el artículo 22 le corresponda”.

En discusión, la señora Ministra de Salud informó que se trata de una materia tratada más adelante en el proyecto. Se mostró de acuerdo con lo propuesto por la indicación del Honorable Senador señor Kuschel.

-- En votación, la Comisión aprobó la indicación N° 23, por la unanimidad de sus miembros, Honorables Senadores señores Arancibia, Girardi, Kuschel, Ominami y Ruiz-Esquide.

La **indicación N° 24**, también del Honorable Senador señor Kuschel, es para intercalar, en el inciso cuarto del artículo 8, a continuación del punto seguido (.) que sigue a la frase “se limite a la situación descrita”, la oración “En el caso de que dicha persona no se encuentre en compañía de los señalados, no será posible la entrega de dicha información.”.

En discusión, el Honorable Senador señor Kuschel manifestó que le preocupa la situación de que el menor esté solo. Es mejor que no reciba solo la información, es positivo esperar la compañía de alguien.

Al respecto, el asesor jurídico del Ministerio de Salud, señor Eduardo Díaz, precisó que la norma apunta a la generalidad de las personas y no sólo a los menores. Por otra parte, se trata de situaciones en que la persona no está en condiciones de recibir información y comprenderla, por lo que no se corre el riesgo al que se refiere el Honorable Senador.

-- Esta indicación fue retirada por su autor.

ARTÍCULO 9°

El artículo 9° del texto aprobado en general por el Senado dispone:

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

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

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

A esta norma se refieren las **indicaciones N°s 25 y 26.**

La **indicación N° 25**, del Honorable Senador señor Arancibia propone suprimirlo.

En discusión, el Honorable Senador Arancibia explicó que la indicación propone suprimir la norma, pues le parece improbable que una persona, de antemano, decida no ser informada de la enfermedad que padece, si fuere el caso.

La señora Ministra de Salud hizo presente que ello ocurre, todavía en muchos casos, aún cuando han tendido a disminuir. Sería el caso, por ejemplo, de una persona de edad muy avanzada, que ha optado por no saber exactamente de qué está enfermo. En estos casos, el paciente recibe el tratamiento, paliativos del dolor, pero sin saber que, por ejemplo, tiene cáncer. Obviamente que las posibilidades de tratamiento se ven mermadas, pero es una opción.

El Honorable Senador Girardi complementó lo anterior, en el ejercicio de su profesión de médico le ha tocado observarlo.

-- Esta indicación fue retirada por su autor.

La **indicación N° 26**, del Honorable Senador señor Kuschel, es para agregar el siguiente inciso final:

“Sin embargo, en cualquiera de dichos casos no se exime el pago de las prestaciones recibidas.”.

-- Esta indicación fue retirada por su autor.

o o o

La **indicación N° 27** del Honorable Senador señor Kuschel, tiene por objeto incorporar, a continuación del artículo 9°, el siguiente nuevo:

“Artículo 9° bis.- Siempre que por aplicación de lo dispuesto en los artículos 8° y 9° de esta ley, la información a que dichas normas aluden referida a un beneficiario de un contrato de salud previsional no le sea entregada directamente al respectivo cotizante, la facultad de solicitar las Garantías Explícitas del Régimen de Garantías en Salud, así como cualquier otro beneficio, cobertura o garantía que pueda aplicarse de conformidad a la ley o al contrato de salud previsional, corresponderá, exclusivamente, a la persona que haya recibido la información antes indicada, y los plazos para efectuar las respectivas solicitudes comenzarán a contarse desde la fecha de dicha recepción.”.

-- Esta indicación fue retirada por su autor.

o o o

ARTÍCULO 11

El artículo 11 del texto aprobado en general por el Senado dispone:

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

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

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

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

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

Las **indicaciones Nº s 28 y 29** se refieren a este artículo.

La **indicación Nº 28**, del Honorable Senador señor Horvath, es para sustituir el inciso segundo, por el siguiente:

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

En discusión, la señora Ministra de Salud manifestó que la norma propuesta, implica altísimos costos para el sistema público de salud. La norma aprobada en general por el Senado dispone, en definitiva que sólo en el caso que correspondiera pagar las prestaciones recibidas, el beneficiario tiene derecho a que se le entregue por escrito la información sobre aranceles y procedimientos, en los términos allí indicados. En los restantes casos, que son un alto porcentaje, ello no es necesario. La entrega de la información implica un costo, un esfuerzo tanto económico como humano.

Conforme con lo propuesto en la indicación del Honorable Senador Horvath, deberá siempre proporcionarse la información. En razón de lo ya expuesto en cuanto al costo, en su opinión sería inadmisibles.

-- El Presidente de la Comisión, Honorable Senador señor Arancibia, declaró inadmisibles la indicación Nº 28, por referirse a materias de iniciativa exclusiva de Su Excelencia la Presidenta de la República.

La **indicación Nº 29**, del Honorable Senador señor Kuschel, por su parte, es para agregar, en el inciso cuarto, la siguiente oración final: “El referido certificado debe ser emitido por el médico que trató al paciente que solicita el certificado.”.

En discusión, la señora Ministra de Salud manifestó que, si bien en la generalidad de los casos quien otorgue el certificado debiera ser precisamente el médico que trató al paciente, hay que tener presente que en ocasiones ello no es institucionalmente posible, particularmente en el caso del sistema público de salud. Por ejemplo, podría ocurrir que se solicite una ampliación de antecedentes, y el médico que prestó la atención no esté de turno.

Por otra parte, la indicación alude a “médico”, en circunstancias que los certificados pueden también ser otorgados por otros profesionales, como sería el caso de los odontólogos.

El Honorable Senador señor Girardi, en la misma línea, afirmó que en los hospitales públicos, en muchas oportunidades un médico atiende a un paciente, y luego el control lo realiza otro médico, y puede ser que éste segundo médico otorgue el certificado respectivo. El certificado, recalcó, tiene un valor institucional.

El autor de la indicación, Honorable Senador señor Kuschel, acogió lo planteado. En la generalidad de los casos será el propio profesional que otorgué el certificado, pero hay que contemplar también la posibilidad que en la práctica a veces no es así, como lo han expresado quienes tiene experiencia profesional en la materia.

Los Honorables Senadores presentes acordaron introducir en la indicación las siguientes modificaciones: agregar, después de la voz “emitido”, la frase “de preferencia”, y sustituir la palabra “médico” por “profesional”.

-- En votación, la Comisión aprobó la indicación N° 29, con modificaciones, por la unanimidad de sus miembros, Honorables Senadores señores Arancibia, Girardi, Kuschel, Ominami y Ruiz-Esquide.

ARTÍCULO 12

El artículo 12 del texto aprobado en general por el Senado dispone:

“Artículo 12.- La ficha clínica es el instrumento en el que se registra la historia médica de una persona. Podrá configurarse de manera electrónica, en papel o en cualquier otro soporte, siempre que asegure la conservación y adecuada confidencialidad de la información en ella contenida.

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.”.

La **indicación N° 30**, del Honorable Senador señor Arancibia, es para reemplazar el inciso primero, por el siguiente:

“Artículo 12.- La ficha clínica es el instrumento obligatorio en el que se registra el conjunto de información relativa 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 adecuada confidencialidad de la información contenida en ella”.

En discusión, la Ministra de Salud, señora María Soledad Barría, estimó que la definición propuesta es más completa que la contenida en el texto aprobado en general por el Senado, por lo que está de acuerdo con su sustitución.

El Honorable Senador señor Ruiz-Esquide también apreció la sustitución propuesta. No obstante, propuso eliminar el vocablo “adecuada” en referencia a la confidencialidad. En su entender, no resulta suficiente una adecuada confidencialidad, introduce una relativización, puede dar lugar a muchas interpretaciones; y no hay que olvidar que existen muchos interesados en la información de una ficha clínica.

La señora Ministra subrayó que más adelante en el proyecto se encuentra regulado a quienes se puede entregar la información. No obstante, estuvo de acuerdo en la eliminación, a fin que la regla general quede claramente establecida.

La Comisión estuvo de acuerdo en eliminar el adjetivo “adecuada” en referencia a la confidencialidad de la ficha clínica.

-- En votación, la Comisión aprobó la indicación N° 30, con modificaciones, por la unanimidad de sus miembros, Honorables Senadores señores Arancibia, Girardi, Kuschel, Ominami y Ruiz-Esquide.

o o o

El Honorable Senador señor Naranjo propone, en la **indicación N° 31**, agregar, a continuación del artículo 12, el siguiente, nuevo:

“Artículo...- En caso de existir antecedentes para presumir una supuesta negligencia médica, el prestador de salud público o privado deberá entregar todos los documentos requeridos por el paciente, y en caso de su fallecimiento, a sus familiares o representantes legales en un plazo no superior a 10 días hábiles desde su solicitud.

La investigación por parte de la autoridad médica correspondiente de una supuesta negligencia médica y su resolución, no podrá superar los 3 meses, contados a partir del día en que se interpuso la denuncia de este hecho.”.

En discusión, la señora Ministra de Salud hizo presente que la entrega de antecedentes se regula detalladamente en el próximo artículo. En cuanto a establecer la obligación de entregarlos en caso de una investigación, ello sería una reiteración. Por otra parte, en su opinión no resulta adecuado establecer en la ley una presunción de una supuesta negligencia, además hay aspectos que no son claros como quien presume esta supuesta negligencia.

En conclusión, el Ejecutivo no está de acuerdo con la indicación propuesta. No obstante, destacó que sí resulta un aporte interesante el establecimiento de un plazo de entrega de la información, lo que podría ser incluido en el artículo siguiente.

-- En votación, la Comisión rechazó la indicación N° 31, por la unanimidad de sus miembros, Honorables Senadores señores Arancibia, Girardi, Kuschel, Ominami y Ruiz-Esquide.

o o o

ARTÍCULO 13

El artículo 13 del proyecto aprobado en general por el Senado dispone:

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

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

Sin perjuicio de lo anterior, la información contenida en la ficha podrá 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 su apoderado, a un tercero debidamente autorizado por escrito, y 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 el inciso segundo del artículo 8°.

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 de garantía que corresponda.

d) Al Ministerio de Salud, a las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud, a la Superintendencia de Salud, a los Servicios de Salud,

al Instituto de Salud Pública y al Fondo Nacional de Salud, en los casos en que los datos sean necesarios para 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. En caso que las conclusiones o resultados sean divulgados, el tratamiento de la información emanada de las fichas deberá garantizar que ésta no pueda asociarse a persona determinada o determinable.

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

Las personas y los organismos a que se refieren los incisos tercero y cuarto serán responsables de mantener la confidencialidad del contenido de la ficha y de la identidad de su titular, así como también de utilizar la información que de ella emana exclusivamente para los fines requeridos.

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

Las **indicaciones Nº s 32 a 38** se refieren a este artículo.

Las **indicaciones Nº s 32, 32 A, 33, 33 A, 33 B, 33 C, y 33 D** fueron presentadas por el Honorable Senador señor Arancibia.

La **indicación Nº 32**, referida al inciso primero del artículo 13, es para sustituir la primera oración por la siguiente: “La ficha clínica permanecerá en poder del prestador, quien será, en todo caso, responsable de tomar las medidas de seguridad pertinentes y de la reserva de su contenido, debiéndola mantener por un período de, al menos, diez años.”.

En discusión, la Ministra de Salud, doña María Soledad Barría, estuvo de acuerdo con la modificación planteada.

El Honorable Senador señor Girardi reparó que esto conlleva cambiar todo el sistema de almacenaje actual de fichas, que es bastante arcaico, se guardan en ficheros, aún cuando hay avances, como lo expresó la señora Ministra.

La Comisión debatió respecto del plazo de almacenaje de las fichas clínicas, que tanto en el texto aprobado en general por el Senado como en la indicación, se fija en 10 años.

Ante una consulta del Honorable Senador señor Kuschel, la señora Ministra de Salud expresó que si bien la legislación actual no

aborda la materia, la práctica en los establecimientos públicos de salud es no destruir las fichas, sino conservarlas por largo tiempo.

A este respecto, el Honorable Senador señor Kuschel comentó que, por ejemplo, en el Hospital de Palena, se encuentran almacenadas las fichas desde su creación.

Durante la discusión se tuvo en consideración la importancia que, en ciertas oportunidades, puede tener la conservación de la ficha clínica. Por ejemplo, cuando se le presenta una enfermedad a una persona mayor, que tiene relación con una patología de su juventud. También en el caso de una determinada población asentada en un lugar determinado, podría ser útil para determinar una propensión genética a una enfermedad, o factores ambientales que influyen en que esas personas desarrollen determinadas patologías.

El Honorable Senador señor Girardi manifestó que, como médico, conoce de cerca la importancia de la ficha clínica. Muchas veces puede ayudar incluso a salvar la vida de alguien, afirmó, y comentó un caso reciente. No está de acuerdo con establecer un plazo de conservación, debiera ser durante toda la vida del paciente; el proyecto sigue un criterio administrativo más que de salud. Una vez que el paciente ha muerto, transcurrido ahí sí un determinado plazo, se podría destruir, pero durante su vida, la ficha clínica es un instrumento de salud pública fundamental.

El Honorable Senador señor Ruiz-Esquide, por su parte, relató que su experiencia médica le recuerda lo complicado que era no tener los antecedentes médicos de una persona. También sería partidario de conservarla “de por vida”.

La señora Ministra de Salud, si bien consideró plausibles los argumentos planteados, hizo presente algunas observaciones. En primer término, se trata de un plazo mínimo, el proyecto habla de “al menos, diez años”. Asimismo, llamó a tener en vista la dificultad técnica, administrativa, que involucra la obligación de conservar la ficha por un tiempo ilimitado. Agregó que quizás en el caso de los establecimientos públicos o incluso privados de salud, ello resulte más factible, con las complicaciones administrativas ya manifestadas, pero en el caso de por ejemplo un médico, que cerró su consulta particular hace ya varios años, ¿podremos imponerle esta obligación por un tiempo indeterminado?

En relación a la aseveración de que la ficha se guarde durante la vida de la persona, comentó que no existe información cruzada entre la red de hospitales y el Servicio de Registro Civil, por lo que sería bastante la dificultad en saber que una persona murió y por ende se puede eliminar su ficha.

No obstante, se mostró abierta a buscar una solución de consenso.

El asesor jurídico del Ministerio, señor Eduardo Díaz, explicó que el plazo de conservación establecido en el proyecto original era de al

menos 5 años, y fue aumentado en la Cámara de Diputados. El criterio fue tanto administrativo, como que coincidiera con los plazos de prescripción.

En una nueva sesión, la Comisión conoció de una propuesta del Ejecutivo en la materia, de sustituir el inciso primero del artículo 13, por el siguiente:

“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.”.

La Comisión estimó que en esta materia, lo importante es ir avanzando hacia la digitalización. En tanto, estimó positivo ampliar el plazo de almacenamiento de las fichas, aprobando el texto propuesto.

-- En votación, la Comisión rechazó la indicación N° 32, por la unanimidad de sus miembros presentes, Honorables Senadores señores Arancibia, Girardi, Kuschel y Ominami. Asimismo acordó, por la unanimidad de sus miembros presentes y en uso de la facultad que le otorga el artículo 121 del Reglamento del Senado, sustituir el inciso primero del artículo 3°, por el texto ya referido.

La **indicación N° 32 A**, también referida la inciso primero de la norma, propone intercalar, a continuación del término “prestadores”, el adjetivo “públicos”

Esta indicación fue retirada por su autor.

Las indicaciones N° s 33, 33 A, 33 B, 33 C, y 33 D proponen diversas modificaciones al inciso tercero del artículo 13.

Así, la **indicación N° 33** tiene por objeto sustituir, en el encabezamiento, la forma verbal “podrá” por “deberá”.

En discusión, la señora Ministra de Salud estuvo de acuerdo con lo propuesto. Recordó que más adelante el proyecto contempla algunas exclusiones.

El Honorable Senador señor Girardi precisó que lo importante es dejar establecido que “deberá” entregar la información, en los términos ahí señalados, y las restricciones, exclusiones, serán casos excepcionales en que ello no operará.

-- En votación, la Comisión aprobó la indicación N° 33, por la unanimidad de sus miembros, Honorables Senadores señores Arancibia, Girardi, Kuschel, Ominami y Ruiz-Esquide.

La **indicación N° 33 A**, a su turno, es para reemplazar, en la letra b), la frase “a los herederos en caso de fallecimiento del titular” por “, mediante autorización judicial o solicitud de la Superintendencia de Salud, a los herederos en caso de fallecimiento del titular”.

En discusión, el Honorable Senador señor Arancibia señaló que el texto propuesto es un poco más restrictivo.

-- En votación, la Comisión aprobó la indicación N° 33 A por la unanimidad de sus miembros, Honorables Senadores señores Arancibia, Girardi, Kuschel, Ominami y Ruiz-Esqüide.

La **indicación N° 33 B**, propone suprimir, en la letra b), la oración final.

Esta indicación fue retirada por su autor.

La **indicación N° 33 C** agrega, en la letra c), las siguientes oraciones finales: “Exhibida la autorización judicial el prestador remitirá la ficha clínica 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.”.

En discusión, la señora Ministra de Salud dijo estar de acuerdo con lo propuesto, pues es importante extender la confidencialidad más allá de los prestadores de salud.

-- En votación, la Comisión aprobó la indicación N° 33 C por la unanimidad de sus miembros, Honorables Senadores señores Arancibia, Girardi, Kuschel, Ominami y Ruiz-Esqüide.

La **indicación N° 33 D** propone suprimir la letra d) de la norma.

El Honorable Senador señor Arancibia manifestó que su preocupación es que, por la vía de esos estudios, se ponga en peligro la reserva de la ficha clínica.

Al respecto, la Ministra de Salud hizo presente que se trata de entidades específicas las que pueden acceder a la información. Resaltó la necesidad de una norma como la contemplada, pues los estudios de salud pública, estudios epidemiológicos, requieren para su elaboración de esta información agregada. No siempre es necesario el dato respecto de quien es el titular de la ficha, pero en ocasiones lo será, como por ejemplo si una persona manifiesta signos de tuberculosis, a fin de evitar su propagación habrá que saber con quienes se relaciona para contactarlos y aplicarles el tratamiento correspondiente. Estos estudios son una herramienta muy importante para combatir epidemias, reiteró.

Hizo presente que quienes pueden solicitar la información no son los médicos, individualmente considerados, sino que las instituciones que específicamente se indican.

Esta indicación fue retirada por su autor.

También referidas al inciso tercero, son las **indicaciones N° s 34, 35, 36 y 37.**

El Honorable Senador señor Horvath, propone en la **indicación N° 34** reemplazar, en el inciso tercero, la letra d) por la siguiente:

“d) Al Ministerio de Salud, a las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud, a la Superintendencia de Salud, a los Servicios de Salud, al Instituto de Salud Pública y al Fondo Nacional de Salud únicamente, 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 ella, los que no deberán incluir la individualización de la persona, salvo el caso que sea solicitada por la autoridad para ejercer fiscalizaciones de su competencia y que tal antecedente sea imprescindible para tal efecto, o cuando lo haya autorizado el interesado en el evento que se solicite para resolver la procedencia de un beneficio. En caso que las conclusiones o resultados sean divulgados, el tratamiento de la información emanada de las fichas deberá garantizar que ésta no pueda asociarse a persona determinada o determinable.”.

En discusión, la Ministra de Salud, doña María Soledad Barría explicó que si bien a primera vista parecieran ser textos muy similares, la realidad es que la proposición del Honorable Senador señor Horvath es mucho más restrictiva, pues sólo lo acepta en el caso de fiscalización, dejando fuera los análisis epidemiológicos que, como señaló precedentemente, son fundamentales. Naturalmente se trata de datos sensibles, muchas veces el Ministerio requiere individualizar a la persona, pero no es revelado a la luz pública. Es un equilibrio difícil.

El Honorable Senador señor Girardi complementó lo anterior, pues según señaló, las investigaciones biomédicas son muy importantes, por ejemplo el estudio de niños con malformaciones congénitas, por ejemplo determinar si se trata de niños nacidos en zona rural, donde se aplicaron plaguicidas. De ese modo, a partir de la individualización de la persona, se pueden efectuar un seguimiento, hacer investigaciones biomédicas.

-- En votación, la Comisión rechazó la indicación N° 34 por la unanimidad de sus miembros, Honorables Senadores señores Arancibia, Girardi, Kuschel, Ominami y Ruiz-Esquide.

Las indicaciones **N°s 35**, del Honorable Senador señor Arancibia, y **36**, del Honorable Senador señor Kuschel, buscan sustituir, en la letra d) del inciso tercero, la frase “, al Instituto de Salud Pública y al Fondo Nacional de Salud,” por “y al Instituto de Salud Pública,”.

En discusión, la señora Ministra de Salud manifestó su desacuerdo con lo propuesto, es necesario un cierto nivel de control por parte de los financistas. Incluso en la ley respectiva hay un procedimiento para que las Isapres puedan nombrar a un médico, que tiene acceso a cierta información. Los prestadores pueden por ejemplo, defraudar a Fonasa, cobrando bonos que en definitiva subsidian la demanda, cobrando prestaciones que no se efectuaron, para controlar esto puede ser necesaria la ficha clínica.

--Las indicaciones Nº s 35 y 36 fueron retiradas por sus autores.

A su turno, **la indicación Nº 37**, del Honorable Senador señor Kuschel, es para incorporar en el inciso tercero, la siguiente letra e), nueva:

“e) Al médico cirujano que, estando inscrito en el registro a que se refiere el inciso séptimo del artículo 189 del decreto con fuerza de ley Nº 1, de 2005, del Ministerio de Salud, sea designado por el Fondo Nacional de Salud o por una Institución de Salud Previsional, para revisar personalmente una ficha clínica. Los prestadores deberán permitir esta revisión en los términos señalados en el inciso octavo del referido artículo. Las controversias que se susciten por aplicación de esta disposición entre un prestador y el Fondo Nacional de Salud o una Institución de Salud Previsional, serán resueltas por la Superintendencia de Salud.”.

El asesor jurídico del Ministerio de Salud hizo presente que esto está contemplado en el artículo 189 del decreto con fuerza de ley Nº 1, del Ministerio de Salud, que contiene la denominada “Ley de Isapres”.

--Esta indicación fue retirada por su autor.

Finalmente, **la indicación Nº 38**, del Honorable Senador señor Arancibia, propone agregar el siguiente inciso final, nuevo:

“En todos estos casos 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.”.

En discusión, la Ministra de Salud manifestó que lo dispuesto podría resultar problemático en los casos de salud pública, en lo que hay que ir más allá de la voluntad, prima el punto de vista sanitario, por ejemplo, en el caso de enfermedades de notificación obligatoria.

El Honorable Senador señor Arancibia explicó que el objetivo de la indicación es sólo precisar qué es lo que se está requiriendo, entre qué fechas y qué partes.

La señora Ministra puntualizó que, si la norma se refiere sólo al caso de terceros que vayan a hacer la investigación, no tiene inconveniente que se contemple.

En el seno de la Comisión se acordó que, a objeto de que cumpla su fin, es necesario reubicar el inciso como frase final del inciso final, pues de otra forma se interpretaría que alcanza a todos los incisos anteriores, incluida la letra d) que se refiere al Ministerio de Salud, Seremis y otros. Asimismo, se estimó que resulta más adecuado prescribir que “en este caso”, en lugar de “en estos casos”, precisamente porque sólo comprende la situación establecida en el inciso final del artículo.

En el caso de que se trate de varias fichas, la Comisión entendió que la norma es igualmente aplicable, y se extiende la protección a las fichas. El Honorable Senador señor Kuschel solicitó que se dejara constancia de dicha intención en la historia de la ley.

-- En votación, la Comisión aprobó la indicación N° 38, con modificaciones, por la unanimidad de sus miembros presentes, Honorables Senadores señores Arancibia, Girardi, Kuschel y Ruiz-Esquide.

ARTÍCULO 14

El artículo 14 del texto aprobado en general por el Senado dispone:

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

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

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

A este artículo se refieren las indicaciones **Nº s 39 y 40.**

La **indicación Nº 39**, del Honorable Senador Arancibia, es para intercalar, en el inciso primero, a continuación del vocablo “persona”, la frase “, mientras ello no ponga en riesgo su vida,”.

Esta indicación fue retirada por su autor.

La **indicación Nº 40**, también del Honorable Senador señor Arancibia, tiene por objeto sustituir, en el inciso tercero, la segunda oración por la siguiente: “En estos casos, tanto la información misma, como el hecho de su entrega, aceptación o rechazo deberá constar por escrito en la ficha clínica del paciente y referirse, al menos, a los contenidos indicados en el inciso primero del artículo 8º.”.

En discusión, la Ministra de Salud, doña María Soledad Barría, estimó que el texto propuesto es más específico, por lo que estaría de acuerdo con la sustitución.

-- En votación, la Comisión aprobó la indicación Nº 40 por la unanimidad de sus miembros presentes, Honorables Senadores señores Arancibia, Kuschel, Naranjo y Ruiz-Esquide.

ARTÍCULO 16

El artículo 16 del texto aprobado en general por el Senado, dispone:

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

Los mayores de catorce años de edad y menores de dieciocho expresarán su voluntad personalmente. 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.”.

Las **indicaciones N° s 41, 42 y 43** están referidas al inciso segundo de esta norma.

Previo al estudio de las indicaciones, la señora Ministra hizo presente que en el artículo 16 se plantea, una vez más, la cuestión ya analizada a partir del artículo 8°, esto es, la edad en la cual se estima que ya existe una autonomía del menor para aspectos como entregarle información y, en este caso, para adoptar decisiones.

El Ejecutivo considera que en este caso, tal como se establece en el proyecto, debe conservarse la autonomía de los jóvenes entre los 14 y 18 años. Recordó que, en determinadas hipótesis que ahí se indican, puede intervenir el Comité de Ética.

El Honorable Senador señor Ruiz-Esquide expresó su voluntad de mantener en este tema la propuesta del Ejecutivo. Hizo notar que la legislación chilena en materia de límite de edades es bastante variopinta, y que hay que tener presente que entre los 14 y 18 años un joven ya es responsable penalmente.

En un sentido distinto se pronunció el Honorable Senador señor Arancibia. Resaltó la importancia de la familia en el cuidado del joven, y la decisión que se adopte en definitiva refleja una concepción sobre el rol de la familia en el destino de los hijos. En su opinión, no cabe duda que los padres deben ser informados y consultados, es una diferencia de fondo.

La señora Ministra de Salud coincidió en que es una diferencia de fondo; hay que definir si la responsabilidad está en el joven o en los mayores, concluyó. Hoy en día los médicos, ante un determinado diagnóstico, dan alternativas a la persona para que decida, es un paso adicional que antes no existía, y hay que definir a quien le corresponde en cada caso esa opción.

El Presidente de la Comisión, Honorable Senador Arancibia, puso en votación el artículo 16 aprobado en general por el Senado.

En votación, la Comisión aprobó el artículo 16, por la mayoría de sus miembros presentes, con el voto a favor de los Honorables Senadores señores Girardi, Naranjo y Ruiz-Esquide, y el voto en contra de los Honorables Senadores señores Arancibia y Kuschel.

A continuación, la Comisión se pronunció respecto de las indicaciones presentadas en relación con el referido artículo.

La **indicación N° 41**, del Honorable Senador señor Arancibia, propone reemplazar el inciso segundo por el siguiente:

“Los mayores 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 paciente se opone a que ellos sean consultados, el profesional tratante podrá acceder a dicha petición si estima que la situación del enfermo 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 paciente se opone a que dicha opinión sea requerida, corresponderá al comité de ética del establecimiento o, en caso de no poseer uno, al que según el reglamento dispuesto en el artículo 22 le corresponda, 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 enfermo y la opinión de sus padres o representantes. Los menores de dieciocho y mayores 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.”.

-- En votación, la Comisión rechazó la indicación N° 41, con el voto en contra de los Honorables Senadores señores Girardi, Naranjo y Ruiz-Esquide, y el voto a favor de los Honorables Senadores señores Arancibia y Kuschel.

El Honorable Senador señor Arancibia también presentó la **indicación N° 42**, para sustituir el citado inciso segundo, por el siguiente:

“Si el paciente fuere menor de edad, la expresión de voluntad será dada por sus padres o representantes legales, o en su defecto, por el adulto que lo tenga a su cuidado. Si dicho paciente fuese mayor de catorce años, el médico tratante consultará su opinión, la que deberá ser informada al adulto que lo tenga a su cargo. Si el médico considerase que la decisión adoptada por el adulto antes señalado implica un grave riesgo para la salud o vida del menor, podrá adoptar un procedimiento o tratamiento diverso del elegido por éste, previa autorización del comité de ética respectivo.”.

En sus fundamentos, el autor de la indicación manifestó que los menores no tienen un criterio totalmente formado, cuestión reconocida en todo nuestro ordenamiento jurídico, y por ello se les prohíbe, por ejemplo, comprar cigarrillos. Si lo que se quiere es considerarlos como mayores de edad, habría que reformar integralmente nuestro sistema jurídico. Por ello, si bien es recomendable oír su parecer, la decisión final debe ser adoptada por los padres, salvo en el caso en que la decisión de los padres le produzca un claramente un daño al menor. Por lo demás, la regla generalísima es que los padres buscarán lo mejor para sus hijos.

Agregó que son ciertamente los padres quienes tendrán después la carga de pagar por tales prestaciones.

-- En votación, la Comisión rechazó la indicación N° 42, con el voto en contra de los Honorables Senadores señores Girardi, Naranjo y Ruiz-Esquide, y el voto a favor de los Honorables Senadores señores Arancibia y Kuschel.

El Honorable Senador señor Horvath, por su parte, presentó la **indicación N° 43**, para reemplazar el inciso segundo por el siguiente:

“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. Corresponderá consultar al comité de ética 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.”

-- En votación, la Comisión rechazó la indicación N° 43, con el voto en contra de los Honorables Senadores señores Girardi, Naranjo y Ruiz-Esquide, y el voto a favor de los Honorables Senadores señores Arancibia y Kuschel.

ARTÍCULO 17

El artículo 17 del texto aprobado en general por el Senado, dispone, a la letra:

“Artículo 17.- 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. 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 que estén a su cuidado 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.

Sin perjuicio de lo anterior, 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.”.

El Honorable Senador señor Arancibia presentó tres indicaciones en relación a este artículo.

La **indicación N° 44**, propone sustituir, en su inciso primero, la oración final por la siguiente: “Ninguna acción u omisión podrá, en caso alguno, implicar como objetivo la aceleración artificial del proceso de muerte.”.

En discusión, la señora Ministra de Salud, doña María Soledad Barría, estimó que el tenor de la norma aprobada en general por el Senado es bastante claro respecto de la materia a que se refiere la indicación, por lo tanto si bien no la objetaría, la estima innecesaria. En el mismo sentido se pronunció el Honorable Senador señor Ruiz-Esquide.

El Honorable Senador señor Girardi señaló que, en su opinión, debe permitirse acelerar la muerte, en determinadas condiciones, de las personas que desean morir. Ahora bien, atendido que éste proyecto no va en esa línea, es partidario de mantener el texto aprobado en general.

-- En votación, la Comisión rechazó la indicación N° 44, por la unanimidad de sus miembros presentes, Honorables Senadores señores Girardi, Ominami y Ruiz-Esquide.

La **indicación N° 45**, tiene por objeto reemplazar, en el inciso cuarto, la frase “En consecuencia, tienen” y el punto seguido (.) que la precede, por “, entendiéndose por ello el”.

En los fundamentos de su indicación, el Honorable Senador señor Arancibia explica que la frase “vivir con dignidad hasta el momento de la muerte” muchas veces se ha asociado con la posibilidad de solicitar la eutanasia por lo que conviene usar una frase que enmarque claramente qué se entenderá por este derecho. Hace presente que dicho sentido no fue la idea de quienes presentaron la indicación que reformó en este sentido el proyecto original.

Agrega que la frase “en consecuencia” sólo explicita que los derechos nombrados en el artículo se derivan de este “derecho a la muerte digna”, pero no cierran la puerta a que se entienda que otras cosas, como podría ser la eutanasia, pueden ser consideradas como tal, cuestión que busca ser subsanada con la indicación propuesta.

En discusión, la Comisión estimó que la indicación apunta a un aspecto más bien formal. No obstante, estimó más adecuada la redacción actual del texto.

-- En votación, la Comisión rechazó la indicación N° 45, por la unanimidad de sus miembros presentes, Honorables Senadores señores Girardi, Ominami y Ruiz-Esquide.

Finalmente, la **indicación N° 46** es para suprimir el inciso final.

En discusión, la señora Ministra hizo presente que la persona siempre puede pedir el alta. No es posible privar a la persona de esa posibilidad.

-- En votación, la Comisión rechazó la indicación N° 46, por la unanimidad de sus miembros presentes, Honorables Senadores señores Girardi, Ominami y Ruiz-Esquide.

ARTÍCULO 18

El artículo 18 del texto aprobado en general por el Senado, prescribe:

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

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

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

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

En esta declaración no se podrán incorporar decisiones o mandatos contrarios al ordenamiento jurídico vigente o propios del arte médico. En caso de duda, su aplicación concreta deberá ser revisada por el comité de ética del establecimiento o, en caso de no poseer uno, al que según el reglamento dispuesto en el artículo 22 le corresponda al establecimiento de salud donde ésta sea atendida, el que velará especialmente por el cumplimiento de los supuestos de

hecho en ella descritos. De lo anterior, deberá dejarse constancia en la ficha clínica de la persona.

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

El Honorable Senador señor Arancibia presentó tres indicaciones en relación a este artículo.

En primer término, la **indicación N° 47**, es para suprimirlo.

En discusión, el Jefe del Departamento Jurídico del Ministerio de Salud, señor Sebastián Pavlovic, hizo presente que en tanto el artículo 17 del proyecto, ya despachado por la Comisión, se ocupaba de la posibilidad de rechazar tratamiento en caso de una enfermedad terminal, el artículo 18 en estudio se refiere a lo que en derecho comparado se conoce como documento de voluntad anticipada o testamento vital, esto es, la posibilidad que una persona manifieste anticipadamente su voluntad, en cuanto a qué tipo de tratamientos no le gustaría someterse en determinadas situaciones.

El Honorable Senador señor Ruiz-Esquide manifestó su preocupación en cuanto a velar porque la persona que manifiesta su voluntad en ese sentido, esté en su sano juicio.

El señor Pavlovic explicó que en ese aspecto se aplican las normas generales del Código Civil, y por tanto un acto de una persona privada de razón podría ser impugnado por nulidad.

La Comisión consideró que el texto aprobado en general por el Senado no es claro, pues la idea que subyace es la posibilidad de declarar la voluntad de no someterse a un tratamiento. Acordó, por tanto, incorporar, entre la palabra “de” y el verbo “someterse”, la expresión “no”.

-- En votación, la Comisión rechazó la indicación N° 47, por la unanimidad de sus miembros presentes, Honorables Senadores señores Girardi, Ominami y Ruiz-Esquide. Asimismo, la Comisión acordó, por la unanimidad de sus miembros presentes, incorporar en el inciso primero, entre la palabra “de” y el verbo “someterse”, la expresión “no” (Artículo 121 del Reglamento del Senado).

La **indicación N° 48**, por su parte, presentada en subsidio de la indicación anterior, es para intercalar, en el inciso primero, a continuación del vocablo “persona”, la frase “, en el momento de su internación en un establecimiento médico,”.

-- En votación, la Comisión rechazó la indicación N° 48, por la unanimidad de sus miembros presentes, Honorables Senadores señores Girardi, Ominami y Ruiz-Esquide.

La **indicación N° 49**, se refiere al inciso quinto del ya citado artículo, para reemplazar la frase “deberá ser revisada” por “deberá ser autorizada”.

En los fundamentos de la indicación, el Honorable Senador señor Arancibia manifiesta que el inciso referido establece que no se puede decidir en el “testamento vital” cosas contrarias al ordenamiento jurídico, y que eso debe ser “revisado” por el comité de ética, pero no le da ningún tipo de facultades a dicho comité, para impedir que se cumpliera con esta voluntad contraria a derecho, que es precisamente lo que se pretende con la modificación en estudio.

-- En votación, la Comisión rechazó la indicación N° 49, por la unanimidad de sus miembros presentes, Honorables Senadores señores Girardi, Ominami y Ruiz-Esquide.

ARTÍCULO 19

El artículo 19, del texto aprobado en general por el Senado, establece:

“Artículo 19.- En caso que el profesional tratante tenga dudas acerca de la competencia de la persona, o estime que la decisión manifestada por ésta o sus representantes legales la expone a graves daños a su salud o a riesgo de morir, que serían evitables prudencialmente siguiendo los tratamientos indicados, deberá solicitar la opinión del comité de ética del establecimiento o, en caso de no poseer uno, al que según el reglamento dispuesto en el artículo 22 le corresponda.

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

En ambos casos, el pronunciamiento tendrá sólo el carácter de recomendación y sus integrantes no tendrán responsabilidad civil o penal respecto de lo que ocurra en definitiva. En caso 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 respectiva la revisión del caso y la adopción de las medidas que estime necesarias. Esta acción se tramitará de acuerdo con las normas del recurso establecido en el artículo 20 de la Constitución Política de la República y tendrá preferencia para su vista.

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

La **indicación N° 50**, del Honorable Senador señor Horvath, propone sustituir el inciso tercero del citado artículo, por el siguiente:

“En ambos casos, el pronunciamiento tendrá sólo el carácter de recomendación. En caso 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.”.

En discusión, la señora Ministra de Salud resaltó que el tema de la responsabilidad civil y criminal de los integrantes del Comité de Ética, por las recomendaciones que formulen, es bastante complejo. Hoy en día, agregó, hay miembros de Comités de Ética que han sido querellados.

La responsabilidad tanto civil como penal dice relación con la acción, que la decide otra persona, y no los miembros del Comité de Ética cuya recomendación no es vinculante. De otro modo, concluyó, se limita la posibilidad de correcto desarrollo de su función.

-- En votación, la Comisión rechazó la indicación N° 50 por la unanimidad de sus miembros presentes, Honorables Senadores señores Arancibia, Girardi, Kuschel y Naranjo.

La **indicación N° 51**, del Honorable Senador señor Arancibia, tiene por objeto suprimir el inciso cuarto de la referida norma.

Esta indicación fue retirada por su autor.

La **indicación N° 52** del Honorable Senador señor Horvath, es para intercalar, en el inciso cuarto del artículo 19, a continuación de la frase “para su vista”, la expresión “y fallo”.

-- En votación, la Comisión aprobó la indicación N° 52 por la unanimidad de sus miembros presentes, Honorables Senadores señores Arancibia, Girardi, Kuschel y Naranjo.

Finalmente, la **indicación N° 53**, que presentó el Honorable Senador señor Kuschel, se dirige a reemplazar, en el inciso final, la palabra “idóneo” por “técnicamente calificado”.

En discusión, la Ministra de Salud, doña María Soledad Barría, destacó la gran innovación que introduce este inciso final del artículo 19, aprobado en general por el Senado. Dar la posibilidad a que el médico tratante se omita, cumpliendo con las condiciones ahí establecidas, es inédito en nuestra legislación.

En cuanto al tenor de la indicación, estuvo de acuerdo con aprobarla.

-- En votación, la Comisión aprobó la indicación N° 53 por la unanimidad de sus miembros presentes, Honorables Senadores señores Arancibia, Girardi, Kuschel y Naranjo.

ARTÍCULO 20

El artículo 20 del texto aprobado en general por el Senado, dispone:

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

La **indicación N° 54**, del Honorable Senador señor Arancibia, es para intercalar, a continuación de las palabras “alta voluntaria”, las frases “, a menos que dicha alta constituya la negación de un tratamiento médico que deba ser considerado vital y ordinario, considerando la situación particular del paciente”.

Esta indicación fue retirada por su autor.

ARTÍCULO 21

El artículo 21 del texto aprobado en general por el Senado, dispone:

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

La **indicación N° 55**, del Honorable Senador señor Arancibia, propone suprimirlo.

En discusión, el Jefe del Departamento Jurídico del Ministerio de Salud, explicó que en la ley N° 19.451 se establece expresamente que la definición de muerte cerebral en ella contenida es aplicable “para los efectos de esta ley”. El problema se presenta con aquellas personas que no son donantes, pues en estos casos el médico no certifica la muerte pues no es aplicable la norma, ni tampoco los desconecta; algunos incluso ven acá una cierta “presión” para ser donante.

Esta indicación fue retirada por su autor.

ARTÍCULO 22

El artículo 22 del texto aprobado en general por el Senado, dispone, a la letra:

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

La **indicación Nº 56**, del Honorable Senador señor Arancibia, propone reemplazarlo por el siguiente:

“Artículo 22.- El Ministerio de Salud establecerá, mediante reglamento, las normas necesarias para la creación, funcionamiento y control de los comités de ética, así como del nombramiento de sus integrantes. Esta elección deberá velar por la sólida formación académica de sus miembros, ya sea en las áreas del derecho, filosofía, bioética, o medicina.

De la misma manera, se regulará también por intermedio de un reglamento las facultades de la Autoridad Sanitaria para acreditar y fiscalizar, y los mecanismos que permitirán a los establecimientos acceder a comités de ética en caso de que no posean o no estén en condiciones de constituir uno.

Por último, 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.

Los prestadores individuales deberán dar a conocer a las personas el comité de ética al cual estuvieren adscritos. Los Servicios de Salud deberán disponer de, al menos, un comité de ética, al cual se entenderán adscritos los prestadores privados individuales de su territorio, en caso de no estarlo a algún otro.”.

Esta indicación fue retirada por su autor.

La **indicación Nº 57**, también del Honorable Senador señor Arancibia, es para suprimir la frase “, las facultades de la Autoridad Sanitaria para acreditar y fiscalizar,”.

En discusión, el autor de la indicación, Honorable Senador señor Arancibia, manifestó que, tal como se expresó en los fundamentos, son dos las razones que motivan su presentación. En primer término, con relación a la palabra “acreditar”, pues si queremos que se formen comités de ética, no conviene que se establezca un sistema de acreditación previa para su creación, sino que basta con establecer ciertos requisitos, cuyo incumplimiento pueda ser fiscalizado adecuadamente. Lo contrario podría retardar innecesariamente el establecimiento de estos comités.

El Honorable Senador señor Arancibia indicó que una segunda razón dice relación con la palabra “fiscalizar”. La fiscalización es una

función de los entes públicos, que como tal, debe ser regulada a través de una ley, no de un reglamento, según lo establece el número 2°, del inciso cuarto, del artículo 65 de la Constitución Política de la República, que establece que es materia de ley de iniciativa exclusiva del Presidente de la República la determinación de las funciones o atribuciones de los entes públicos.

No conviene dejar tan abierta esta función. Las líneas generales debieran ser trazadas en la ley, concluyó.

La señora Ministra de Salud hizo presente que la Autoridad Sanitaria hoy en día tiene la facultad de acreditar y fiscalizar a una serie de entidades, por lo que su inclusión en el texto mira más bien a señalarlo expresamente. En su opinión, una materia tan importante no puede quedar al simple arbitrio de un grupo de particulares, es necesaria una regular fiscalización que vele porque se cumplan los parámetros debidos; es necesario fijar la línea mínima, y que eso se mantenga en el tiempo.

Destacó que el proyecto establece que el reglamento contemple, entre otras, las normas para el control de los comités de ética. Cabe preguntarse quien, sino es la Autoridad Sanitaria, sería el ente facultado para efectuar ese control.

El Honorable Senador señor Arancibia, por su parte, destacó que su intención no es que la Autoridad Sanitaria se vea privada de esta posibilidad de fiscalización, sino que no es en un reglamento donde debe esto quedar establecido, pues las facultades fiscalizadoras en Chile se establecen por ley.

El Jefe del Departamento Jurídico del Ministerio de Salud puntualizó que la facultad de fiscalizar está en la ley, lo que se entrega al reglamento es la explicitación y reglamentación de esa facultad. El Código Sanitario establece genéricamente la facultad de fiscalización, pero no agota la misma, sino que esta se desarrolla vía reglamentaria.

Recordó asimismo que el proyecto de ley en estudio busca establecer derechos para las personas, y en este caso, el derecho a que un dilema ético vinculado a su atención de salud sea revisado por un comité de ética; esa persona no puede quedar entregada a la suerte, respecto de si el comité es bueno o malo, es necesario establecer y velar por la mantención de ciertos estándares, tanto en el sector público como en el privado.

El Presidente de la Comisión, Honorable Senador señor Arancibia, propuso, recogiendo lo planteado, sustituir en el texto el verbo “fiscalizar” por “controlar”, de manera de despejar el tema, propuesta que fue acogida por los demás integrantes de la Comisión.

-- En votación, la Comisión aprobó la indicación N° 57 con modificaciones, por la unanimidad de sus miembros presentes, Honorables Senadores señores Arancibia, Girardi, Kuschel y Naranjo.

ARTÍCULO 23

El artículo 23 del proyecto aprobado en general por el Senado, dispone:

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

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

La **indicación N° 58**, del Honorable Senador señor Arancibia, tiene por objeto sustituir el inciso segundo por el siguiente:

“En el caso de los menores de edad, podrán incorporarse a dichos protocolos previa autorización expresa de sus padres o representantes legales.”.

En discusión, la Comisión tuvo presente que en este artículo se plantea de nuevo la discusión, ya desarrollada, respecto a la edad a partir de la cual se estima que debe existir autonomía de los jóvenes, en relación a acciones relativas a su atención de salud.

-- En votación la indicación N° 58, se produjo un empate, con dos votos a favor, de los Honorables Senadores señores Arancibia y Kuschel, y dos votos en contra, de los Honorables Senadores señores Girardi y Naranjo.

Conforme lo dispone el artículo 182 del Reglamento del Senado, se procedió a repetir la votación.

Puesta nuevamente en votación la indicación N° 58, se repitió el empate, con dos votos a favor, de los Honorables Senadores señores Arancibia y Kuschel, y dos votos en contra, de los Honorables Senadores señores Girardi y Naranjo.

En consecuencia, la votación quedó pendiente para la próxima sesión.

En una nueva sesión, se procedió a repetir la votación, con el siguiente resultado: por aprobar la indicación, dos votos a favor, de los Honorables Senadores señores Arancibia y Kuschel, y por rechazar la indicación, dos votos en contra de los Honorables Senadores señores Ominami y Ruiz-Esquide.

En conformidad a lo dispuesto en el artículo 182 del Reglamento del Senado, se tiene por rechazada la indicación.

ARTÍCULO 24

El artículo 24 del proyecto aprobado en general por el Senado, prescribe:

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

La **indicación Nº 59**, del Honorable Senador señor Arancibia, propone suprimir la referida norma.

En discusión, el autor de la indicación, Honorable Senador señor Arancibia, hizo referencia a los fundamentos de la misma. En primer lugar señaló que con relación a la protección de los derechos de las personas en lo que diga relación con su participación en los protocolos de investigación, basta con que se deje claro que la expresión de voluntad debe ser libre e informada, que es lo que establece el artículo 23. Por otra parte, estimó que la creación de comités parece innecesaria, al menos para la investigación por centros privados, quienes se juegan su prestigio y honorabilidad en la rectitud de sus procedimientos de investigación. Finalmente, agregó que el que la autoridad pueda establecer a través de reglamentos cualquier requisito y procedimiento de los protocolos de investigación, puede derivar en un entorpecimiento y burocratización de la investigación, cuestión contraria a los objetivos de nuestro país en materia de innovación.

El Honorable Senador señor Kuschel consultó si se trata de facultades que hoy día tenga el Ministerio de Salud.

La señora Ministra de Salud, doña María Soledad Barría explicó que sólo parcialmente. Preciso que estos son comités éticos-científicos.

El Honorable Senador señor Girardi resaltó la importancia de esta norma. Han existido muchos casos de investigaciones que han utilizado nuestro país como conejillo de indias. Es precisamente este tipo de investigación científica la que debe estar absolutamente regulada.

El Jefe del Departamento Jurídico del Ministerio de Salud, señor Sebastián Pavlovic, complementó lo anterior, pues afirmó que efectivamente hay casos de grandes abusos de la investigación científica sobre seres humanos.

Hoy en día, agregó, a partir del informe Belmont, los principios que inspiran la discusión biomédica son la autonomía, beneficencia, no

maleficencia y justicia, y se recomiendan en las normas internacionales la adopción de medidas de protección de carácter legal y reglamentario de desarrollo de protocolos de investigación. La ley vigente en materia de investigación científica no es lo suficientemente precisa en cuanto a establecer la facultad del Ministerio de Salud de reglamentar la materia.

El Honorable Senador señor Arancibia consultó en relación a los comités éticos científicos.

El señor Pavlovic explicó que a principios de los 90 ya se empezó a diferenciar los comités de ética clínica, a nivel de los Hospitales, de aquellos de evaluación ético-científica, que es a nivel de Servicios de Salud, y hace más de veinte años evalúan protocolos de investigación que se desarrollen tanto en el sector público como privado, en base a una antigua norma ministerial, que está en proceso de adecuación a las recomendaciones internacionales; ahí se regula también lo relativo al financiamiento, aranceles y aportes económicos.

Esta indicación fue retirada por su autor.

ARTÍCULO 25

El artículo 25 del texto aprobado en general por el Senado, prescribe:

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

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

En ningún caso podrán efectuarse, 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 4º exige.”.

En relación a este artículo se presentaron las indicaciones N° s 60 a 63.

La **indicación N° 60**, del Honorable Senador señor Arancibia, tiene por objeto reemplazar, en el inciso segundo, la frase “Las personas con discapacidad psíquica o intelectual, que se encuentren en

condiciones de manifestar su voluntad,” por “Las personas con discapacidad psíquica o intelectual de acuerdo a lo dispuesto en la ley sobre discapacidad, podrán ser acompañadas y asistidas durante todo el proceso de atención de salud por su representante legal o judicial. Si encontrándose en condiciones de manifestar su voluntad, los discapacitados no contaren con un representante, o si éste no pudiera ser ubicado,”.

En los fundamentos de la indicación, el Honorable senador señor Arancibia manifiesta que se persigue aclarar quienes son los discapacitados, de modo que no basta con que el médico crea que lo son a simple vista. Por eso se hace referencia a la legislación vigente. Por otra parte, también se quiere resguardar que no se pase por sobre lo que establece nuestro ordenamiento jurídico en materia de representación; la ley ya nos dice quiénes son los representantes de las personas, por lo que no conviene que una simple declaración de “voluntad” de alguien con habilidades intelectuales desmejoradas pueda ir contra dichas normas. El discapacitado podría tener representantes legales presentes y ser engañado para que “designa” apoderado a otra persona. En definitiva, expresa que esta norma, que busca proteger a los discapacitados, termina dando pie para que se abuse de ellos.

En discusión, la señora Ministra de Salud señaló que, a su juicio, la calificación de la discapacidad mental es una acción sanitaria, y no le corresponde a la ley. La remisión no sería adecuada.

-- En votación, la Comisión rechazó la indicación N° 60, por la unanimidad de sus miembros presentes, Honorables Senadores señores Girardi, Ominami y Ruiz-Esquide.

La **indicación N° 61** es de Su Excelencia la Presidenta de la República, y propone intercalar, en el inciso segundo, a continuación del vocablo “voluntad” la primera vez que aparece, la frase “en las atenciones de salud”.

En discusión, la señora Ministra de Salud, doña María Soledad Barría, explicó que en este Capítulo se presentaron varias indicaciones del Ejecutivo. Se trata de modificaciones que se ha considerado importante efectuar, fruto de la retroalimentación con la Organización Mundial de la Salud y el análisis de información comparada de otros países, de modo que se incorporan aspectos no considerados en el proyecto original.

En cuanto a la indicación en estudio, hizo presente que se trata simplemente de una precisión.

-- En votación, la Comisión aprobó la indicación N° 61, por la unanimidad de sus miembros presentes, Honorables Senadores señores Girardi, Ominami y Ruiz-Esquide.

La **indicación N° 62**, del Honorable Senador señor Arancibia, presentada en subsidio de la indicación N° 60, es para sustituir, en el inciso segundo, la frase “siendo éste el apoderado o representante legal” por “siendo éste, en aquellos casos en que sea imposible ubicar a su curador, el apoderado o representante legal”.

En los fundamentos de la indicación se señala que resulta ilógico, en el caso en que hubiera otros representantes legales, como podría ser un curador designado judicialmente, que la sola designación de un apoderado les quitara todas sus facultades para efectos de esta ley.

-- En votación, la Comisión rechazó la indicación N° 62, por la unanimidad de sus miembros presentes, Honorables Senadores señores Girardi, Ominami y Ruiz-Esquide.

La **indicación N° 63**, también del Honorable Senador señor Arancibia, propone reemplazar, en el inciso tercero, la última frase que se inicia con las expresiones “si la persona con discapacidad...”, por “a menos que así lo autorice el representante de la persona con discapacidad o, en su defecto, la persona bajo cuyo cuidado se encuentre”.

En los fundamentos de la indicación, se explica que la propuesta es en razón que algunas de estas filmaciones de uso periodístico, justamente podrían buscar el bien de las personas discapacitadas, como podría suceder, por ejemplo, en un reportaje periodístico que mostrara las malas condiciones en que se encuentran en algunos centros hospitalarios, o que buscaran formar conciencia en la población de lo abandonados que se encuentran. Por eso, no conviene cerrar totalmente la puerta a filmaciones, se señala.

-- En votación, la Comisión rechazó la indicación N° 63, por la unanimidad de sus miembros presentes, Honorables Senadores señores Girardi, Ominami y Ruiz-Esquide.

ARTÍCULO 26

El artículo 26 del texto aprobado en general por el Senado, es del siguiente tenor:

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

La **indicación N° 64** de Su Excelencia la Presidenta de la República, tiene por objeto sustituirlo por el siguiente:

“Artículo 26.- La reserva de la información que el profesional tratante debe mantener o la restricción al acceso, por parte de la persona, a los contenidos de su ficha clínica, en razón de los efectos negativos que esa información pudiera tener en su estado mental, obliga al profesional a

informar a su representante legal o, en su defecto, al apoderado designado de acuerdo con el artículo 25, o a la persona bajo cuyo cuidado se encuentre, las razones médicas que justifican tal restricción.”.

En discusión, la señora Ministra de Salud explicó que la indicación por una parte, aliviana la forma de otorgar el certificado, al eliminar lo relativo a informar de manera pormenorizada; y también elimina la última parte.

-- En votación, la Comisión aprobó la indicación N° 64, por la unanimidad de sus miembros presentes, Honorables Senadores señores Girardi, Ominami y Ruiz-Esquide.

ARTÍCULO 27

El artículo 27 del texto aprobado en general por el Senado, prescribe:

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

a) Aplicación de procedimientos invasivos e irreversibles;

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

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

Su Excelencia la Presidenta de la República, presentó la **indicación N° 65**, para reemplazarlo por el siguiente:

“Artículo 27.- Sin perjuicio de lo dispuesto en los artículos 15 y 16 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 u otro de carácter irreversible, deberán contar siempre con la revisión previa de la Comisión Nacional de Protección de los Derechos de las Personas con Enfermedad Mental a que se refiere el artículo 32. En el caso de psicocirugía, esta revisión previa deberá proceder siempre.”.

-- En votación, la Comisión aprobó la indicación N° 65, por la unanimidad de sus miembros presentes, Honorables Senadores señores Girardi, Ominami y Ruiz-Esquide.

ARTÍCULO 28

El artículo 28 del texto aprobado en general por el Senado, dispone:

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

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

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

En contra de los tratamientos involuntarios podrán recurrir ante la Corte de Apelaciones respectiva tanto la persona con discapacidad psíquica o intelectual como cualquiera a su nombre.

Asimismo, la información del caso podrá ser revisada por la comisión indicada en el artículo 32, la que podrá informar al Secretario Regional Ministerial de Salud para que éste, a su vez, ejerza la facultad indicada en el artículo 132 del Código Sanitario. En el evento que dicha autoridad decida no ejercer esta facultad, la comisión podrá presentar los antecedentes a la Corte de Apelaciones correspondiente para que ésta resuelva en definitiva.”.

En relación a este artículo se presentaron las **indicaciones N° s 66, 67,68 y 69.**

La **indicación N° 66**, de Su Excelencia la Presidenta de la República, propone sustituirlo por el siguiente:

“Artículo 28.- 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 esto último posible, se tendrá en cuenta la opinión de su representante legal o, en su defecto, de su apoderado a efectos del tratamiento y en ausencia de ambos de la persona a él más vinculada por razón familiar o de hecho.

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 32 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 o revisará la legalidad e idoneidad 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/o 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 correspondiente para que ésta resuelva en definitiva.

Para el ejercicio de sus funciones, las Comisiones podrán tener 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 13 de esta ley.”.

-- En votación, la Comisión aprobó la indicación N° 66, por la unanimidad de sus miembros presentes, Honorables Senadores señores Girardi, Ominami y Ruiz-Esquide.

La **indicación N° 67**, del Honorable Senador señor Horvath, es para intercalar, en el inciso tercero, a continuación de la frase “cualquiera a su nombre”, la siguiente: “, conforme al procedimiento aplicable a la acción constitucional de protección establecido en el artículo 20 de la Constitución Política de la República”.

En discusión, la Comisión estuvo de acuerdo con el tenor de la indicación. No obstante, tuvo presente que ella debe entenderse referida al texto aprobado en particular, que es el propuesto por la indicación N° 66, por lo tanto de ser aprobada, tiene que ser con esa modificación.

-- En votación, la Comisión aprobó la indicación N° 67, con modificaciones, por la unanimidad de sus miembros presentes, Honorables Senadores señores Girardi, Ominami y Ruiz-Esquide.

La **indicación N° 68**, del Honorable Senador señor Arancibia, tiene por objeto sustituir el inciso cuarto por el siguiente:

“Asimismo, los antecedentes del caso podrán ser informados por el afectado, sus padres o representantes al Secretario Regional Ministerial de Salud para que éste, a su vez, ejerza la facultad indicada en el artículo 132 del Código Sanitario. En el evento que dicha autoridad decida no ejercer esta facultad, los recurrentes podrán presentar los antecedentes a la Corte de Apelaciones correspondiente para que ésta resuelva en definitiva.”.

-- En votación, la Comisión rechazó la indicación N° 68, por la unanimidad de sus miembros presentes, Honorables Senadores señores Girardi, Ominami y Ruiz-Esquide.

Por su parte, la **indicación N° 69**, del Honorable Senador señor Arancibia, propone agregar en el artículo 28, el siguiente inciso final, nuevo:

“Las acciones ante dicha Corte se tramitarán de acuerdo a las normas del recurso establecido en el artículo 20 de la Constitución Política y tendrán preferencia para su vista.”.

En discusión, la Comisión consideró que la indicación va en la misma línea de la indicación N° 67, por lo que resolvió aprobarla, con modificaciones.

-- En votación, la Comisión aprobó la indicación N° 69, con modificaciones, por la unanimidad de sus miembros presentes, Honorables Senadores señores Girardi, Ominami y Ruiz-Esquide.

ARTÍCULO 29

El artículo 29 del texto aprobado en general por el Senado, dispone:

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

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

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

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

Las **indicaciones N° s 70 y 71**, están referidas al inciso primero del artículo 29.

La **indicación N° 70**, es de Su Excelencia la Presidenta de la República, y propone reemplazar, en el inciso primero, el vocablo “mecánica” por “física y farmacológica”.

-- En votación, la Comisión aprobó la indicación N° 70, por la unanimidad de sus miembros presentes, Honorables Senadores señores Girardi, Ominami y Ruiz-Esquide.

La **indicación N° 71**, del Honorable Senador señor Horvath, es para intercalar, en el inciso primero, a continuación de la frase “acreditada por un médico”, el término “psiquiatra”.

En discusión, la señora Ministra de Salud se mostró contraria a la propuesta contenida en la indicación, pues resulta impracticable, hay muchísimas zonas del país donde no es posible contar con este tipo de especialistas.

-- En votación, la Comisión rechazó la indicación N° 71, por la unanimidad de sus miembros presentes, Honorables Senadores señores Girardi, Ominami y Ruiz-Esquide.

Las indicaciones N° s 72, 73 y 74, fueron presentadas por Su Excelencia la Presidenta de la República.

La **indicación N° 72**, persigue sustituir, en el inciso tercero, la frase “la Autoridad Sanitaria” por “la Autoridad Sanitaria Regional”.

La **indicación N° 73**, es para incorporar, a continuación del inciso tercero, el siguiente, nuevo, pasando el inciso cuarto a ser quinto:

“Las medidas de aislamiento y contención o aquellas otras que restrinjan temporalmente la comunicación o contacto con las visitas, podrán ser reclamadas a la comisión regional que corresponda, para su revisión.”.

La **indicación N° 74**, propone suprimir, en el inciso cuarto, la frase “durante su internación”.

-- En votación, la Comisión aprobó las indicaciones N° s 72, 73 y 74, por la unanimidad de sus miembros presentes, Honorables Senadores señores Girardi, Ominami y Ruiz-Esquide.

Finalmente, el Honorable Senador señor Arancibia, presentó la **indicación N° 75**, para intercalar, en el inciso cuarto, a continuación de la frase “establecimientos de salud”, la palabra “públicos”.

-- En votación, la Comisión rechazó la indicación N° 75, por la unanimidad de sus miembros presentes, Honorables Senadores señores Girardi, Ominami y Ruiz-Esquide.

ARTÍCULO 30

El artículo 30, del texto aprobado en general por el Senado, dispone:

“Artículo 30.- 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:

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

2) El tratamiento responda a un plan prescrito individualmente, que atienda las necesidades de salud de la persona, esté

indicado por un médico psiquiatra y sea la alternativa terapéutica menos restrictiva de entre las disponibles;

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

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

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

Su Excelencia la Presidenta de la República presentó la **indicación N° 76**, para sustituir el citado artículo, por el siguiente:

“Artículo 30.- 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 fuere 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.”.

-- En votación, la Comisión aprobó la indicación N° 76, por la unanimidad de sus miembros presentes, Honorables Senadores señores Girardi, Ominami y Ruiz-Esquide.

El Honorable Senador señor Arancibia es autor de la **indicación N° 77**, que propone intercalar, en el encabezamiento, a continuación de la frase “su estado lo impida”, la siguiente “y sea imposible ubicar a su representante legal”.

En los fundamentos de la indicación, se explica que esta norma olvida completamente al representante legal o apoderado del discapacitado, quien es el llamado a expresar la voluntad del enfermo en primer lugar cuando éste no puede hacerlo, y la indicación tiene por objeto corregir lo anterior.

En discusión, el Jefe del Departamento Jurídico del Ministerio de Salud expresó que la norma trata de tratamientos involuntarios en general, por lo que no tendría sentido lo que se propone.

-- En votación, la Comisión rechazó la indicación N° 77, por la unanimidad de sus miembros presentes, Honorables Senadores señores Girardi, Ominami y Ruiz-Esquide.

La **indicación N° 78**, del Honorable Senador señor Horvath, es para intercalar, en el número 1) del inciso primero, a continuación del vocablo “acreditado”, la frase “por un médico psiquiatra

En discusión, la Comisión estimó que esta indicación aborda la misma materia que la indicación N° 71, ya rechazada.

-- En votación, la Comisión rechazó la indicación N° 78, por la unanimidad de sus miembros presentes, Honorables Senadores señores Girardi, Ominami y Ruiz-Esquide.

ARTÍCULO 31

El artículo 31 del texto aprobado en general por el Senado es del siguiente tenor:

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

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

En contra de las actuaciones de la Autoridad Sanitaria se podrá recurrir ante la Corte de Apelaciones que corresponda y, asimismo, solicitar un informe de la comisión indicada en el artículo siguiente y siempre que el asunto no se encuentre radicado en dicha jurisdicción.”.

Su Excelencia la Presidenta de la República propone en la **indicación N° 79**, sustituir el referido artículo, por el siguiente:

“Artículo 31.- Respecto de la participación en protocolos de investigación científica, si la persona con discapacidad psíquica o intelectual no puede expresar su voluntad, no podrá realizarse de ningún modo la investigación.

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.

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 32 que corresponda, a fin de que esta efectúe revisión de los procedimientos en cuestión.”.

-- En votación, la Comisión aprobó la indicación N° 79, por la unanimidad de sus miembros presentes, Honorables Senadores señores Girardi, Ominami y Ruiz-Esquide.

Las **indicaciones N° s 80, 81 y 82** fueron presentadas por el honorable Senador señor Arancibia.

La **indicación N° 80** es para intercalar, en el inciso segundo, a continuación de la frase “Autoridad Sanitaria competente”, la siguiente “, como la manifestación de voluntad expresa de participar tanto de parte del paciente como de su representante legal”.

En discusión, la señora Ministra manifestó que, si bien este tema se encuentra incorporado en otra parte del proyecto, no hay inconveniente en establecerlo acá.

La Comisión tuvo presente que, atendido la aprobación de la indicación N° 79, la propuesta, de aprobarse, debe entenderse referida a la norma aprobada en particular.

-- En votación, la Comisión aprobó la indicación N° 80, con modificaciones, por la unanimidad de sus miembros presentes, Honorables Senadores señores Girardi, Ominami y Ruiz-Esquide.

La **indicación N° 81** tiene por objeto sustituir el inciso tercero por el siguiente: “En contra de las actuaciones de la Autoridad Sanitaria se podrá recurrir ante la Corte de Apelaciones que corresponda, pudiendo además, solicitar un informe al Director General de Salud correspondiente.”.

-- En votación, la Comisión rechazó la indicación N° 81, por la unanimidad de sus miembros presentes, Honorables Senadores señores Girardi, Ominami y Ruiz-Esquide.

La **indicación N° 82** es para suprimir, en el inciso tercero del ya citado artículo 31, la frase “y, asimismo, solicitar un informe de la comisión indicada en el artículo siguiente y siempre que el asunto no se encuentre radicado en dicha jurisdicción”.

-- En votación, la Comisión rechazó la indicación N° 82, por la unanimidad de sus miembros presentes, Honorables Senadores señores Girardi, Ominami y Ruiz-Esquide.

Finalmente, el Honorable Senador señor Horvath presentó la **indicación N° 83**, para intercalar, en el inciso tercero, a continuación de las palabras “dicha jurisdicción”, la frase “, conforme al procedimiento aplicable a la acción constitucional de protección establecido en el artículo 20 de la Constitución Política de la República”.

-- En votación, la Comisión rechazó la indicación N° 83, por la unanimidad de sus miembros presentes, Honorables Senadores señores Girardi, Ominami y Ruiz-Esquide.

ARTÍCULO 32

El artículo 32 del texto aprobado en general por el Senado, dispone:

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

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

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

c) La emisión de informes a la Autoridad Sanitaria respecto de los casos sometidos a su conocimiento.

d) Cuando sea necesario, el envío de antecedentes y sus informes a la Corte de Apelaciones que corresponda.

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

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

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

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 y tendrán preferencia para su vista.”.

El Honorable Senador señor Arancibia propone, con la **indicación N° 84**, suprimir el referido artículo.

-- En votación, la Comisión rechazó la indicación N° 84, por la unanimidad de sus miembros presentes, Honorables Senadores señores Girardi, Ominami y Ruiz-Esquide.

Su Excelencia la Presidenta de la República, en la **indicación N° 85**, propone sustituirlo por el siguiente:

“Artículo 32.- 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, ya 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 puedan ser vulnerados;

b) Proponer al Ministerio de Salud, a través de la Subsecretaría de Salud Pública, directrices técnicas y normativas complementarias para 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 con otros organismos públicos y privados de Derechos Humanos;

e) Efectuar revisión de reclamos sobre lo obrado por las Comisiones Regionales;

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

g) Efectuar revisión de hechos inusuales 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 supervisión de las instalaciones y procedimientos relacionados con la hospitalización y/o aplicación de tratamientos a personas con discapacidad psíquica o intelectual;

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

c) Efectuar revisión de 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 y/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;

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 deberá procurar una integración con similares características, de acuerdo a la realidad local en la respectiva Región.

El 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 para el resguardo de sus derechos. La Comisión Nacional o las Comisiones Regionales podrán informar a la Corte de Apelaciones respectiva 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 y tendrán preferencia para su vista.”.

En discusión, la señora Ministra de Salud, doña María Soledad Barría, manifestó que esta norma se refiere a la Comisión de Defensa de Derechos de las Personas con Discapacidad Mental, que es muy importante. Esta Comisión se regulariza con el proyecto en estudio, pues en la actualidad hay una funcionando, que ha sido fundamental para mejorar las condiciones de las personas con discapacidad.

Hizo presente que en el texto aprobado en la Cámara de Diputados, la Comisión resultó muy disminuida.

-- En votación, la Comisión aprobó la indicación N° 85, por la unanimidad de sus miembros presentes, Honorables Senadores señores Girardi, Ominami y Ruiz-Esquide.

La **indicación N° 86**, del Honorable Senador señor Arancibia, presentada en subsidio de la indicación N° 84, es para suprimir la letra b) y el inciso final.

-- En votación, la Comisión rechazó la indicación N° 86, por la unanimidad de sus miembros presentes, Honorables Senadores señores Girardi, Ominami y Ruiz-Esquide

La **indicación N° 87**, del Honorable Senador señor Horvath, para intercalar, en el inciso final, a continuación de la frase “para su vista”, la expresión “y fallo”.

En discusión, la Comisión estuvo de acuerdo en efectuar la incorporación que se propone. No obstante, tuvo presente que ella debe entenderse referida al texto aprobado en particular, por al aprobación de la indicación N° 85.

-- En votación, la Comisión aprobó la indicación N° 87, con modificaciones, por la unanimidad de sus miembros presentes, Honorables Senadores señores Girardi, Ominami y Ruiz-Esquide.

ARTÍCULO 33

El artículo 33 del proyecto aprobado en general por el Senado, es del siguiente tenor:

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

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

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

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

En relación a este artículo se presentaron las **indicaciones N° s 88 a 90.**

La **indicación N° 88** del Honorable Senador señor Arancibia, es para suprimir el inciso primero.

-- En votación, la Comisión rechazó la indicación N° 88, por la unanimidad de sus miembros presentes, Honorables Senadores señores Girardi, Ominami y Ruiz-Esquide.

La **indicación N° 89**, del Honorable Senador señor Kuschel, propone sustituir su inciso tercero por el siguiente:

“Asimismo, los usuarios podrán manifestar por escrito sus sugerencias y opiniones respecto de las atenciones recibidas.”.

-- En votación, la Comisión aprobó la indicación N° 89, por la unanimidad de sus miembros presentes, Honorables Senadores señores Girardi, Ominami y Ruiz-Esquide.

La **indicación N° 90**, del Honorable Senador señor Arancibia, tiene por objeto suprimir el inciso cuarto de la referida norma.

-- En votación, la Comisión rechazó la indicación N° 90, por la unanimidad de sus miembros presentes, Honorables Senadores señores Girardi, Ominami y Ruiz-Esquide.

ARTÍCULO 34

El artículo 34, del texto aprobado en general por el Senado, dispone:

“Artículo 34.- Los prestadores institucionales, públicos y privados, deberán exhibir en forma destacada, los precios de las

prestaciones, de los insumos y de los medicamentos que cobren en la atención de las personas, debiendo poner la lista correspondiente a disposición de quienes lo soliciten.

Asimismo, al momento de ingresar, se informará por escrito, a la persona o a su representante, de los posibles plazos para el pago de las prestaciones, medicamentos e insumos utilizados, así como de los cargos por intereses u otros conceptos.

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

El Honorable Senador señor Arancibia presentó la **indicación N° 91** para sustituir el inciso primero por el siguiente:

“Artículo 34.- Los prestadores institucionales, públicos y privados, deberán mantener una base de datos actualizado y de libre acceso para quien la solicite con información que contenga, los precios de las prestaciones, de los insumos y de los medicamentos que cobren en la atención de personas.”.

La **indicación N° 92**, también del Honorable Senador señor Arancibia, propone sustituir el referido inciso primero por el siguiente:

“Artículo 34.- Los prestadores institucionales, públicos y privados, deberán exhibir en forma destacada el derecho que tiene cada usuario de solicitar un listado con los precios de las prestaciones, los insumos, y los medicamentos que cobren en la atención de las personas.”.

Finalmente, el Honorable Senador señor Kuschel presentó la **indicación N° 93**, para reemplazar, en el inciso primero, la frase “exhibir en forma destacada,” por “mantener una base de datos actualizada y de libre acceso para quien la solicite con información que contenga”.

En discusión, la Comisión estuvo de acuerdo con las ideas planteadas en las indicaciones. No obstante, estimó necesario destacar que la información podrá estar contenida no sólo en bases de datos, sino también en otro tipo de registros.

-- **En votación, la Comisión aprobó las indicaciones N° s 91, 92 y 93, con modificaciones, por la unanimidad de sus miembros presentes, Honorables Senadores señores Girardi, Ominami y Ruiz-Esquide.**

ARTÍCULO 35

El artículo 35 del texto aprobado en general por el Senado, prescribe, a la letra:

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

La **indicación N° 94**, del Honorable Senador señor Kuschel, propone intercalar, a continuación de la frase “en el tratamiento correspondiente”, las siguientes: “, siempre y cuando las otras unidades de medicamentos o insumos en cuestión puedan ser utilizadas en otros pacientes sin contravenir las normas sanitarias existentes”.

En discusión, el Honorable Senador señor Girardi manifestó su desacuerdo con lo propuesto. Ello por cuanto siempre se buscarán subterfugios, y en definitiva se cobrará todo al paciente.

La señora Ministra de Salud estimó que de aprobarse la indicación, sería muy difícil de aplicar.

-- En votación, la Comisión rechazó la indicación N° 94, por la unanimidad de sus miembros presentes, Honorables Senadores señores Girardi, Ominami y Ruiz-Esquide

ARTÍCULO 36

El artículo 36 del texto aprobado en general por el Senado, es del siguiente tenor:

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

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

La **indicación N° 95**, del Honorable Senador señor Arancibia, es para sustituir, en el inciso segundo, la frase “Las personas, al momento de solicitar o recibir atención de salud por parte de un prestador institucional,” por “Tanto las personas que vienen a solicitar o a recibir atención de salud por parte de un prestador institucional, como sus familiares, representantes o quienes los visiten”.

En discusión, la Comisión estuvo de acuerdo con lo planteado, acordando mejorar su redacción.

-- En votación, la Comisión aprobó la indicación N° 95, con modificaciones, por la unanimidad de sus miembros presentes, Honorables Senadores señores Girardi, Ominami y Ruiz-Esquide

ARTÍCULO 39

El artículo 39 del texto aprobado en general por el Senado, es del siguiente tenor:

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

La **indicación N° 96**, del Honorable Senador señor Arancibia, propone sustituir la frase “La persona que solicita atención de salud deberá” por “Tanto la persona que solicita la atención de salud, como sus familiares y/o representantes legales deberán”.

-- En votación, la Comisión aprobó la indicación N° 96, por la unanimidad de sus miembros presentes, Honorables Senadores señores Girardi, Ominami y Ruiz-Esquide.

ARTÍCULO 40

El artículo 40 del texto aprobado en general por el Senado, dispone:

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

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

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

Asimismo, las personas tendrán derecho a requerir, alternativamente, la iniciación de un procedimiento de mediación, en los

términos en que está establecido en la ley N° 19.966 y sus normas complementarias.”.

En relación a este artículo se presentaron las **indicaciones N° s 97, 98 y 99.**

La **indicación N° 97**, del Honorable Senador señor Arancibia, es para suprimir, en el inciso primero, la frase “una dependencia y con personal especialmente habilitado para este efecto y”.

En discusión, la Comisión estuvo por aprobar la indicación presentada, en cuanto a suprimir la necesidad de contar con una dependencia.

-- En votación, la Comisión aprobó la indicación N° 97 con modificaciones, por la unanimidad de sus miembros presentes, Honorables Senadores señores Girardi, Ominami y Ruiz-Esquide.

La **indicación N° 98**, del Honorable Senador señor Kuschel, para intercalar, en el inciso segundo, a continuación de la frase “ante la Superintendencia de Salud”, la siguiente: “, siempre y cuando se trate de materias de su competencia de acuerdo a lo establecido en la ley”.

En discusión, el Honorable Senador señor Ominami estimó que agregar la frase propuesta por la indicación es innecesario, porque resulta obvio que debe actuar en el marco de las competencias establecidas en la ley.

-- En votación, la Comisión rechazó la indicación N° 98, por la unanimidad de sus miembros presentes, Honorables Senadores señores Girardi, Ominami y Ruiz-Esquide.

Por su parte, la **indicación N° 99**, del Honorable Senador señor Arancibia, propone intercalar, en el inciso tercero, a continuación del término “regulará”, la frase “para el sector público”.

En discusión, el Honorable Senador señor Girardi advirtió que, de aprobarse el texto propuesto, la norma sería sólo aplicable al sector público.

La señora Ministra de Salud hizo presente que ese no es el sentido del proyecto en estudio, sino precisamente extender sus normas a todos los prestadores.

-- En votación, la Comisión rechazó la indicación N° 99, por la unanimidad de sus miembros presentes, Honorables Senadores señores Girardi, Ominami y Ruiz-Esquide.

ARTÍCULO 41

El artículo 41 del texto aprobado en general pro el Senado, prescribe:

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

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

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

Si transcurrido el plazo que fijare el Intendente de Prestadores para la solución de las irregularidades, el que no podrá ser superior a dos meses, y el prestador no cumpliera la orden, sancionará al prestador de acuerdo con las normas establecidas en los Títulos IV y V del Capítulo VII, del Libro I del decreto con fuerza de ley N° 1, de 2006, del Ministerio de Salud.

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

Cuando no se 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.”.

Las **indicaciones N° s 100 y 101** se refieren a este artículo.

La **indicación N°100**, del Honorable Senador señor Arancibia, tiene por objeto sustituir, en el inciso tercero, las palabras “dejará constancia” por “ordenará dejar constancia al prestador”.

La Comisión estuvo de acuerdo en aprobarla, con pequeñas modificaciones en su redacción.

-- En votación, la Comisión aprobó la indicación N° 100, con modificaciones, por la unanimidad de sus miembros presentes, Honorables Senadores señores Girardi, Ominami y Ruiz-Esquide.

La **indicación N°101**, del Honorable Senador señor Arancibia, es para intercalar, en el inciso quinto, a continuación de la frase “cinco días hábiles,” la siguiente: “y sin perjuicio de poder optar por recurrir a la justicia ordinaria”.

En discusión, la Ministra de Salud estimó redundante lo plateado, sin perjuicio de lo cual manifestó que estaría de acuerdo con su aprobación.

-- En votación, la Comisión aprobó la indicación N° 101, por la unanimidad de sus miembros presentes, Honorables Senadores señores Girardi, Ominami y Ruiz-Esquide.

o o o

MODIFICACIONES:

En mérito de los acuerdos precedentemente expuestos, vuestra Comisión de Salud tiene el honor de proponeros la aprobación del proyecto de ley aprobado en general por el Senado, con las siguientes modificaciones:

ARTÍCULO 2º

- Intercalar, en el inciso primero, a continuación del término “socioeconómico,”, la frase “lugar de residencia,”.**(Indicación N°5) (Mayoría 4X1).**

ARTÍCULO 3º

- Sustituir su inciso primero, por el siguiente:

“Artículo 3º.- 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: los prestadores institucionales y los prestadores individuales.”.**(Indicación N°6) (Unanimidad 3X0).**

- En el inciso tercero, sustituir la frase “de manera autónoma”, por “ejerciendo de manera independiente”. **(artículo 121 del Reglamento del Senado).(Unanimidad 5X0)** y reemplazar la frase “, tanto los médicos como los de colaboración médica” por “a que se refiere el Libro Quinto del Código Sanitario”**(Indicación N°8) (Unanimidad 5X0).**

- Incorporar el siguiente inciso final, nuevo:

“Todo prestador, para el otorgamiento de las prestaciones de salud, deberá cumplir con las disposiciones legales y reglamentarias vigentes, incluyendo los procesos de certificación y acreditación.”**(artículo 121 del Reglamento del Senado) (Unanimidad 3X0).**

ARTÍCULO 5º

- Intercalar, en el inciso primero, a continuación de la palabra “Salud”, la frase “, el que en ningún caso podrá establecer un horario de visitas inferior a seis horas diarias para los prestadores institucionales públicos”.**(Indicación N°14) (Unanimidad 5X0).**

- Sustituir en el inciso tercero, la palabra “médicos” por “de sanación”, y la voz “castellano” por “español” **(artículo 121 del Reglamento del Senado) (Unanimidad 5X0).**

ARTÍCULO 8°

- Eliminar, en el inciso primero la frase “dentro del ámbito que la ley autorice,” **(artículo 121 del Reglamento del Senado) (Unanimidad 5X0).**

- Reemplazar en el inciso segundo la frase “comité de ética que corresponda” por “comité de ética del establecimiento o, en caso de no poseer uno, al que según el reglamento dispuesto en el artículo 22 le corresponda” **(Indicación N°23) (Unanimidad 5X0).**

ARTÍCULO 11

- Agregar, en el inciso cuarto, la siguiente oración final: “El referido certificado debe ser emitido de preferencia por el profesional que trató al paciente que solicita el certificado.”. **(Indicación N°29, con modificaciones) (Unanimidad 5X0).**

ARTÍCULO 12

- Reemplazar su inciso primero, por el siguiente:

“Artículo 12.- La ficha clínica es el instrumento obligatorio en el que se registra el conjunto de información relativa 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 la información contenida en ella”. **(Indicación N°30, con modificaciones) (Unanimidad 5X0).**

ARTÍCULO 13

Inciso primero

- Sustituirlo por el siguiente:

“Artículo 13.- La ficha clínica permanecerá en poder del prestador, quien será responsable de la reserva de su contenido y deberá mantenerla por un período de, al menos, 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.”**(artículo 121 del Reglamento del Senado) (Unanimidad 4X0).**

Inciso tercero

- En el encabezamiento, sustituir la forma verbal “podrá” por “deberá”. **(Indicación N°33) (Unanimidad 5X0);**

- En la letra b), reemplazar la frase “a los herederos en caso de fallecimiento del titular” por “, mediante autorización judicial o solicitud de la Superintendencia de Salud, a los herederos en caso de fallecimiento del titular” **(Indicación N°33 A) (Unanimidad 5X0);**

- En la letra c), agregar las siguientes oraciones finales: “Exhibida la autorización judicial el prestador remitirá la ficha clínica 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.”. **(Indicación N°33 C) (Unanimidad 5X0).**

Inciso final

- Incorporar la siguiente oración final: “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.”. **(Indicación N°38, con modificaciones) (Unanimidad 4X0).**

ARTÍCULO 14

- Sustituir, en su inciso tercero, la segunda oración por la siguiente: “En estos casos, tanto la información misma, como el hecho de su entrega, aceptación o rechazo deberá constar por escrito en la ficha clínica del paciente y referirse, al menos, a los contenidos indicados en el inciso primero del artículo 8°.”. **(Indicación N°40) (Unanimidad 4X0).**

ARTÍCULO 18

- En el inciso primero, incorporar, entre las palabras “de” y el verbo “someterse”, la expresión “no” **(Artículo 121 del Reglamento del Senado) (Unanimidad 4X0)**.

ARTÍCULO 19

- Intercalar, en su inciso cuarto, a continuación de la frase “para su vista”, la expresión “y fallo”. **(Indicación N°52) (Unanimidad 4X0)**.

- Reemplazar, en su inciso final, la palabra “idóneo” por “técnicamente calificado”. **(Indicación N°53) (Unanimidad 4X0)**.

ARTÍCULO 22

- Sustituir el verbo “fiscalizar” por “controlar”. **(Indicación N°57, con modificaciones) (Unanimidad 4X0)**.

ARTÍCULO 25

- Intercalar, en su inciso segundo, a continuación del vocablo “voluntad” la primera vez que aparece, la frase “en las atenciones de salud”. **(Indicación N°61) (Unanimidad 3X0)**.

ARTÍCULO 26

- Sustituirlo por el siguiente:

“Artículo 26.- La reserva de la información que el profesional tratante debe mantener o la restricción al acceso, por parte de la persona, a los contenidos de su ficha clínica, en razón de los efectos negativos que esa información pudiera tener en su estado mental, obliga al profesional a informar a su representante legal o, en su defecto, al apoderado designado de acuerdo con el artículo 25, o a la persona bajo cuyo cuidado se encuentre, las razones médicas que justifican tal restricción.”. **(Indicación N°64) (Unanimidad 3X0)**.

ARTÍCULO 27

- Reemplazarlo por el siguiente:

“Artículo 27.- Sin perjuicio de lo dispuesto en los artículos 15 y 16 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 u otro de carácter irreversible, deberán contar siempre con la revisión previa de la Comisión Nacional de Protección de los Derechos de las Personas con Enfermedad Mental a que se refiere el artículo 32. En el caso de psicocirugía, esta revisión previa deberá proceder siempre.” **(Indicación N°65) (Unanimidad 3X0).**

ARTÍCULO 28

- Sustituirlo por el siguiente:

“Artículo 28.- 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 esto último posible, se tendrá en cuenta la opinión de su representante legal o, en su defecto, de su apoderado a efectos del tratamiento y en ausencia de ambos de la persona a él más vinculada por razón familiar o de hecho.

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 32 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 o revisará la legalidad e idoneidad 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/o 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 correspondiente para que ésta resuelva en definitiva,

conforme al procedimiento aplicable a la acción constitucional de protección establecido en el artículo 20 de la Constitución Política de la República.

Para el ejercicio de sus funciones, las Comisiones podrán tener 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 13 de esta ley.”.(Indicaciones N°66,y N°s 67 y 69 con modificaciones) (Unanimidad 3X0).

ARTÍCULO 29

- Reemplazar, en su inciso primero, el vocablo “mecánica” por “física y farmacológica” (Indicación N°70) (Unanimidad 3X0).

- Sustituir, en el inciso tercero, la frase “la Autoridad Sanitaria” por “la Autoridad Sanitaria Regional”. (Indicación N°72) (Unanimidad 3X0).

- Incorporar, a continuación del inciso tercero, el siguiente, nuevo, pasando el inciso cuarto a ser quinto:

“Las medidas de aislamiento y contención o aquellas otras que restrinjan temporalmente la comunicación o contacto con las visitas, podrán ser reclamadas a la comisión regional que corresponda, para su revisión.”. (Indicación N°73) (Unanimidad 3X0).

- Suprimir, en el inciso cuarto, la frase “durante su internación”. (Indicación N°74) (Unanimidad 3X0).

ARTÍCULO 30

- Sustituirlo por el siguiente:

“Artículo 30.- 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 fuere 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.”.
(Indicación N°76) (Unanimidad 3X0).

ARTÍCULO 31

- Sustituirlo por el siguiente:

“ Artículo 31.- Respecto de la participación en protocolos de investigación científica, si la persona con discapacidad psíquica o intelectual no puede expresar su voluntad, no podrá realizarse de ningún modo la investigación.

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, como 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 32 que corresponda, a fin de que esta efectúe revisión de los procedimientos en cuestión.”**(Indicación N°79, e Indicación N°80 con modificaciones) (Unanimidad 3X0).**

ARTÍCULO 32

- Sustituirlo por el siguiente:

“Artículo 32.- 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, ya 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 puedan ser vulnerados;

b) Proponer al Ministerio de Salud, a través de la Subsecretaría de Salud Pública, directrices técnicas y normativas complementarias para 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 con otros organismos públicos y privados de Derechos Humanos;

e) Efectuar revisión de reclamos sobre lo obrado por las Comisiones Regionales;

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

g) Efectuar revisión de hechos inusuales 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 supervisión de las instalaciones y procedimientos relacionados con la hospitalización y/o aplicación de tratamientos a personas con discapacidad psíquica o intelectual;

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

c) Efectuar revisión de 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 y/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;

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 deberá procurar una integración con similares características, de acuerdo a la realidad local en la respectiva Región.

El 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 para el resguardo de sus derechos. La Comisión Nacional o las Comisiones Regionales podrán informar a la Corte de Apelaciones respectiva 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 y tendrán preferencia para su vista y fallo.”. **(Indicación N°85, y N°87, con modificaciones) (Unanimidad 3X0).**

ARTÍCULO 33

- Sustituir su inciso tercero por el siguiente:

“Asimismo, los usuarios podrán manifestar por escrito sus sugerencias y opiniones respecto de las atenciones recibidas.”. **(Indicación N°89) (Unanimidad 3X0).**

ARTÍCULO 34

- Sustituir su inciso primero, por el siguiente:

“Artículo 34.- Los prestadores institucionales, públicos y privados, deberán mantener una base de datos actualizada y otro tipo de registros, de libre acceso para quien la solicite, con información que contenga los precios de las prestaciones, de los insumos y de los medicamentos que cobren en la atención de personas.”. **(Indicaciones N°s 91, 92 y 93, con modificaciones) (Unanimidad 3X0).**

ARTÍCULO 36

- Sustituir, en su inciso segundo, la frase “Las personas, al momento de solicitar o recibir atención de salud por parte de un prestador institucional,” por “Tanto las personas que solicitan o reciben atención de salud por parte de un prestador institucional, como sus familiares, representantes o quienes los visiten”. **(Indicación N° 95, con modificaciones) (Unanimidad 3X0).**

ARTÍCULO 39

- Sustituir la frase “La persona que solicita atención de salud deberá” por “Tanto la persona que solicita la atención de salud, como sus familiares o representantes legales deberán”. **(Indicación N° 96) (Unanimidad 3X0).**

ARTÍCULO 40

- Suprimir, en su inciso primero, la frase “con una dependencia y” **(Indicación N° 97, con modificaciones) (Unanimidad 3X0).**

ARTÍCULO 41

- Sustituir, en el inciso tercero, la frase palabras “dejará constancia” por la siguiente: “ordenará dejar constancia de ello al prestador”. **(Indicación N° 100, con modificaciones) (Unanimidad 3X0).**

-Incorporar, en el inciso quinto, a continuación de la frase “cinco días hábiles,” la siguiente: “y sin perjuicio de poder optar por recurrir a la justicia ordinaria,”. ”. **(Indicación N° 101) (Unanimidad 3X0).**

o o o

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

“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 en salud.

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

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

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

Artículo 3°.- **Se entiende por prestador de salud, 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: los prestadores institucionales y los prestadores individuales.**

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

Los prestadores individuales son las personas naturales que, **ejerciendo de manera independiente**, dependiente de un prestador institucional o a través de un convenio con éste, otorgan prestaciones de salud directamente 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**. Las normas de esta ley serán aplicables también, en lo que corresponda, a los demás profesionales y trabajadores que, por cualquier causa, deban atender público o se vinculen con el otorgamiento de las atenciones de salud.

Todo prestador, para el otorgamiento de las prestaciones de salud, deberá cumplir con las disposiciones legales y reglamentarias vigentes, incluyendo los procesos de certificación y acreditación.

TÍTULO II DERECHOS DE LAS PERSONAS EN SU ATENCIÓN DE SALUD

Párrafo 1° Del derecho a un trato digno

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

En consecuencia, los prestadores deberán:

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

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

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

d) Informar, al momento de solicitarse la atención de salud, si el establecimiento tiene carácter docente asistencial o ha suscrito acuerdos de colaboración con universidades o institutos reconocidos, y de lo que

ello implica, sin perjuicio de requerir la autorización de la persona en los casos y forma que determine, mediante decreto, el Ministerio de Salud.

Párrafo 2°

Del derecho a tener compañía y asistencia espiritual

Artículo 5°.- Toda persona tiene derecho a que los prestadores le faciliten la compañía de familiares y amigos cercanos durante su hospitalización y con ocasión de prestaciones ambulatorias, de acuerdo con la reglamentación que respecto de esta materia dicte el Ministerio de Salud, **el que en ningún caso podrá establecer un horario de visitas inferior a seis horas diarias para los prestadores institucionales públicos.**

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

En aquellos territorios con alta concentración de población indígena, los prestadores institucionales públicos deberán asegurar el derecho de las personas pertenecientes a los pueblos originarios a recibir una atención de salud con pertinencia cultural, lo cual se expresará en la aplicación de un modelo de salud intercultural validado ante las comunidades indígenas, el cual deberá contener, a lo menos, el reconocimiento, protección y fortalecimiento de los conocimientos y las prácticas de los sistemas **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 3°

Del derecho de información

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Dicha información será proporcionada directamente a los mayores de catorce años de edad y menores de dieciocho. Asimismo, los padres o representantes legales de los menores de edad serán también informados por el profesional tratante en los mismos términos del inciso anterior. Sin perjuicio de ello, si el menor solicitare que ellos no sean informados respecto de algún aspecto específico de su salud, 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. En caso que el menor solicite que sus padres o representantes no sean informados, y el profesional tratante tenga dudas acerca de la gravedad o riesgo de la situación de salud del menor o de la pertinencia de informar, deberá consultar al **comité de ética del establecimiento o, en caso de no poseer uno, al que según el reglamento dispuesto en el artículo 22 le corresponda**. A los menores de catorce años de edad igualmente se les deberá informar, atendiendo las condiciones de desarrollo psíquico, competencia cognitiva y situación personal, sin perjuicio que se informe directamente, en los términos del inciso anterior, a los representantes legales.

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

Tratándose de atenciones médicas de emergencia o urgencia, es decir, de aquéllas en las que la falta de intervención inmediata e impostergable implique un riesgo vital y/o secuela funcional grave para la persona y ella no esté en condiciones de recibir y comprender la información, ésta será proporcionada a su representante o a la persona a cuyo cuidado se encuentre, velando 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 encuentra 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 9º.- Toda persona tiene derecho a manifestar por escrito su voluntad de no ser informada, a menos que lo exija la protección de la vida de otra persona o que, por razones de orden sanitario, resulte necesaria la adopción de conductas y hábitos especiales por parte de ella. Podrá designar, en ese mismo acto, la o las personas que en su nombre reciban la información respectiva.

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

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

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

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

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

- a) La identificación de la persona;
- b) El período de tratamiento, y

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

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

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

Asimismo, toda persona tiene el derecho a que se le extienda un certificado que acredite su estado de salud y licencia médica si corresponde, cuando su exigencia se establezca por una disposición legal o reglamentaria, o cuando lo solicite para fines particulares. **El referido certificado debe ser emitido de preferencia por el profesional que trató al paciente que solicita el certificado.**

Párrafo 4°

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 información relativa 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 la información contenida 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 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.

Sin perjuicio de lo anterior, la información contenida en la ficha **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 su apoderado, a un tercero debidamente autorizado por escrito, y, **mediante autorización judicial o solicitud de la Superintendencia de Salud, 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 el inciso segundo del artículo 8º.

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 de garantía que corresponda. **Exhibida la autorización judicial el prestador remitirá la ficha clínica 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 los Servicios de Salud, al Instituto de Salud Pública y al Fondo Nacional de Salud, en los casos en que los datos sean necesarios para 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. En caso que las conclusiones o resultados sean divulgados, el tratamiento de la información emanada de las fichas deberá garantizar que ésta no pueda asociarse a persona determinada o determinable.

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

Las personas y los organismos a que se refieren los incisos tercero y cuarto serán responsables de mantener la confidencialidad del contenido de la ficha y de la identidad de su titular, así como también de utilizar la información que de ella emana exclusivamente para los fines requeridos.

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

Párrafo 5º

De la autonomía de las personas en su atención de salud

& 1. Del consentimiento informado

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

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

Por regla general, este proceso se efectuará en forma verbal, pero deberá constar por escrito en el caso de intervenciones quirúrgicas, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasivos y, en general, para la aplicación de procedimientos que conlleven un riesgo relevante y conocido para la salud del afectado. **En estos casos, tanto la información misma, como el hecho de su entrega, aceptación o rechazo deberá constar por escrito en la ficha clínica del paciente y referirse, al menos, a los contenidos indicados en el inciso primero del artículo 8º.** 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 caso que la falta de aplicación de los procedimientos, tratamientos o intervenciones señalados en el artículo 14, supongan un riesgo para la salud pública, de conformidad con lo dispuesto en la ley, debiendo dejarse constancia de ello en la ficha clínica de la persona.

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

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

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

Los mayores de catorce años de edad y menores de dieciocho expresarán su voluntad personalmente. 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.

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

Artículo 17.- 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. 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 que estén a su cuidado 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.

Sin perjuicio de lo anterior, 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.

Artículo 18.- La persona podrá manifestar anticipadamente su voluntad de **no** someterse a cualquier procedimiento o tratamiento vinculado a su atención de salud.

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

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

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

En esta declaración no se podrán incorporar decisiones o mandatos contrarios al ordenamiento jurídico vigente o propios del arte médico. En caso de duda, su aplicación concreta deberá ser revisada por el comité de ética del establecimiento o, en caso de no poseer uno, al que según el reglamento dispuesto en el artículo 22 le corresponda al establecimiento de salud donde ésta sea atendida, el que velará especialmente por el cumplimiento de los supuestos de hecho en ella descritos. De lo anterior, deberá dejarse constancia en la ficha clínica de la persona.

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

& 3. Normas generales aplicables

Artículo 19.- En caso que el profesional tratante tenga dudas acerca de la competencia de la persona, o estime que la decisión manifestada por ésta o sus representantes legales la expone a graves daños a su salud o a riesgo de morir, que serían evitables prudencialmente siguiendo los tratamientos indicados, deberá solicitar la opinión del comité de ética del establecimiento o, en caso de no poseer uno, al que según el reglamento dispuesto en el artículo 22 le corresponda.

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

En ambos casos, el pronunciamiento tendrá sólo el carácter de recomendación y sus integrantes no tendrán responsabilidad civil o penal respecto de lo que ocurra en definitiva. En caso 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 respectiva la revisión del caso y la adopción de las medidas que estime necesarias. Esta acción se tramitará de acuerdo con las normas del recurso establecido en el artículo 20 de la Constitución Política de la República y tendrá preferencia para su vista **y fallo**.

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**.

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

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

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

procesos y documentos vinculados al ejercicio de los derechos regulados en este párrafo.

Párrafo 6º

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

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

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

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

Párrafo 7º

De los derechos de las personas con discapacidad psíquica o intelectual

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

Las personas con discapacidad psíquica o intelectual, que se encuentren en condiciones de manifestar su voluntad **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 4º exige.

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

Artículo 27.- Sin perjuicio de lo dispuesto en los artículos 15 y 16 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 u otro de carácter irreversible, deberán contar siempre con la revisión previa de la Comisión Nacional de Protección de los Derechos de las Personas con Enfermedad Mental a que se refiere el artículo 32. En el caso de psicocirugía, esta revisión previa deberá proceder siempre.

Artículo 28.- 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 esto último posible, se tendrá en cuenta la opinión de su representante legal o, en su defecto, de su apoderado a efectos del tratamiento y en ausencia de ambos de la persona a él más vinculada por razón familiar o de hecho.

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 32 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 o revisará la legalidad e idoneidad 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/o 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 correspondiente para que ésta resuelva en definitiva, conforme al procedimiento aplicable a la acción constitucional de protección establecido en el artículo 20 de la Constitución Política de la República.

Para el ejercicio de sus funciones, las Comisiones podrán tener 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 13 de esta ley.

Artículo 29.- 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.

Las medidas de aislamiento y contención o aquellas otras que restrinjan temporalmente la comunicación o contacto con las visitas, podrán ser reclamadas a la comisión regional que corresponda, para su revisión.

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

Artículo 30.- Sin perjuicio del derecho de la persona con discapacidad psíquica o intelectual a otorgar su autorización o denegarla para ser 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 fuere 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 31.- Respecto de la participación en protocolos de investigación científica, si la persona con discapacidad psíquica o intelectual no puede expresar su voluntad, no podrá realizarse de ningún modo la investigación.

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, como 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 32 que corresponda, a fin de que esta efectúe revisión de los procedimientos en cuestión.

Artículo 32.- 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, ya 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 puedan ser vulnerados;

b) Proponer al Ministerio de Salud, a través de la Subsecretaría de Salud Pública, directrices técnicas y normativas complementarias para 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 con otros organismos públicos y privados de Derechos Humanos;

e) Efectuar revisión de reclamos sobre lo obrado por las Comisiones Regionales;

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

g) Efectuar revisión de hechos inusuales 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 supervisión de las instalaciones y procedimientos relacionados con la hospitalización y/o aplicación de tratamientos a personas con discapacidad psíquica o intelectual;

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

c) Efectuar revisión de 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 y/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;

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 deberá procurar una integración con similares características, de acuerdo a la realidad local en la respectiva Región.

El 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 para el resguardo de sus derechos. La Comisión Nacional o las Comisiones Regionales podrán informar a la Corte de Apelaciones respectiva 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 y tendrán preferencia para su vista y fallo.

Párrafo 8°

De la participación de las personas usuarias.

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

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

Asimismo, los usuarios podrán manifestar por escrito sus sugerencias y opiniones respecto de las atenciones recibidas.

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

Párrafo 9°

De los medicamentos e insumos

Artículo 34.- Los prestadores institucionales, públicos y privados, deberán mantener una base de datos actualizada y otro tipo de registros, de libre acceso para quien la solicite, 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, ya sea total o parcialmente, podrá solicitar, en cualquier oportunidad, una cuenta actualizada y detallada de los gastos de todo tipo en que se haya incurrido en su atención de salud.

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

TÍTULO III DE LOS DEBERES DE LAS PERSONAS EN SALUD

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

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

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

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

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

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

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

Artículo 39.- **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 conozca o le sean solicitados para su adecuado diagnóstico y tratamiento.

TÍTULO IV DEL CUMPLIMIENTO DE LA LEY

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

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

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

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

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

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

En el caso 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 podrá ser superior a dos meses, y el prestador no cumpliera la orden, sancionará al prestador de acuerdo con las normas establecidas en los Títulos IV y V del Capítulo VII, del Libro I del decreto con fuerza de ley N° 1, de 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. Rechazada total o parcialmente una reposición, se elevará el

expediente al Superintendente de Salud, si junto con ésta se hubiere interpuesto subsidiariamente el recurso jerárquico.

Cuando no se 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.

TÍTULO V DISPOSICIONES VARIAS

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

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

DISPOSICIÓN TRANSITORIA

Artículo transitorio.- Esta ley entrará en vigencia seis meses después de su publicación en el Diario Oficial.

Dentro de los seis meses contados desde la fecha de publicación a que se refiere el inciso anterior, el Ministerio de Salud deberá dictar los reglamentos complementarios de la presente ley."

Acordado en sesiones celebradas los días 3 y 10 de junio, 29 de julio, 5 y 12 de agosto, 2 y 30 de septiembre, y 6 de octubre, todos de 2008, con asistencia de los Honorables Senadores señores Jorge Arancibia Reyes (Presidente), Guido Girardi Lavín, Carlos Ignacio Kuschel Silva, Carlos Ominami Pascual (Jaime Naranjo Ortiz) y Mariano Ruiz-Esquide Jara.

Sala de la Comisión, a 14 de octubre de 2008.

PEDRO FADIC RUIZ
Abogado Secretario del la Comisión

RESUMEN EJECUTIVO

SEGUNDO INFORME DE LA COMISIÓN DE SALUD, RECAÍDO EN 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° 4398-11)

I. PRINCIPAL OBJETIVO DEL PROYECTO PROPUESTO POR LA COMISIÓN: Regular los derechos y deberes de las personas y su aplicación a los casos concretos que se producen en las atenciones de salud.

II. ACUERDOS:

Indicación N° 1	: Retirada.
Indicación N° 2	: Rechazada (Mayoría 3X2).
Indicación N° 3	: Rechazada (Mayoría 3X2).
Indicación N° 4	: Retirada.
Indicación N° 5	: Aprobada (Mayoría 4X1).
Indicación N° 6	: Aprobada (Unanimidad 3X0).
Indicación N° 7	: Retirada.
Indicación N° 8	: Aprobada (Unanimidad 5X0).
Indicación N° 9	: Retirada.
Indicación N° 10	: Retirada.
Indicación N° 11	: Retirada.
Indicación N° 12	: Inadmisible.
Indicación N° 13	: Rechazada (Mayoría 3X2).
Indicación N° 14	: Aprobada (Unanimidad 5X0).
Indicación N° 15	: Rechazada (Unanimidad 5X0).
Indicación N° 16	: Retirada.
Indicación N° 17	: Retirada.
Indicación N° 18	: Retirada.
Indicación N° 19	: Rechazada (Mayoría 3X2).
Indicación N° 20	: Retirada.
Indicación N° 21	: Rechazada (Mayoría 3X2).
Indicación N° 22	: Retirada.
Indicación N° 23	: Aprobada (Unanimidad 5X0).
Indicación N° 24	: Retirada.

Indicación N° 25	: Retirada.
Indicación N° 26	: Retirada.
Indicación N° 27	: Retirada.
Indicación N° 28	: Inadmisible.
Indicación N° 29	: Aprobada con modificaciones (Unanimidad 5X0).
Indicación N° 30	: Aprobada con modificaciones (Unanimidad 5X0).
Indicación N° 31	: Rechazada (Unanimidad 5X0).
Indicación N° 32	: Rechazada (Unanimidad 4X0).
Indicación N° 32A	: Retirada.
Indicación N° 33	: Aprobada (Unanimidad 5X0).
Indicación N° 33A	: Aprobada (Unanimidad 5X0).
Indicación N° 33B	: Retirada.
Indicación N° 33C	: Aprobada (Unanimidad 5X0).
Indicación N° 33D	: Retirada.
Indicación N° 34	: Rechazada (Unanimidad 5X0).
Indicación N° 35	: Retirada.
Indicación N° 36	: Retirada.
Indicación N° 37	: Retirada.
Indicación N° 38	: Aprobada con modificaciones (Unanimidad 4X0).
Indicación N° 39	: Retirada.
Indicación N° 40	: Aprobada (Unanimidad 4X0).
Indicación N° 41	: Rechazada (Mayoría 3X2).
Indicación N° 42	: Rechazada (Mayoría 3X2).
Indicación N° 43	: Rechazada (Mayoría 3X2).
Indicación N° 44	: Rechazada (Unanimidad 3X0).
Indicación N° 45	: Rechazada (Unanimidad 3X0).
Indicación N° 46	: Rechazada (Unanimidad 3X0).
Indicación N° 47	: Rechazada (Unanimidad 3X0).
Indicación N° 48	: Rechazada (Unanimidad 3X0).
Indicación N° 49	: Rechazada (Unanimidad 3X0).
Indicación N° 50	: Rechazada (Unanimidad 4X0).
Indicación N° 51	: Retirada.
Indicación N° 52	: Aprobada (Unanimidad 4X0).
Indicación N° 53	: Aprobada (Unanimidad 4X0).
Indicación N° 54	: Retirada.

Indicación N° 55	: Retirada.
Indicación N° 56	: Retirada.
Indicación N° 57	: Aprobada con modificaciones (Unanimidad 4X0).
Indicación N° 58	: Rechazada (Doble empate).
Indicación N° 59	: Retirada.
Indicación N° 60	: Rechazada (Unanimidad 3X0).
Indicación N° 61	: Aprobada (Unanimidad 3X0).
Indicación N° 62	: Rechazada (Unanimidad 3X0).
Indicación N° 63	: Rechazada (Unanimidad 3X0).
Indicación N° 64	: Aprobada (Unanimidad 3X0).
Indicación N° 65	: Aprobada (Unanimidad 3X0).
Indicación N° 66	: Aprobada (Unanimidad 3X0).
Indicación N° 67	: Aprobada con modificaciones (Unanimidad 3X0).
Indicación N° 68	: Rechazada (Unanimidad 3X0).
Indicación N° 69	: Aprobada con modificaciones (Unanimidad 3X0).
Indicación N° 70	: Aprobada (Unanimidad 3X0).
Indicación N° 71	: Rechazada (Unanimidad 3X0).
Indicación N° 72	: Aprobada (Unanimidad 3X0).
Indicación N° 73	: Aprobada (Unanimidad 3X0).
Indicación N° 74	: Aprobada (Unanimidad 3X0).
Indicación N° 75	: Rechazada (Unanimidad 3X0).
Indicación N° 76	: Aprobada (Unanimidad 3X0).
Indicación N° 77	: Rechazada (Unanimidad 3X0).
Indicación N° 78	: Rechazada (Unanimidad 3X0).
Indicación N° 79	: Aprobada (Unanimidad 3X0).
Indicación N° 80	: Aprobada con modificaciones (Unanimidad 3X0).
Indicación N° 81	: Rechazada (Unanimidad 3X0).
Indicación N° 82	: Rechazada (Unanimidad 3X0).
Indicación N° 83	: Rechazada (Unanimidad 3X0).
Indicación N° 84	: Rechazada (Unanimidad 3X0).
Indicación N° 85	: Aprobada (Unanimidad 3X0).
Indicación N° 86	: Rechazada (Unanimidad 3X0).
Indicación N° 87	: Aprobada con modificaciones (Unanimidad 3X0).
Indicación N° 88	: Rechazada (Unanimidad 3X0).
Indicación N° 89	: Aprobada (Unanimidad 3X0).

Indicación N° 90	: Rechazada (Unanimidad 3X0).
Indicación N° 91	: Aprobada con modificaciones (Unanimidad 3X0).
Indicación N° 92	: Aprobada con modificaciones (Unanimidad 3X0).
Indicación N° 93	: Aprobada con modificaciones (Unanimidad 3X0).
Indicación N° 94	: Rechazada (Unanimidad 3X0).
Indicación N° 95	: Aprobada con modificaciones (Unanimidad 3X0).
Indicación N° 96	: Aprobada (Unanimidad 3X0).
Indicación N° 97	: Aprobada con modificaciones (Unanimidad 3X0).
Indicación N° 98	: Rechazada (Unanimidad 3X0).
Indicación N° 99	: Rechazada (Unanimidad 3X0).
Indicación N° 100	: Aprobada con modificaciones (Unanimidad 3X0).
Indicación N° 101	: Aprobada (Unanimidad 3X0).

III. ESTRUCTURA DEL PROYECTO APROBADO POR LA COMISIÓN: 43 artículos permanentes y un artículo transitorio.

IV. NORMAS DE QUÓRUM ESPECIAL: Las siguientes normas tienen el rango de orgánicas constitucionales: el inciso tercero del artículo 13; el inciso cuarto del artículo 19; los incisos tercero y cuarto del artículo 28; el inciso tercero del artículo 31; la letra d) del inciso primero y el inciso cuarto del artículo 32, en virtud del artículo 77 de la Constitución Política de la República, en relación con el artículo 66 del mismo cuerpo normativo; y los incisos quinto, sexto y séptimo del artículo 41, en virtud del artículo 38 de la Constitución Política de la República, en relación con el artículo 66 de la misma.

V. URGENCIA: Simple urgencia.

VI. ORIGEN: Mensaje de Su Excelencia la presidenta de la República.

VII. TRÁMITE CONSTITUCIONAL: Segundo trámite constitucional.

VIII. TRAMITACIÓN EN EL SENADO: Inició su tramitación en el Senado con fecha 15 de enero de 2008, pasando a la Comisión de Salud. Con fecha 01 de abril de 2008, es aprobado en general en la Sala del Senado, fijando como plazo para presentar indicaciones el día 28 de abril a las 12:00 horas. Con fecha 10 de junio de 2008 la Sala, previo acuerdo de los Comités, fija un nuevo plazo para presentar indicaciones hasta las 12:00 horas del día lunes 30 de junio del presente.

IX. TRÁMITE REGLAMENTARIO: Segundo informe.

X. LEYES QUE SE MODIFICAN O QUE SE RELACIONAN CON LA MATERIA:

- Artículo 19 Nº 9 de la Constitución Política de la República, que establece el derecho a la protección de la salud.

Valparaíso, 14 de octubre de 2008.

PEDRO FADIC RUIZ
Abogado Secretario de la Comisión

