

INFORME DE LA COMISIÓN DE SALUD RECAIDO EN EL PROYECTO DE LEY SOBRE DERECHOS Y DEBERES DE LAS PERSONAS EN MATERIA DE SALUD.

Honorable Cámara:

Vuestra Comisión de Salud para a informaros sobre el proyecto de ley, iniciado en un mensaje de S. E. el Presidente de la República, sobre derechos y deberes de las personas en materia de salud.

I. CONSTANCIAS.

Se hace presente que está iniciativa tiene urgencia con calificación de "simple" cuyo plazo vence el 19 diciembre de 2002.

En cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 287 del Reglamento de la Corporación, se establecen las siguientes constancias:

a) Normas de carácter orgánico constitucional o de quórum calificado:

La Comisión, por la unanimidad de los Diputados presentes acordó que no existen disposiciones de tales características.

b) Normas que deben ser conocidas por la Comisión de Hacienda:

La Comisión, por asentimiento unánime acordó que este proyecto no contiene disposiciones que requieran de ese trámite.

II. ANTECEDENTES.

El mensaje señala que la Constitución establece que es deber preferente de los órganos del Estado y del Gobierno respetar y promover el derecho a la protección de la salud. En este contexto, resulta indispensable en materia de salud establecer y regular los derechos de las personas, tales como el derecho a la información, a un trato digno, a la privacidad, al libre acceso a las acciones de salud y al consentimiento informado, todo ello acorde con la tendencia actual en la materia.

En nuestra legislación no existe "catálogo" o "carta" que dé cuenta en forma expresa de los derechos específicos de las personas cuando solicitan atención o ingresan en carácter de pacientes a las instituciones públicas o privadas de salud y que regule la relación entre las personas y los prestadores de salud.

Por ello, el Ejecutivo ha considerado necesario no sólo avanzar en la definición de los derechos específicos que les asisten a las personas frente al trato y tratamiento prodigado por las referidas instituciones, sino que, además, armonizarlos con las disposiciones de los reglamentos internos de cada prestador de salud.

A. III. MINUTA SOBRE LAS IDEAS MATRICES O FUNDAMENTALES Y OBJETIVOS DEL PROYECTO.

La iniciativa aspira a regular los derechos y deberes de las personas en la relación persona-prestador de salud, tanto en lo que dice relación con el acceso a la atención de salud como en el otorgamiento de las

prestaciones requeridas. En concreto, regula en forma expresa derechos fundamentales, como la información, el consentimiento informado, el libre acceso a las acciones de salud la privacidad y el trato digno.

Esta normativa será aplicable a todos los prestadores, sean estos públicos o privados. Su limitación sólo estará dada por la realidad y características propias de los servicios públicos, de los prestadores adscritos al Sistema Nacional de Servicios de Salud o a otros regímenes de salud previstos en la legislación, o privados.

El mensaje hace hincapié en que estas normas otorgarán a los usuarios de los organismos prestadores de salud un instrumento de conocimiento de los derechos que les asisten y de los deberes que sobre ellos recaen en la relación que inicien con los referidos prestadores. Todo ello redundará en un mejoramiento general de las acciones y prestaciones por parte de los organismos que las otorgan y en una mejor y más informada utilización de los mismos por parte de los usuarios.

B. IV. PERSONAS ESCUCHADAS POR LA COMISIÓN.

Concurrieron a vuestra Comisión la ex Ministra de Salud, doctora Michelle Bachelet; el Ministro de Salud, doctor Osvaldo Artaza; el Subdirector del hospital Roberto del Río y asesor del Ministerio de Salud, doctor Francisco Olivari; el Presidente del Colegio Médico de Chile A.G., doctor Juan Luis Castro; el Prosecretario doctor Ramón Osses; el asesor jurídico señor Enrique Díaz, el Director de la Asistencia Pública de Santiago, doctor Leonardo Ristori; el Director del hospital San Juan de Dios, doctor Rafael Rondanelli; el Director del Centro Referencial de Salud Salvador Allende, doctor Máximo Olavarría; el Presidente de la Asociación de Clínicas y Prestadores Privados de Salud, Máximo Silva; la Gerente de la institución, señora Ana María Albornoz, y el Presidente del Consejo Médico doctor Jaime Mañadich.

La doctora **Michelle Bachelet** (ex Ministra de Salud) expresó que, para el Ejecutivo, el proyecto constituye el primer paso en el proceso de la reforma de la salud, por cuanto permite dar una señal en cuanto a que las personas constituirán el centro de la reforma más allá de las decisiones que se adopten respecto del tipo de reforma que en definitiva se adopte.

Informó que se optó por legislar respecto de los derechos de las personas en materia de salud en consideración al hecho de que existen innumerables recomendaciones, compromisos y declaraciones de distintos organismos internacionales, como Naciones Unidas, la Organización Mundial de la Salud, la Organización Panamericana de la Salud, etc. Además, existe el Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas, así como la Convención de Derechos de la Mujer y otros, que instan a las naciones a avanzar en la protección de los derechos de las personas, especialmente en lo relacionado con la salud.

Destacó que, en nuestro país, este proceso se inició en el Gobierno anterior con la Carta de los Derechos de los Pacientes, firmado entre el Ministerio de Salud y el Fondo Nacional de Salud en 1998. En dicho documento se establecen una serie de criterios en base a los cuales se acreditan los establecimientos de salud en forma voluntaria. Asimismo, señaló que, durante la campaña presidencial del actual Presidente de la República, se suscribió el compromiso sobre la Carta Ciudadana de Derechos y Deberes, en la cual se incluyen, obviamente, los de los pacientes.

Hizo presente que existen en nuestro país una serie de disposiciones legales y reglamentarias que, en cierta forma, regulan esta materia y contemplan instancias de apelación para el caso en que algunas personas deseen

reclamar. En todo caso, existe un conjunto de temas que no tienen una legislación o procedimiento específico que otorgue a las personas la instancia para reclamar.

Añadió que, desde el año 1990, la Organización Mundial de la Salud inició una campaña, a nivel de los gobiernos para instarlos a la promulgación de cuerpos legales referidos a los derechos en materia de salud. El primer país que promulgó una ley sobre este tema ha sido Finlandia en el año 1992. En Europa, actualmente existen alrededor de una decena de países con legislación y políticas explícitas sobre los derechos de las personas en salud y derechos del paciente. Por su parte, en América Latina, Ecuador dictó hace algún tiempo una ley sobre la materia y Argentina se encuentra a punto de hacerlo, faltando, a la fecha, sólo la ratificación del Senado.

En las legislaciones vigentes en el ámbito internacional, se hace hincapié en el derecho a la información, a la privacidad, a recibir atención y, en menor medida, a la integridad física, a la libertad de elección o al derecho de reclamar.

El Gobierno chileno ha considerado que esta materia es importante y, sobre todo, que los derechos constituyen algo básico y fundamental como eje de la reforma de salud, por lo que ha optado por enviar este proyecto de ley sobre la materia.

Informó que en la elaboración de este proyecto han participado no sólo los especialistas del Ministerio, sino también los prestadores de salud, usuarios y gremios de la salud. Asimismo, se realizó un seminario nacional y otro internacional sobre la materia, en que los participantes dieron a conocer su experiencia sobre el tema.

En términos generales, el proyecto es aplicable a cualquier prestador de salud teniendo presente en cada caso las normas de cada sistema, es decir, el sistema privado o el público. El Estado chileno tiene la obligación, con todos los ciudadanos, de garantizar la calidad de la atención. Uno de los elementos importantes de ella es la calidad técnica y, más importante aun, la humana, los derechos, el trato a las personas y su dignidad.

Acotó que no se trata de garantizar el tratamiento de todo tipo de patologías, sino que nadie puede ser discriminado en cuanto a su acceso a los prestadores de salud.

El otro gran tema que aborda el proyecto es el derecho al trato digno y a una actitud amable o respetuosa por parte de los profesionales de la salud, lo cual pasa por el uso de un lenguaje adecuado y comprensible y por el derecho a la privacidad, por evitar publicidad, etc.

Enfatizó que de esta manera se permitirá avanzar en la promoción y prevención de la salud y ser corresponsable de la salud, ya que no se puede pedir a los individuos que sean sujetos de su propia salud si, paralelamente, no se les dota de la información pertinente. Otro de los temas que regula el proyecto dice relación con la confidencialidad, esto es, con que exista una reserva de la información contenida en la ficha clínica. También se legisla sobre el consentimiento informado.

Lo relacionado con el consentimiento informado ha sido ampliamente debatido en nuestra sociedad e incluso en el Parlamento, a propósito del VIH-SIDA y del trasplante de órganos. En general, se le ha informado que en el sistema privado existe, pero tiene la casi absoluta seguridad que en el sistema público, si existe, es algo muy excepcional.

Lo que se pretende con estas normas es que el paciente o sus familiares adopten una decisión con todos los antecedentes que el caso requiere. Esta situación puede darse en los casos que no sean urgencias, sino más en las llamadas cirugías electivas. Este punto ha sido el más resistido por parte del gremio médico, por cuanto consideran que ello puede dar origen a

innumerables querellas; pero dicha situación está sucediendo actualmente sin que exista una norma legal.

Precisa que la limitación de estos derechos estará dada por la circunstancia de si se está o no frente a una emergencia, caso en el cual es imposible que se aplique.

Otro tema, que es bastante delicado y que aborda el proyecto, dice relación con lo que los cristianos llaman “el buen morir”. Sobre esta materia se ha conversado con representantes de la Iglesia Católica, ya que muchas veces los médicos, en su afán de resolver los problemas de salud, han dejado de lado el hecho de que, a veces, es más digno un buen morir que una lucha permanente hasta lo indigno por sobrevivir. En este sentido se plantea esta materia, que no tiene ninguna relación con la eutanasia.

Expresa que en las clínicas privadas es factible que un paciente con una enfermedad terminal opte por no recibir un tratamiento, pero no sucede lo mismo en el sector público donde la única posibilidad de que una persona no reciba un determinado tratamiento es que, bajo su propia responsabilidad, pida el alta. Es decir, si a un paciente le pasa algo, él es el responsable. El proyecto señala que, tratándose de pacientes terminales, se pueda optar por no seguir recibiendo un determinado tratamiento, previo cumplimiento de determinados requisitos.

Lo que se está señalando es que la persona pueda optar por no recibir más tratamientos relacionados con una eventual solución a su problema de salud, pero ello no implica que se puedan dar otros para ayudarle a superar una crisis, como, por ejemplo, detener una hemorragia o darle medicamentos para aliviar el dolor.

Además, el proyecto contempla deberes de los pacientes que dicen relación con el deber de informarse, de solicitar atención, de colaborar y, en definitiva, de ser más proactivo en todo lo relacionado con la salud y, obviamente, en cumplir las prescripciones médicas.

Terminó señalando que, en general, este proyecto tiene amplio consenso y que es necesario establecerlo. La ciudadanía percibe falta de protección frente a un problema médico y ante el trato que recibe. Concordó en que, si bien no son las leyes las que cambian las conductas de los individuos, está convencida de que en un país como el nuestro la ley tiene un peso muy importante y constituye un incentivo. Pero, además, consideró que se debe hacer una campaña instando a que se otorgue un trato más amable y más digno.

El doctor **Francisco Olivarí** (Subdirector del hospital Roberto del Río y asesor del Departamento de Estudios del Ministerio de Salud) expresó que en su hospital se han puesto en práctica varias de las medidas que contempla el proyecto, con buenos resultados y sin que hayan existido conflictos. El hecho de que una persona porte una identificación con su nombre y cargo no cree que sea causa de conflictos, sino que ellos se producen precisamente por la falta de información respecto del personal que atiende a una persona.

El programa de salud amable que se ha puesto en marcha permitirá mejorar el problema de la falta de información. Como ejemplo, cita la duda que le asiste al familiar de un menor respecto de la calidad profesional del funcionario o profesional que le está prestando atención. Consideró que muchas de estas medidas no requieren de mayores recursos, sino que un poco de voluntad del personal del sector salud.

El doctor **Juan Luis Castro** (Presidente del Colegio Médico de Chile A.G.) agradeció la invitación de la Comisión e hizo presente que la opinión del Colegio consta en un documento titulado “Observaciones preliminares al proyecto de ley sobre los derechos y deberes de las personas en salud”.

En relación con el proyecto, lamentó que éste no sea estudiado en relación con el número 9 del artículo 19 de la Constitución, a fin de establecer el derecho a la salud de todas las personas, a fin de que éstas pudieran, efectivamente, acceder a las prestaciones de salud. Actualmente, la Constitución sólo garantiza la ejecución de las acciones de salud que se presten por las instituciones públicas y privadas, en la forma y condiciones que las leyes las autoricen.

Agregó que, para la gente, cuando se habla de un proyecto que garantiza los derechos de los pacientes, entiende que lo que se está haciendo es garantizar, por parte del Estado, el derecho al acceso a la atención de salud.

Asimismo, señaló que hubiera deseado que se estuviera tramitando una modificación de la ley de Isapres, ya que existe una serie de abusos que requieren la existencia de un diálogo social de fondo y las consiguientes modificaciones del sistema.

No obstante lo anterior, apoya la iniciativa en estudio, por cuanto considera que se debe avanzar en el tema de garantías, ya que el estado de indefensión de muchas personas, tanto en el sector público como en el privado, hace que se sientan menoscabadas, perjudicadas, sin la dignidad propia de su calidad de personas con derechos y deberes que puedan ejercer y que alguien se los garantice. Es una tendencia de los nuevos tiempos que debe estar consagrada en la legislación nacional.

Sobre el proyecto propiamente tal, expresó que le preocupa el estatus jurídico de la ley, ya que la iniciativa en estudio, en sus primeras disposiciones, condiciona los derechos y deberes de las personas a las restricciones o limitaciones propias de los sistemas de salud de los cuales se es beneficiario, es decir, de Fonasa o Isapres.

Acotó que había entendido que esta ley tenía una determinada jerarquía, que la ponía por sobre los sistemas de salud que cada individuo pueda tener, ya que contiene derechos garantizables universalmente. Pero del texto se puede constatar que ello no es así.

Los derechos de las personas a la salud se encuentran extremadamente limitados. Se conceden por los organismos con los recursos profesionales, técnicos y administrativos de que dispongan los establecimientos, los que, como es de conocimiento de todos, son insuficientes, insatisfactorios e inequitativos.

En lo que dice relación con el derecho a la libertad de elección, en el sistema público que está garantizado en la ley N° 18.469, que regula el ejercicio del derecho constitucional a la protección de la salud y crea un régimen de prestaciones de salud, es letra muerta, puesto que las personas pueden acceder a determinado establecimiento de salud en la medida en que viven en el territorio de la jurisdicción del mismo.

Por otra parte, el artículo 3° del proyecto define, para efectos de esta ley, lo que debe entenderse por “prestador” y miembro del equipo de salud. En la definición de prestador no se incluye y, por tanto, no se regula la relación entre las personas y el asegurador, sea éste el Fonasa o la Isapre, u otros en el caso de los sistemas cerrados de atención.

Es decir, el proyecto aparece claramente regulando una relación fundamental entre el prestador y el paciente. Todas las dificultades que tienen las personas con el mundo asegurador, que les impiden ejercer derechos y deberes, no aparecen dentro del ámbito de aplicación de esta iniciativa. Cree que esta falencia debe ser abordada por el proyecto, ya que son de todos conocidos los problemas que tienen los afiliados a Isapres, por ejemplo, que no quedarán incluidos en este proyecto, ya que se considera al asegurador como un actor

distinto y ajeno a la regulación de esta ley, por cuanto la definición de prestador no los considera.

Además, en lo que dice relación con la definición de prestador, cree que éste debe estar referido, esencialmente, a la relación del paciente con la institución que otorga la prestación más que con las atenciones médicas personales, puesto que la naturaleza de ambas es distinta.

En relación con la definición del “equipo de salud”, que incluye a todos los individuos que tengan participación en el quehacer de salud, lo considera excesivamente amplio y sin límites. Sobre el tema, estima que se debe precisar el concepto, ya que las responsabilidades legales de cada uno de los integrantes de este equipo de salud son distintas.

Respecto de los derechos de las personas en salud, actualmente están limitados a los que contempla la ley vigente, como el artículo 11 de la ley N° 18.469, que establece que estos derechos serán concedidos por los organismos a través de sus establecimientos, con los recursos físicos y humanos de que dispongan. Esta disposición es clave, igual que el artículo 2° del proyecto, ya que, en definitiva, el cumplimiento de los derechos queda supeditado a los recursos disponibles, por lo que bastará que un establecimiento declare que no tiene recursos para que no cumpla con esta ley.

Por ello, estima que esta norma debe ser modificada, ya que no puede quedar establecido que las carencias sean la excusa para impedir la garantía de los derechos que todas las personas requieren en materia de salud.

Hizo presente que, actualmente, los Servicios de Salud tienen innumerables demandas por negligencias, falta de atención y otras causas, por un monto cercano a los 32.000 millones de pesos, las cuales, una vez que entre en vigencia esta ley, pueden aumentar considerablemente.

En el caso de las Isapres, también existe condicionamiento de la atención de salud en razón de las restricciones introducidas en los contratos y en los planes de salud. Es decir, explícitamente están consagradas en los planes de salud restricciones, carencias o limitaciones que impiden ejercer toda la naturaleza del beneficio que la gente espera.

Finalmente, señaló que, si bien comparte los objetivos del proyecto, cree que debe ser perfeccionado, a fin de que los derechos sean reales y no meras declaraciones de principios, ya que las expectativas de los usuarios son muchas y, para que estas garantías se hagan realidad, se requiere de mayores recursos.

En definitiva, postula que, para dar satisfacción plena a los usuarios, se debe concretar la reforma de la Constitución, para garantizar el acceso a la salud a todos los chilenos, y se deben asignar mayores recursos para cubrir los accesos que no están resguardados, así como la falta de servicios que existe en muchos lugares del país.

V. DISCUSIÓN Y VOTACIÓN EN GENERAL.

En la discusión general, se consideró que el proyecto consagra un aspecto de los derechos del paciente, pero estos, sin otras iniciativas, no se podrán materializar, por lo que se hizo presente que el proyecto aborda solo un aspecto de esos derechos. El sistema Auge es el que, por primera vez, establece garantías que hacen que los derechos sean exigibles, por lo que este proyecto y la iniciativa sobre garantías explícitas son complementarios.

Sin embargo, se cree que el proyecto sobre derechos y deberes de los pacientes debe ser considerado como parte de una reforma más amplia, que incluya una reforma de la Constitución Política que establezca claramente el derecho al acceso a la salud en forma específica y no sólo en forma general, como lo contempla actualmente. En todo caso, se consideró que la

iniciativa en estudio fortalecerá los derechos de las personas en cuanto a libre acceso y oportunidad de la atención.

Por otra parte, se acotó que, siendo este proyecto la primera iniciativa de la reforma de salud que abarca otras materias además de los derechos y deberes de los pacientes, los fundamentos y objetivos de la misma son de gran importancia.

Sin embargo, se hizo presente que la única objeción de fondo dice relación con el establecimiento de un conjunto de derechos sin que exista claridad respecto de la reforma propiamente tal, especialmente en lo relacionado con la aprobación de las distintas iniciativas legales, ya que ello podría generar expectativas sin contar con los recursos, disposición ni organización del sistema para proporcionar las prestaciones en las condiciones y oportunidad que señala la iniciativa en estudio.

No obstante lo anterior, se estimó que existe claridad en cuanto a que el proyecto sobre derechos y deberes de las personas en salud es parte integrante de una reforma de salud que involucrará recursos y modificaciones propias del sistema de atención de salud, por lo que es pertinente aprobar la idea de legislar.

En el debate, se destacó también que el proyecto responde a la necesidad del Gobierno de dar inicio en esta oportunidad a la reforma de la salud. Por ello, se pensó que esta iniciativa podría ser la primera de este proceso, aun cuando se opinó que este proyecto perfectamente podría haber sido el último de la reforma, ya que lo que pretende precisamente es garantizar los derechos que plantea el plan AUGE, que es de donde surge la posibilidad de establecer derechos y deberes de los pacientes puesto que es difícil pensar en consagrar derechos si no existe regulación en cuanto a la autoridad sanitaria ante la cual se podrá reclamar cuando no se cumpla con los derechos garantizados, especialmente en lo relacionado con las atenciones proporcionadas por el sector público.

En definitiva, se consideró que esta iniciativa por sí sola no tiene ningún sentido porque muchos de los derechos que pretende consagrar no habría cómo exigirlos en caso de ser vulnerados. En todo caso, se manifestó que es una iniciativa positiva, por cuanto, por primera vez, plantea, como objetivo central de la reforma, el beneficio de las personas en cuanto a derechos. Pero también adolece de falencias en cuanto a la forma de controlar la relación médico-paciente.

Asimismo, se estimó que, en caso de que se apruebe la idea de legislar, muchas de las normas propuestas deberán ser objeto de modificaciones para evitar que se susciten problemas, como, por ejemplo, el hecho de que los establecimientos privados no reciban a determinadas personas que no puedan pagar la atención, en razón de que se prohíba discriminar arbitrariamente en razón de la condición socioeconómica de las personas.

Finalmente, no obstante lo anterior, se consideró que uno de los grandes objetivos de la iniciativa en estudio es proteger los derechos de las personas beneficiarias del sistema público de salud, ya que estos son los que están realmente desprotegidas y, especialmente, las que carecen de recursos, ya que no disponen de instancias de reclamo, como sucede, por ejemplo, con los afiliados a las Isapres, que pueden recurrir a la Superintendencia de Isapres.

Cerrado el debate y puesto en votación en general el proyecto, **fue aprobado por la unanimidad** de los Diputados presentes.

VI. DISCUSION PARTICULAR.

Vuestra Comisión deja constancia de que en el debate de la discusión particular, se tomó como base el texto de la indicación sustitutiva del

Ejecutivo actualizado de conformidad a las normas aprobadas de los siguientes proyectos de ley:

1. El que modifica el decreto ley N° 2.763, de 1979, con la finalidad de establecer una nueva concepción de la autoridad sanitaria, distintas modalidades de gestión y fortalecer la participación ciudadana. Boletín 2980-11. (En segundo trámite constitucional en el H. Senado;

2. Proyecto que establece un régimen de garantías en salud Boletín 2947-11. (En estado de tabla para la H. Cámara, en primer trámite reglamentario);

3. El que modifica la ley N° 18.933, sobre Instituciones de Salud Previsional. Boletín 2981. (Primer trámite reglamentario, en estado de tabla), y

4. Proyecto que establece financiamiento del gasto fiscal representado por el plan Auge y Chile Solidario. Boletín 2982-11. (Primer trámite reglamentario, pendiente en comisiones unidas de Hacienda y Salud).

El doctor **Oswaldo Artaza** (Ministro de Salud) hizo presente que la indicación sustitutiva tiene por objeto concordar este proyecto con las otras iniciativas que conforman la Reforma de Salud y que se encuentran en distintas etapas de tramitación en el Congreso Nacional.

Recordó que el proyecto en estudio fue ingresado a tramitación en el mes de junio de 2001, cuando aún no se habían elaborado las otras iniciativas.

Hizo presente que se encuentra pendiente una indicación que dice relación con un compromiso de gran relevancia asumido para el futuro de la salud en Chile y que está relacionada con la institucionalidad para la resolución de controversias en materia de salud. Esto está en estudio y la indicación será ingresada, probablemente, en el segundo trámite reglamentario.

Agregó que el proyecto de ley sobre derechos y deberes de las personas en salud, enviado como primer paso de la anunciada Reforma a la Salud en el año 2001, desató grandes discusiones en todos los ámbitos de la sociedad. Abogados, jueces, médicos y las distintas agrupaciones y asociaciones vieron en esta iniciativa una oportunidad de discutir sobre temas que antes parecían reservados sólo a expertos. Hablar sobre derechos de los pacientes se hizo algo común en las universidades, así como la consagración legal del consentimiento informado atrajo el interés de académicos, profesionales y religiosos, la regulación de la muerte digna enriqueció el debate sobre la muerte, los límites de la medicina y el ensañamiento con la dignidad humana.

Dentro de este proceso general, el Ministerio de Salud convocó a diversos especialistas de la medicina, de la justicia y de la religión para debatir sobre la iniciativa, manteniendo siempre la disposición para recibir comentarios y sugerencias.

Con la distancia que el tiempo permite y tras la enorme cantidad de aportes y sugerencias recibidos, se consideró que en el proyecto de ley efectivamente existen normas que pueden y deben ser corregidas, lo cual se hace mediante la indicación sustitutiva.

Encabezan el proyecto las normas que configuran el ámbito de aplicación de la ley. Las indicaciones buscan delimitarlo de mejor manera, evitando la concurrencia de normas que pudieran crear un conflicto jurídico. Así es como se busca que este catálogo de derechos de las personas en salud sea aplicado, precisamente, a todas las personas, sin distinciones y sin importar el régimen previsional al que se encuentren afiliadas o adscritas. Estos derechos corresponden, temporalmente hablando, al período de otorgamiento de las

prestaciones de salud, es decir, desde que la persona ingresa al sistema de atención de salud, sea éste público o privado, hasta que lo abandona.

Asimismo, para delimitar el ámbito de aplicación de la ley, se define genéricamente al sujeto obligado a respetar los derechos consagrados esto es el "prestador", distinguiendo dos categorías: "prestador institucional" y "prestador individual". Ambas definiciones engloban los conceptos de "prestador de salud" y "miembro de equipo de salud" que contemplaba el proyecto original. Además, se suprime la definición de persona, pues en nada aporta a la establecida en el Código Civil.

En el Título II, el párrafo 1º, del Acceso a las Acciones de Salud, teniendo presente la necesidad de que exista la necesaria concordancia con los otros proyectos de ley enviados a tramitación, así como con la normativa vigente sobre acceso a la salud, ha sido eliminado, pues las normas que involucran garantías, requisitos y formas de acceso a la atención de salud están contenidas, fundamentalmente, en las leyes N° 18.469 y N° 18.933, como, asimismo, las garantías relativas al acceso que la Reforma traerá a las personas que están consideradas en el proyecto de ley que crea el Régimen de Garantías en Salud.

Informó que el artículo segundo de este párrafo, por su importancia y por estar relacionado directamente con el otorgamiento de acciones de salud, fue trasladado a las disposiciones preliminares, pues se ha considerado que constituye un elemento esencial de toda la normativa propuesta, ya que se refiere al derecho a recibir atenciones de salud sin ningún tipo de discriminación arbitraria. Por la misma razón, el inciso relativo a la atención de personas discapacitadas ha sido reformulado, a fin de que sea concordante con las modificaciones que se proponen.

En relación con las normas contempladas en el párrafo que establece el derecho a un trato digno, la indicación persigue que todos los prestadores, individuales o institucionales, dentro de la órbita de sus respectivas actuaciones, respeten este derecho, tal como lo establecía el proyecto original. Ello involucra o se manifiesta de diferentes maneras, partiendo por la utilización de un lenguaje adecuado y comprensible, incluyendo la especial situación que pueden enfrentar los extranjeros, los indígenas y otras personas que por determinadas circunstancias no puedan comunicarse fluidamente. Para lograr este objetivo, se permite la asistencia de un intérprete que facilite la comunicación con el médico, a fin de que la persona pueda comprender tanto las indicaciones de éste como las demás normativas que regulen su actividad mientras esté dentro de un establecimiento asistencial.

También se exige a los prestadores adoptar las medidas y respetar efectivamente la privacidad de las personas atendidas. Es del caso destacar que se elimina la mención al pudor que contenía el proyecto original, por ser éste un elemento subjetivo y considerar que está incluido en el concepto de la privacidad. En lo que dice relación con las filmaciones o las entrevistas, se busca aclarar y precisar la norma original.

Finalmente, se incluye un inciso final, que se refiere a la situación de los establecimientos docentes asistenciales, dado que la educación de los futuros profesionales de la medicina requiere de un período de internado; pero es necesario que las personas sepan que esta característica especial de los establecimientos puede implicar que estudiantes acompañen al médico tratante en alguno de los procedimientos médicos.

Sobre el párrafo que consagra el derecho a tener compañía y asistencia espiritual, se plantean dos modificaciones. La primera establece una remisión a reglamentos internos de los establecimientos. Con ello, se pretende que los prestadores institucionales se preocupen de reglamentar esta materia. La segunda, y más importante, apunta a regular expresamente la situación de los pueblos originarios. Esta modificación, que está, además, directamente

relacionada con el derecho al trato digno, demuestra una opción de la sociedad chilena por respetar y valorar la diversidad étnica, con lo cual se busca derrumbar mitos y prejuicios. Por ello, se consagra el derecho de que las personas que así lo deseen puedan ser visitadas por su "machi" o "yatiri". Esta indicación está en perfecta armonía con los acuerdos internacionales relativos a la preservación y protección de los pueblos indígenas u originarios.

Con relación al párrafo que establece el derecho a formular consultas y reclamos, su artículo único es trasladado al Título Final del proyecto, que se refiere al cumplimiento de la ley. Allí se contempla el derecho a efectuar consultas y reclamos que, en una primera instancia estará radicado en el mismo establecimiento, a través de oficinas de recepción y solución de reclamos que deberán existir en cada uno de los hospitales o consultorios.

Respecto del párrafo que contempla el derecho a la información, el primer artículo no sufre mayores modificaciones, salvo su letra c), en la que se vuelve a introducir una alusión al reglamento interno que los establecimientos deberán tener.

Además, en este mismo artículo se agrega un inciso final que obliga a todos los establecimientos a colocar en un lugar público y visible la carta de derechos de los pacientes, con la indicación de aquellos garantizados por esta ley a todas las personas y que digan relación con su atención de salud.

El artículo siguiente acoge la moción parlamentaria, agregando el derecho a conocer la identidad de los profesionales y paramédicos que atienden a la persona y el derecho a conocer al profesional encargado de su tratamiento.

El artículo 9°, base del consentimiento informado, ha sufrido modificaciones que buscan especificar su normativa con miras a un mejor funcionamiento del derecho a decidir sobre la salud propia. Se fortalece el derecho a la información, también el privilegio terapéutico, en virtud del cual el médico puede decidir no informar de manera completa a la persona, pero no lo autoriza para no informar a nadie, pues si decidiera mantener al propio paciente sin información completa, debe, al menos, informar a los familiares. Es decir, se permite a la persona decidir no ser informada. Pero, como dicha decisión puede tener muchas consecuencias e implica una renuncia a un derecho, este hecho debe constar por escrito y en un documento especial. Se hace presente que, en todo caso, decidir no ser informado y optar por no hacer uso del derecho a resolver informadamente acerca del tratamiento por recibir, implica también el ejercicio del derecho. Por lo tanto, la responsabilidad de ello siempre recae sobre la persona misma.

Respecto del informe de alta, se ha buscado simplificar y especificar su contenido, evitando que el Ministerio de Salud deba dictar un reglamento para determinarlo, pues consiste en información mínima, con lo cual, también, se evita que las normas de una ley deban esperar a la dictación de un reglamento para ser aplicadas y cumplidas.

En relación con el párrafo de la reserva de la información de la ficha clínica, se agrega una definición de dicha ficha, estableciendo que ella es un instrumento, concepto más amplio que el de expediente o documento, pues no excluye la existencia de fichas clínicas archivadas mediante los métodos computacionales u otros que se puedan crear en el futuro.

Luego, los artículos 14 y 15 del proyecto original se funden en una sola disposición, la que contempla la regla general de la reserva de la ficha clínica y las excepciones a ese principio que están claramente detalladas.

En la primera excepción, incluye las situaciones personales, la persona misma, sus descendientes y mandatarios, estableciendo una contraexcepción basada en el criterio médico, la que está inspirada,

fundamentalmente, en las enfermedades en las cuales el médico puede considerar no apropiado que el paciente tenga acceso completo a su ficha. En todo caso, siempre quedará a salvo que una orden judicial obligue al galeno dar a conocer el contenido íntegro de la ficha clínica.

La segunda excepción se adelanta en cuanto hace alusión a instituciones que establece la Reforma Procesal Penal.

La tercera excepción se mantiene casi textualmente la contemplada en el proyecto original, salvo en que en ella se considera otra situación, en que el Ministerio puede tener acceso a los datos y que dice relación con el procedimiento llamado "de seguimiento", pues los datos que la ficha contenga, por su importancia epidemiológica, no pueden disociarse, sin perjudicar la labor preventiva que, en esta materia, deba efectuar el Ministerio de Salud. En todo caso, se mantiene el espíritu de las normas contenidas en la ley N° 19.628, sobre protección de la vida privada. Además, se agrega al Director Regional de Salud y a las Superintendencias de Seguridad Social y de AFP.

En esta misma disposición se establece el deber de custodia de la información a que tienen acceso las personas e instituciones indicadas. El mal uso o el incumplimiento de este deber será sancionado de acuerdo con las reglas generales.

Sobre el párrafo del consentimiento informado, el Ejecutivo ha considerado cambiar su denominación por la de "decisión informada", pues pone el acento en que la expresión de voluntad del propio paciente es el requisito esencial de cualquier procedimiento médico. Desde tomarse una simple aspirina hasta someterse a una compleja cirugía cardiovascular corresponden al ámbito de la soberanía personal. El denominarla "decisión informada" representa una manera de insistir en la responsabilidad personal que dicha decisión implica. Además, se tuvo en consideración que el uso del concepto jurídico de "consentimiento" está relacionado específicamente con el derecho civil y mercantil, que implica un acuerdo de voluntades en torno a la celebración de un contrato.

Reafirmando esta situación, se consagra de manera solemne este derecho personal, pues en el inciso primero del artículo 13 de la indicación se establece que toda persona tiene derecho a otorgar o denegar su voluntad para someterse a cualquier procedimiento, salvo que ello pueda implicar su muerte. Tal como en el proyecto original, se establecen las posibles excepciones, basadas en razones de salud pública y en que los procedimientos médicos obedezcan a emergencias que no hagan posible recabar la voluntad de la persona.

Asimismo, se plantea como requisito para el correcto ejercicio de este derecho el cumplimiento del deber de informar, correlativo al derecho ya consagrado en artículos anteriores.

Respecto de los procedimientos que impliquen alto riesgo vital, se plantea escrituración. En el proyecto original, el consentimiento se refiere exclusivamente a procedimientos invasivos, entendiéndose por tales aquellos en los que se interviene en el cuerpo de una persona viva para fines de diagnósticos o terapéuticos. El Ejecutivo considera que restringir estos procedimientos al derecho a decidir era muy restrictivo. Aun así, estos procedimientos, por sus especiales características, como poner en riesgo la vida humana, se han reglamentado de manera especial. Así es como en el inciso segundo se exige que la información y la decisión deben constar por escrito. Consecuentemente, se crea una institución con amplia recepción en el derecho comparado. Esta es la expresión de voluntad anticipada o testamento vital, mediante la cual una persona manifiesta, estando con capacidad plena, que si en el futuro se encuentra en situaciones de gravedad, de enfermedad terminal u otra, y su voluntad no puede ser recabada por su estado, da a conocer por escrito su voluntad en el sentido de no requerir procedimientos médicos o quirúrgicos que le prolonguen artificialmente la vida.

El consentimiento informado, que en la indicación se denomina decisión informada, es una consagración de la dignidad humana frente a la tecnología. Se defiende la vida, pero se permite a la persona no desear cualquier clase de vida, sino vida con calidad. Se protege la dignidad de la persona frente al encarnizamiento terapéutico.

Se consagra el derecho a recibir cuidados paliativos, es decir, aquellos destinados no a prolongar artificialmente la vida, sino a disminuir el dolor que la agonía en algunos casos produce en las personas. Pero se deja a salvo para los familiares la posibilidad de que soliciten el alta. Ello, para que el momento dramático de la muerte pueda ser esperado junto a los seres queridos en un lugar que no sea la clínica o el hospital.

Respecto al caso de personas en estado de muerte cerebral, en vez de repetir textualmente la normativa de la ley de transplantes, se optó por extender la definición de muerte que en ella se hace para todos los efectos y no sólo para los efectos de transplantes, pues dolorosas situaciones se han producido al existir una sola definición de muerte en la legislación y ella tener aplicación restringida.

En la indicación también se modifica el artículo referido a la responsabilidad derivada de la aceptación o al rechazo de los tratamientos en virtud de la decisión informada, eliminando la exención de responsabilidad por la aceptación del tratamiento, pues ella se podría prestar para malas interpretaciones que pretendieran eximir de responsabilidad por mala praxis o dolo. Por ello, sólo la negativa al procedimiento exime de responsabilidad al médico y al establecimiento, lo que es de toda lógica, pues si una persona decide soberanamente no someterse a un tratamiento, la responsabilidad por tal decisión sólo la afecta a ella.

El carácter declarativo del Título III, de los deberes de las personas en salud, en el proyecto original ha sufrido modificaciones que sin cambiar las prescripciones en él contenidas, atribuye consecuencias a su infracción por parte de las personas. Así es como se introduce una innovación importante, que recoge elementos del derecho comparado creando el alta voluntaria y el alta disciplinaria, destinada a dar solución a aquellos casos en que los pacientes no quieren seguir con lo indicado.

El Título IV, del cumplimiento de la ley, que en el proyecto original se denominaba Fiscalización y Sanciones, es reemplazado en la indicación. En este acápite, se establece el derecho a hacer observaciones y reclamos, a través de oficinas especiales de atención al paciente. No se plantean plazos estrictos, pero se ordena que se deje constancia de los reclamos y de las gestiones realizadas para darles curso.

Un segundo nivel de solución de controversias contempla la participación del Director Regional de Salud, al que le corresponderá conocer los problemas derivados de reclamos por infracciones o denuncia de infracciones de esta ley.

Un tercer nivel de cumplimiento de la ley supone una actividad fiscalizadora de la autoridad sanitaria. Respecto de los hospitales públicos corresponde a los Servicios de Salud de que ellos dependen vigilar que en los establecimientos de su dependencia se respeten los derechos aquí garantizados, sancionando a los funcionarios que no cumplan con la ley, de acuerdo con los procedimientos administrativos que la normativa vigente contempla.

Respecto de los establecimientos privados de salud, se crea una situación de fiscalización con sanciones monetarias, multas; pero, previamente, se establece una disposición novedosa que puede representar incluso una forma más efectiva de cumplimiento de la ley, cual es una suerte de sanción moral, pues públicamente la autoridad denunciaría que en dicho establecimiento no se respetan los derechos de las personas en salud.

Por último, reiteró que en la indicación se ha suprimido toda referencia al paciente, la que ha sido sustituida por la de persona.

Artículo 1°.

Esta ley regula los derechos y deberes que las personas tienen en relación con su atención en salud, durante el otorgamiento de las prestaciones requeridas.

La Diputada Mella y los Diputados Accorsi, Aguiló, Cornejo, Ojeda, Palma y Robles formularon indicación para sustituirlo por el siguiente:

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

En el debate se señaló que esta norma es más adecuada que la contenida en el mensaje, puesto que restringe los derechos y deberes de las personas al otorgamiento de las prestaciones requeridas, ya que la anterior se refería al acceso y a la atención de salud, materias consideradas en el proyecto de ley sobre Régimen de Garantías en Salud. Restringir la aplicación sólo al otorgamiento de las prestaciones es precisamente cumplir el objetivo de esta iniciativa.

La indicación sustitutiva fue fundamentada en razón de que los derechos y deberes de las personas no se extinguen por el mero otorgamiento de las prestaciones y que la salud de las personas no es un factor que se da cuando se otorga la prestación.

La indicación pretende establecer que los derechos y deberes que las personas tienen en relación con acciones vinculadas a su atención de salud son una parte de la acción de la salud y no constituyen la única que se puede dar por, lo que el marco de acción de los derechos y deberes de las personas tiene que estar relacionado no sólo con la prestación, sino con todas las acciones. Por ejemplo, una de las acciones vinculadas a la atención de salud es el derecho a los medicamentos, que es un elemento esencial desde el punto de vista de la terapia, por lo que si existen acciones y un medicamento asociado a su patología, existe un elemento muy importante de cautelar en consideración a los derechos y deberes de las personas.

En definitiva, se amplía el ámbito de aplicación de la ley a las acciones de salud que incluyen la prestación. En las disposiciones posteriores se acota y se establece a qué se refiere cada uno de los derechos y deberes.

En la discusión se expresó que el espíritu de esta ley está claramente señalado en el mensaje, que dice, textualmente, que los deberes y los derechos de las personas en salud son el de información, consentimiento informado, libre acceso, privacidad, trato digno, etc, de manera que no está incorporado el costo de los medicamentos, por ejemplo, salvo que ahora se contemple de manera expresa y siempre que ello sea parte de las ideas matrices de la iniciativa.

En el debate se mencionó que, para efectos de procedimiento, debe quedar claro que el proyecto ha sido sustituido por el Ejecutivo, por lo que para todos los efectos reglamentarios debe considerarse que el proyecto original no existe.

Se destacó que, en razón de ello varios Diputados han formulado indicaciones para sustituir este artículo, por cuanto este es muy restrictivo, ya que se refiere a atenciones requeridas y al concepto de acciones vinculadas a la atención de salud. Es decir, el ingreso, el trato de la persona y otras actividades realizadas dentro del establecimiento que no correspondan exactamente a la prestación están comprendidas en esta ley.

Cerrado el debate y puesta en votación la indicación sustitutiva, **fue aprobada por unanimidad.**

Artículo 2°.

Esta ley se aplicará frente a cualquier tipo de prestador de acciones o prestaciones de salud, público o privado, con prescindencia de las normas del sistema de salud al que pertenezca o se encuentre afiliada la persona.

Se presentaron las siguientes indicaciones:

1. De los Diputados Forni y Ojeda, para sustituir la palabra “Esta” por la frase “Las disposiciones de esta”
2. Del Diputado Melero, para suprimir la frase “con prescindencia de las normas del sistema de salud al que pertenezca o se encuentre afiliada la persona”.

En la discusión se señaló que existe una diferencia importante entre la propuesta original y la contenida en la indicación sustitutiva, por lo cual se solicitó aclarar la razón del cambio de criterio. El proyecto original señalaba que la ley se aplicará a cualquier tipo de prestador de salud, público o privado, teniendo presente, en su caso, las normas del sistema de salud a que pertenezca. En cambio, la indicación sustitutiva señala que la ley se aplicará con prescindencia de las normas del sistema de salud.

El señor **Infante** (Subsecretario de Salud) respondió que la razón que justifica dicho cambio es que el proyecto era anterior al de Régimen de Garantías en Salud y éste se aplica a todas las personas sin consideración del sistema previsional del usuario. Sólo prima la calidad de usuario propiamente tal. La iniciativa en estudio mantiene la misma filosofía.

En la discusión se concordó con lo expresado por el señor Subsecretario, pero se insistió que en este artículo se hace referencia a normas del sistema de salud que pueden considerar otros elementos más allá de la cobertura financiera y de atención y sobre otras patologías no consideradas en el Régimen de Garantías.

En el debate se destacó que las normas de esta ley se refieren a derechos y deberes de las personas en salud. Señalar que las disposiciones de la ley se aplicarán “con prescindencia a las normas del sistema” quiere decir que, aun cuando la persona esté afiliada a Fonasa, Isapre, o que no tengan afiliación a un sistema previsional de salud, una vez que ingrese a un establecimiento para recibir atención de salud, existirán normas básicas relacionadas con derechos y deberes que se pueden exigir o respetar. El tratamiento deberá ser igualitario desde el momento en que se recurra a un centro médico, sea público o privado.

Por otra parte, concordando con lo anterior, se hizo presente que el usar el concepto “con prescindencia” no resulta adecuado, ya que lo único que hace es confundir, puesto que, cualesquiera sean las normas del sistema de salud al que pertenezca la persona, o que no tenga ninguno, esta ley se aplicará igualmente.

El señor **Infante** (Subsecretario de Salud) precisó que el interés del Ejecutivo es que las disposiciones de esta ley que son valóricas, estén incorporadas en toda la asistencia sanitaria nacional. Eso significará que los prestadores tengan que modificar algunas normas que pueden ser contradictorias con estos principios. En definitiva, lo que se persigue es que primen estas orientaciones, a las que los prestadores deben dar cumplimiento. Esa es la razón por la que se establece que regirán con prescindencia de las normas del sistema del sistema de salud.

Cerrado el debate, sometida a votación la indicación, signada con el número 1, **fue aprobada por unanimidad.**

Puesta en votación la indicación signada con el número 2, **fue aprobada por unanimidad.**

Sometido a votación el artículo, **fue aprobado por unanimidad.**

Artículo 3°.

Este artículo señala que toda persona tiene derecho a que, cualquiera que sea el prestador que le otorgue atención de salud, ésta le sea dada 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.

Las personas con discapacidad o invalidez física o mental deberán contar con las facilidades que su condición especial requiere para ser atendidas.

Se formularon las siguientes indicaciones:

1. Del Diputado Accorsi,

a) Para intercalar los siguientes incisos primero y segundo, pasando los actuales primero y segundo a ser tercero y cuarto, respectivamente:

“Artículo 3°.- Toda persona tiene derecho a que existan protocolos médicos que garanticen estándares de calidad mínimos en la atención médica que reciben.

Asimismo, toda persona tiene derecho a la libre elección del establecimiento en que será atendido y, dentro de éste, del profesional que deba atenderlo. Ninguna autoridad o individuo podrá impedir, restringir o perturbar el ejercicio de este derecho.”

b) Al inciso primero, que pasa a ser tercero, para anteponer la siguiente expresión: “Por último,”

2. De la Diputada Cristi, al inciso primero, para suprimir el texto que se encuentra a continuación de las palabras “ arbitraria alguna”.

3. Del Diputado Melero:

a) Al inciso primero, para agregar, a continuación de la palabra “nacionalidad”, la frase “vínculos familiares con los prestadores e influencia de autoridades”.

b) Al mismo inciso, para eliminar la frase “sistema de salud”.

4. De la Diputada Mella y los Diputados Accorsi, Aguiló, Cornejo, Ojeda, Palma y Robles, para sustituir el inciso segundo por el siguiente:

“Las personas con discapacidad o invalidez física o mental, u otras que el Ministerio de Salud determine por razones sanitarias, deberán ser atendidas en forma especial, conforme a las normas dictadas por dicha Secretaría de Estado.”

En el análisis de la indicación número 1, se expresó que tiene por objeto establecer en esta ley que existen protocolos que deben cumplir una exigencia mínima respecto de la condición sanitaria.

Se trata de establecer, asimismo, como un derecho la posibilidad de que la persona pueda elegir el establecimiento en que será atendido y, dentro de éste al profesional. Se insistió en que la libre elección se encuentra vigente en nuestra legislación como derecho y se practica en algunos hospitales públicos, pero que no constituye una norma de general aplicación.

En el debate se manifestó desacuerdo con la norma del inciso segundo, por estimar que elevar la libertad de elección del establecimiento y del profesional a la categoría de derecho es peligroso y contradictorio con los principios universales consagrados por todos los organismos internacionales que

se dedican al estudio de estos temas e incluso por la Organización Mundial de la Salud. Se propicia derecho al acceso, a la equidad, a la solidaridad en salud. Pero nunca, por razones relacionadas con restricciones vinculadas a los recursos materiales con que cuenta nuestra sociedad, se ha planteado la posibilidad de que toda persona tenga total y completa libertad de elección del establecimiento y del profesional que lo pueda atender, sobre todo cuando se establece que ninguna persona o autoridad podrá restringir o perturbar el ejercicio de este derecho.

Se insistió en que ello puede significar que, para que este derecho pueda ser ejercido, el Estado debiera proporcionar recursos a fin de que las personas pudieran desplazarse de un lugar a otro para acceder a instituciones que se encuentren en otras localidades. Por eso, se consideró que los esfuerzos deben ir encaminados en posibilitar el acceso, la calidad de las prestaciones, una mayor cobertura financiera y más oportunidad en la atención. Pero, en todo caso, con el nivel de desarrollo de nuestra sociedad, considerar un derecho de este tipo constituye una quimera y una contradicción con los demás principios antes enunciados.

El señor **Infante** (Subsecretario de Salud) hizo presente que, sin entrar al fondo de la indicación del Diputado Accorsi, toda referencia a los protocolos debería quedar en el proyecto sobre Régimen de Garantías en Salud y no en esta iniciativa, que contiene otro tipo de orientaciones.

Respecto a la indicación número 3, se señaló que no se justifica la referencia al sistema de salud, en circunstancias que el artículo 2° establece que esta ley se aplicará cualquiera que sea el prestador.

Asimismo, propone agregar que no se podrá discriminar en razón de los lazos familiares que tenga la persona con el prestador ni menos por la influencia que puede ejercer alguna autoridad política o administrativa para que alguien reciba una atención preferente.

Cerrado el debate y puestas en votación las indicaciones se obtuvo el siguiente resultado:

La indicación N° 1 **fue rechazada por siete votos en contra y cinco a favor.**

Sometida a votación la indicación N° 2, **fue rechazada por siete votos en contra, tres a favor y una abstención.**

Sometida a votación la indicación N° 3, letra a), **fue rechazada por siete votos en contra y cuatro a favor.**

Puesta en votación la indicación N° 3, letra b), **fue aprobada por nueve votos a favor, uno en contra y dos abstenciones.**

Sometida a votación indicación N° 4, **fue aprobada por unanimidad.**

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

Artículo 4°.

Se entiende por prestador de salud, en adelante los prestadores, toda persona, natural o jurídica, pública o privada, cuya actividad sea el otorgamiento de atenciones de salud. Se distinguen dos categorías:

a) Prestadores Institucionales: *los establecimientos asistenciales y personas jurídicas, de derecho público o privado, que proporcionan prestaciones de salud a las personas, tales como hospitales, clínicas, consultorios, centros médicos, laboratorios y otros de cualquier naturaleza, incluyendo ambulancias y otros vehículos adaptados para la atención extrahospitalaria.*

b) Prestadores Individuales: *las personas naturales que 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, ya sea por ejercer labores de carácter médico, de colaboración médica o administrativas.

Se formularon las siguientes indicaciones:

1. De la Diputada Mella y los Diputados Accorsi, Aguiló, Cornejo, Ojeda y Robles, para:

a) Sustituir, en el primer párrafo del inciso primero, la palabra “dos” por “tres”.

b) para agregar la siguiente letra c) nueva:

“Prestador institucional de acciones relacionadas con salud: serán considerados prestadores institucionales, en aquello que esta ley les sea aplicables, las personas jurídicas de derecho público o privado que realicen acciones relacionadas con salud, distintas del otorgamiento de atenciones de salud, tales como Ministerio de Salud, Superintendencia, Fondo Nacional de Salud, Instituciones de Salud Previsional y municipios.”

2. Del Diputado Ojeda, para reemplazar las palabras “los prestadores” por “el prestador”.

3. Del Diputado Accorsi, para agregar el siguiente inciso final:

“Se entiende por protocolos médicos las guías diagnósticas y terapéuticas, elaboradas por el Ministerio de Salud con audiencia de las sociedades médicas científicas, destinadas a garantizar la calidad de la atención médica que se otorga a las personas.”

El señor **Infante** (Subsecretario de Salud) hizo presente que esta materia debiera incorporarse en el proyecto sobre Régimen de Garantías en Salud. Asimismo, recuerda que la indicación anterior sobre este mismo tema fue rechazada.

Cerrado el debate y puesta en votación la indicación N° 1, **fue rechazada por seis votos en contra, cuatro a favor y tres abstenciones.**

Sometida a votación la indicación N° 2, **fue aprobada por unanimidad.**

Puesta en votación la indicación N° 3, **fue rechazada por siete votos en contra, cinco a favor y una abstención.**

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

Artículo 5°.

Toda persona tiene derecho a recibir un trato digno y respetuoso en todo momento y en cualquier circunstancia durante su atención de salud. Esto implica que los prestadores deberán:

a) *Emplear y velar para que en el establecimiento se emplee 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, en ausencia de uno capaz de transmitirla adecuadamente, con apoyo de un tercero proporcionado por la persona.*

b) *Adoptar y velar porque en el establecimiento se adopten actitudes que se ajusten a las normas de cortesía y amabilidad generalmente aceptadas, y que las personas atendidas sean tratadas y llamadas por su nombre.*

c) *Arbitrar las medidas para proteger la privacidad de la atención de salud.*

d) *Disponer las medidas necesarias para evitar, durante la atención, la toma de fotografías, grabaciones, filmaciones o entrevistas, especialmente de uso periodístico o publicitario, sin autorización de la persona y salvo prohibición expresa del médico tratante.*

En los establecimientos de carácter docente asistencial o que mantengan acuerdos de colaboración con Universidades o Institutos reconocidos, se deberá informar de esta situación y de lo que ello implica para las personas, al momento de solicitarse la atención de salud.

Se presentaron las siguientes indicaciones:

1. De la Diputada Mella y los Diputados Accorsi, Aguiló, Cornejo, Ojeda y Robles al inciso segundo, para agregar, antes del punto (.) la siguiente frase “sin perjuicio de requerir la autorización del paciente en los casos y forma que determine, mediante decreto, el Ministerio de Salud.”

2. De la Diputada Mella y de los Diputados Aguiló, Forni y Ojeda, para sustituir la frase “ sin autorización de la persona y salvo prohibición expresa del médico tratante”, por “salvo que exista autorización expresa de la persona y del médico tratante”.

En la discusión se consideró que la disposición contenida en la letra d) es propia de reglamento no de una ley.

Por otra parte, se expresó que la letra d) está mal redactada, por lo que es necesario precisar que, aun cuando exista la autorización de la persona, el médico tratante se podría oponer, por lo que han presentado una indicación para precisarlo en tal sentido.

Cerrado el debate y puesta en votación la indicación N° 1, **fue aprobada por unanimidad.**

Sometida a votación la indicación N° 2, **fue aprobada por la misma votación.**

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

Artículo 6°.

Toda persona tiene derecho a que los prestadores institucionales le faciliten la compañía de parientes o amigos cercanos durante su hospitalización, salvo indicación específica del médico tratante y de acuerdo con la reglamentación que, respecto a esta materia, tenga el establecimiento de que se trate.

Asimismo, toda persona tiene derecho a recibir asistencia religiosa o espiritual, si así lo deseara, en conformidad a la normativa vigente y a la reglamentación interna que deberá tener el establecimiento.

Los prestadores institucionales deben respetar las prácticas de salud que manifiesten poseer las personas pertenecientes a los pueblos indígenas y facilitarles su mantenimiento o ejercicio en lo que no fueren incompatibles a los tratamientos que se le propongan y a los procedimientos médico asistenciales que en el establecimiento se desarrollan, en conformidad a la reglamentación interna del establecimiento.

En el seno de la Comisión se consultó a qué se hace referencia respecto a la reglamentación interna que deberá tener el establecimiento con el derecho a la asistencia religiosa o espiritual y si en esta disposición se considera la situación de las personas que rechazan determinados procedimientos médicos basados en razones religiosas.

El señor **Infante** (Subsecretario de Salud) respondió que esta disposición consagra el respeto a la persona, entendiéndose los de orden religioso, de etnia en el caso de los pueblos indígenas, y los propios de las medidas terapéuticas que correspondan al consentimiento informado.

En el debate se hizo recuerdo de la ley de Cultos, que garantiza que no exista discriminación. El Ministerio de Salud ha recogido esta disposición, instruyendo a todos los establecimientos públicos que faculden a todas las religiones para tener acceso a los hospitales. En los privados, constituye una materia de la elección de los pacientes o familiares.

El Diputado Palma formuló indicación al inciso primero, para agregar, a continuación de las palabras “en conformidad a la”, la palabra “ley” y suprimir la frase “normativa vigente y a la reglamentación interna que deberá tener el establecimiento.”

Puesta en votación la indicación, **fue aprobada por ocho votos a favor y cuatro en contra.**

Se solicitó votación por incisos. Sin debate, así se acordó.

Puesto en votación el inciso primero, **fue aprobado por unanimidad.**

Sometido a votación el inciso segundo, **fue aprobado por siete votos a favor y cinco en contra.**

Artículo 7°.

Toda persona tiene derecho a que el prestador institucional le proporcione información completa, oportuna y veraz, sea en forma visual, verbal o por escrito, respecto de:

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

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

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

Los prestadores institucionales deberán colocar y mantener en un lugar público y visible una carta de derechos de las personas en relación con la atención de su salud, con una enumeración de ellos, incluyendo al menos los que esta ley garantiza.

Se formularon las siguientes indicaciones:

1. Del Diputado Accorsi, a la letra a), para anteponer la siguiente frase: “Los procedimientos diagnósticos y terapéuticos que existen en la práctica médica, sus beneficios, eventuales riesgos y complicaciones;”

2. De los Diputados Accorsi, Bayo, Palma y Robles, al inciso primero, para suprimir la palabra “institucional”

3. De la Diputada Mella y los Diputados Accorsi, Aguiló, Cornejo, Masferrer, Ojeda y Robles para agregar la siguiente letra d), nueva:

“d) Las instancias y formas de efectuar reclamos.”

En la discusión se fundamentó la indicación numero 2 en el sentido de que el derecho a la información lo tienen todas las personas y debe ser proporcionada por todos los prestadores, sean institucionales o personas naturales.

Asimismo, se formuló una consulta sobre la razón de la supresión del derecho a efectuar consultas o reclamos.

El señor **Infante** (Subsecretario de Salud) respondió que la razón es que esta materia está contemplada en el Título IV, del cumplimiento de la ley.

Cerrado el debate y puesta en votación la indicación N° 1, **fue aprobada por siete votos a favor y tres en contra.**

Sometida a votación la indicación N° 2, **fue aprobada por unanimidad.**

Puesta en votación la indicación N° 3, **fue aprobada por unanimidad.**

Sometido a votación el artículo, **fue aprobado por unanimidad.**

Artículo 8°.

Toda persona tiene derecho a ser atendida por un equipo de salud en el que todos y cada uno de sus miembros tengan algún sistema de identificación personal, incluyendo la función que desempeñan, así como a saber quién, para su caso, autoriza y aplica tratamientos

Se presentaron las siguientes indicaciones:

1. Del Diputado Palma, para suprimir las palabras “de salud”.

2. Del Diputado Melero para agregar, a continuación de las palabras “de salud”, la frase “administrativo y auxiliar”.

3. De los Diputados Aguiló y Melero, para intercalar, entre las palabras “sistema” y “de identificación”, la palabra “visible”.

4. Del Diputado Cornejo, para sustituir la frase “autoriza y aplica tratamientos” por “autoriza y efectúa diagnósticos y tratamientos”.

5. De la Diputada Mella y los Diputados Aguiló y Ojeda, para terminar el artículo en la palabra “desempeñan” y suprimir el texto que se encuentra a continuación.

En el debate se señaló que la indicación número 4 tiene por objeto precisar la norma, ya que la persona debe conocer la identidad no sólo de los que participan en su tratamiento, sino también de los que efectúan su diagnóstico.

En la discusión se hizo presente que esta disposición representa la concreción legal de una norma habitual en muchos establecimientos públicos, en los cuales los profesionales se identifican incluso cuando se trata de operaciones y el paciente está en preanestesia.

Se apoyó esta norma. Sin embargo, se mencionó que ella refleja en mejor medida este derecho si se suprime la parte final de este artículo, que alude a los que aplican los tratamientos.

Finalmente, se mencionó que es necesario que las normas de identificación deben ser aplicables no sólo a los profesionales, sino a todo el personal del establecimiento hospitalario, y que la identificación debe constar en forma visible, por lo que se ha formulado indicación con ambos objetivos.

Cerrado el debate y puesta en votación la indicación N° 1, **fue rechazada por nueve votos en contra y dos a favor.**

Sometida a votación la indicación N° 2, **fue aprobada por nueve votos a favor y dos en contra.**

Puesta en votación la indicación N° 3, **fue aprobada por unanimidad.**

Sometida a votación la indicación N° 4, **fue aprobada por ocho votos a favor, tres en contra y una abstención.**

Consecuentemente, la indicación N° 5 **fue rechazada.**

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

Artículo 9°.

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, posible diagnóstico de su enfermedad, las alternativas de tratamiento disponibles para su recuperación y los riesgos que ello pueda representar, así como el pronóstico esperado y el proceso previsible del postoperatorio, de acuerdo con su edad, condición personal y emocional; sin perjuicio de lo anterior, esta información, en el caso de menores de edad, personas con dificultades de entendimiento o con alteración de conciencia, será dada a su representante legal o a la persona a cuyo cuidado se encuentre.

Tratándose de atenciones médicas de emergencia o urgencia, es decir, aquellas en las que la falta de intervención inmediata e impostergable implique un riesgo vital y/o secuela funcional grave para la persona, la información se proporcionará cuando, a juicio del médico tratante, la persona atendida se encuentre en condiciones de recibirla y comprenderla, o será dada a su representante o a la persona a cuyo cuidado se encuentre.

En todo caso, la persona tiene derecho a manifestar, por escrito y en un documento especial, su voluntad de no ser informada.

La información proporcionada a los familiares directos deberá ser previamente autorizada por la persona, salvo que se trate de menores de edad, personas con dificultades de entendimiento o con alteración de conciencia, conforme a lo señalado en el inciso primero.

Se formularon las siguientes indicaciones:

1. Del Diputado Palma, al inciso primero, para agregar, a continuación de las palabras "representante legal", la frase "sus familiares directos".
2. Del Diputado Forni, para suprimir el inciso tercero.
3. De los Diputados Accorsi, Bayo y Robles, al inciso tercero, para agregar la siguiente frase final "a menos que lo exija la vida de otra persona".
4. De la Diputada Mella y del Diputado Ojeda, al inciso tercero, para eliminar la frase "y en un documento especial"
5. Del Diputado señor Robles, al inciso cuarto, para intercalar entre las palabras "directos" y "deberá", la frase "o a cualquier otra persona".

En la discusión se solicitó conocer las razones por las cuales se otorga la posibilidad de que una persona decida no ser informada.

Por otra parte, se expresó que existen ocasiones en las cuales, desde el punto de vista médico, la persona que recibe la atención no está en condiciones de ser informada y no cuenta con un familiar al que se pueda proporcionar la información, como puede suceder en el caso de una urgencia con riesgo de vida. En situaciones como esta, debe quedar claro que el derecho a la información recae en la decisión del equipo médico de urgencia y que ella debe hacerse a cualquier persona.

En otra intervención, se hizo presente que el inciso tercero debe ser suprimido, ya que esta norma se puede prestar para abusos, por ser perfectamente posible que cuando una persona llega a un hospital o clínica, se la haga firmar sin saber que renuncia al derecho a la información.

Se consultó también sobre por qué se restringe el otorgamiento de información a los familiares, exigiendo como condición que exista una autorización de la persona, y se les otorga un rango mayor al representante legal y a la persona a cuyo cuidado se encuentre el paciente. Se puede dar el caso de que no esté presente ninguna de estas personas y sí se encuentre algún familiar, que no podrá ser informado, por no tener autorización expresa del paciente.

En el debate se señaló que en este proyecto se están consagrando derechos y deberes de las personas en salud. El inciso tercero precisamente establece y consagra un derecho respeto de la libertad de las personas a decidir si quieren o no ser informadas, razón por la cual dicha disposición no debe suprimirse

Se añadió que debe contemplarse el otorgamiento de información por escrito, a fin de evitar conflictos que se pueden suscitar entre el médico tratante y el paciente.

El señor **Infante** (Subsecretario de Salud) señaló que comparte la inquietud de incorporar a los familiares directos en el inciso primero, de manera que tengan la misma categoría que los representantes legales o las personas a cuyo cuidado se encuentre el paciente.

Se insistió en la necesidad de perfeccionar la norma del inciso tercero, ya que el derecho a no ser informado debe ser complementado con el resguardo de la salud de otras personas. Se hizo especial mención de que la Asociación Médica Mundial expresamente ha señalado que el paciente tiene el derecho a no ser informado, por su solicitud expresa, a menos que lo exija la protección de la vida de otra persona.

Cerrado el debate y puesto en votación el inciso primero con la indicación N° 1, **fue aprobado por unanimidad.**

Sometido a votación el inciso segundo, **fue aprobado por unanimidad.**

Puesta en votación la indicación N° 2, **fue rechazada por siete votos en contra y cuatro a favor.**

Sometida a votación la indicación N° 3, **fue aprobada por seis votos a favor y cinco abstenciones.**

Puesta en votación la indicación N° 4, **fue aprobada por unanimidad.**

Sometido a votación el inciso segundo, **fue aprobado por unanimidad.**

Puesta en votación la indicación N° 5, **fue rechazada por nueve votos en contra y dos a favor.**

Sometido a votación el inciso final, **fue aprobado por nueve votos a favor y tres abstenciones.**

Artículo 10.

Toda persona tiene derecho a recibir, una vez finalizado su tratamiento, un informe de alta que, a lo menos, debe contener:

- a) *Identificación de la persona;*
- b) *Período de tratamiento;*

c) *Información comprensible acerca del diagnóstico de la enfermedad que motivó su tratamiento y los procedimientos efectuados;*

d) *Diagnóstico comprensible acerca de alta e indicaciones por seguir;*

e) *Información sobre todos los costos y procedimientos de cobro de las prestaciones de salud que se le apliquen, incluyendo pormenorizadamente los insumos, medicamentos, exámenes, derechos de pabellón, días cama y honorarios de cada uno de los profesionales médicos que lo atendieron.*

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

Se formularon las siguientes indicaciones.

1. De la Diputada Mella y de los Diputados Accorsi, Aguiló, Cornejo, Ojeda, Palma y Robles:

a) Al inciso primero, para sustituir la frase “una vez finalizado su tratamiento, un informe de alta” por “ al alta, un informe”.

b) A la letra c), para intercalar entre la palabra “tratamiento” y la conjunción “y”, la siguiente frase: “los resultados de los exámenes”.

c) Para reemplazar la letra e) por la siguiente:

“e) Información sobre los aranceles y procedimiento de cobro de las prestaciones de salud que les sean aplicables, incluyendo, cuando corresponda, información de los insumos, medicamentos, exámenes, derechos de pabellón, días cama y honorarios de quienes la atendieron.”

2. De los Diputados Accorsi, Bayo, Palma y Robles, al inciso primero, para sustituir la expresión “derecho a recibir” por “toda persona debe recibir”.

Se fundamentó la indicación N° 1 en el hecho de que en la actividad médica sucede habitualmente que el paciente es dado de alta antes de terminar su tratamiento, por lo que se propone establecer que la persona tiene el derecho a recibir, cuando sea dada de alta, un informe completo.

Por otra parte, en relación con la segunda indicación, se hizo presente que el derecho a recibir el informe de alta debe ser imperativo siempre.

Cerrado el debate y puesta en votación la indicación N° 1, **fue aprobada por unanimidad.**

Sometida a votación la indicación N° 2, **fue aprobada por unanimidad.**

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

Artículo 11.

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

Toda la información que surja, tanto de la ficha clínica como de los estudios y tratamientos a los que fueron sometidas las personas, será considerada como dato sensible, de conformidad a lo dispuesto en el artículo 2º, letra g), de la ley N° 19.628.

Los Diputados Accorsi, Bayo, Girardi, Melero y Palma, formularon indicación, al inciso primero, para agregar la siguiente frase final: "y será de propiedad de ésta".

En la discusión se señaló que la información de la ficha clínica está contenida en medios magnéticos. El usuario tiene un código y se puede acceder a ella mediante ese código. Se desea establecer expresamente en esta disposición que la ficha es de propiedad del paciente, aun cuando permanezca bajo la custodia del prestador.

Al quedar en estos términos, el paciente puede llevarse copia, de manera de precaver cualquier posible modificación posterior en caso de conflicto.

Terminada la discusión y puesto en votación el artículo con la indicación, **fue aprobado por unanimidad.**

Artículo 12.

La ficha clínica permanecerá en poder del prestador, siendo de su responsabilidad la reserva de su contenido.

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

Con todo, dicha información podrá ser otorgada a las personas y organismos que a continuación se indican, en los casos que se señalan:

1º.- Al titular de la ficha clínica, sus representantes legales, su apoderado, un tercero debidamente autorizado y los herederos en caso de fallecimiento, quienes podrán requerir el conocimiento del contenido de la ficha clínica y obtener copia de los datos que sean de su interés, a menos que el médico tratante, atendido el estado emocional, psiquiátrico o psicológico del titular de la ficha clínica, lo considere inconveniente y resuelva retener parte de la información.

2º.- A los Tribunales de Justicia, al Ministerio Público, a la Defensoría Penal Pública, en los procesos e investigaciones que se instruyan y en los casos en que la información sea relevante para la adopción de las resoluciones del caso.

3º.- Al Ministerio de Salud, las Direcciones Regionales de Salud, la Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional, la Superintendencia de Seguridad Social, la Superintendencia de Administradoras de Fondos de Pensiones y los organismos señalados en el artículo 15 del decreto ley N° 2.763, de 1979, en los casos en que los datos sean necesarios para fines de seguimiento, estadísticos, de salud pública, de fiscalización o para resolver acerca de la procedencia de determinados beneficios de salud o seguridad social. Respecto de esta última finalidad, la información podrá ser solicitada, además, por las Mutuales de Empleadores de la ley N° 16.744 y por las Instituciones de Salud Previsional.

Los Tribunales, las personas autorizadas y las instituciones mencionadas serán responsables de mantener la confidencialidad de su contenido y de la identidad del titular de la ficha clínica, reservando la información que contiene exclusivamente al uso para el cual se permite su conocimiento.

La Diputada señora Mella y los Diputados Accorsi, Aguiló, Cornejo, Ojeda y Robles formularon la siguiente indicación:

a) Para reemplazar el numeral 1º por los siguientes numerales 1º y 2º, pasando el actual 2º a ser 3º:

“1°.- Al titular de la ficha clínica, a menos que el médico tratante, atendido el estado emocional, psiquiátrico o psicológico, lo considere inconveniente y resuelva retener parte de la información.

2°.- A los representantes legales del titular de la ficha clínica, su apoderado, un tercero debidamente autorizado y los herederos en caso de fallecimiento, los que podrán requerir copia de los datos que sean de su interés.”

b) Para sustituir el numeral 3°, que ha pasado a ser 4°, y agregar un 5°, nuevo:

“4°.- Al Ministerio de Salud y a los organismos indicados en el artículo 15 del decreto ley N° 2.763, de 1979, cuando necesiten acceder a datos contenidos en las fichas clínicas por motivos estadísticos, de salud pública, de investigación, de fiscalización o para decidir la procedencia de beneficios previsionales.

5°.- En el caso de otros organismos públicos que requieran información para fiscalización o para resolver acerca de la procedencia de determinados beneficios de salud o seguridad social, podrán solicitar un informe sobre aspectos específicos de la mencionada ficha clínica.”

En el seno de la Comisión se señaló que la indicación tiene por objeto sustituir el numeral 1°, dividiendo las materias contenidas. En el primer numeral se distingue la situación del titular de la ficha clínica, con la excepción vinculada a su situación emocional, psiquiátrica o psicológica, que debe ser calificada por el médico tratante.

El segundo numeral reglamenta la situación de los representantes legales, apoderados o terceros debidamente autorizados respecto del acceso a la ficha clínica.

En cuanto a la sustitución del numeral 3°, que pasaría a ser 4°, el propósito de la indicación es restringir el número de entidades que puedan tener acceso a la ficha, ya que la enumeración de instituciones que contiene la proposición del Ejecutivo parece excesiva. Asimismo, se restringe el acceso al tipo de información que pueden solicitar, señalándose que deben ser específicos y no pueden requerir una copia de la ficha clínica.

El señor **INFANTE** (Subsecretario de Salud) señaló que debería resguardarse la posibilidad de que los organismos fiscalizadores que dirimen problemas entre el usuario y los administradores de los seguros tengan acceso a la ficha, ya que ello les permitirá contar con los antecedentes necesarios para resolver con mayor claridad los problemas de los usuarios.

Cerrado el debate y puesta en votación la indicación, **fue aprobada por unanimidad.**

Sometido a votación el artículo, **fue aprobado por unanimidad.**

Artículo 13.

Toda persona tiene derecho a otorgar o denegar su voluntad para someterse a cualquier procedimiento, salvo que la negativa pueda implicar su muerte y siempre que no exista otro procedimiento alternativo.

Para el correcto ejercicio de este derecho, los profesionales tratantes están obligados a proporcionar información completa y comprensible al respecto, según lo establecido en el artículo 9°.

Tratándose de procedimientos que tengan probabilidad alta de riesgo vital, secuelas funcionales graves o complicaciones que pongan en riesgo la salud o la vida de la persona, tanto la información como la decisión

deberán constar en un documento, el que deberá ser firmado por quien proporciona la información y por quien resuelve acerca del procedimiento.

Este proceso deberá llevarse a cabo en forma previa a la realización de los procedimientos o intervenciones a que se refiere el inciso anterior.

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 de que la decisión definitiva deberá ser adoptada por quien tenga su representación legal; no obstante lo anterior, mientras no sea posible obtener la decisión, se presumirá que se acepta el tratamiento respectivo hasta que la voluntad de la persona o su representante pueda ser recabada. Respecto de personas que carezcan de capacidad para expresar su voluntad por causa de enfermedad mental, certificada por el médico de la especialidad, la resolución será adoptada por su representante legal, si careciesen de él, por quien haya sido constituido como su apoderado para fines de su tratamiento o, en último caso, por la persona a cuyo cuidado se encuentren.

La Diputada Cristi y los Diputados Aguiló, Bayo, Cornejo, Forni, Masferrer, Melero, Ojeda y Palma, formularon indicación para sustituir los artículos 13, 14, 15, 16 y 19 por el siguiente artículo 13.

“Artículo 13.- La persona que, en virtud de lo dispuesto en el artículo 9°, fuere informada de que su muerte es inminente e inevitable, tiene derecho a otorgar o denegar su voluntad para someterse a cualquier intervención, procedimiento o tratamiento cuyo único objetivo sea prolongar artificialmente su vida, de modo irracional o desproporcionado.

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, en los términos del artículo 9°.

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 de que la decisión definitiva deberá ser adoptada por quien tenga su representación legal.”

El señor **Infante** (Subsecretario de Salud) manifestó que la indicación recoge casi todas las disposiciones que reemplaza, pero cree que ella es restrictiva respecto de la muerte. El Ejecutivo, en el inciso primero, establece el derecho a otorgar o denegar la voluntad para someterse a cualquier procedimiento en forma independiente del hecho de la muerte.

Asimismo, estima que la decisión informada debe abarcar esferas que están más allá de la muerte inminente.

En la discusión se hizo presente la necesidad de dejar pendiente este tema y estudiarlo en conjunto con los representantes del Ministerio de Salud y de los Departamentos de Bioética de algunas universidades a fin de consensuar una redacción y presentarlo en el segundo trámite reglamentario.

Por otra parte, los autores de la indicación hicieron presente que esta materia deber ser abordada ahora e insistieron en no dejar pendiente este tema.

El doctor **Artaza** (Ministro de Salud) reconoció que existe un amplio consenso en el Comisión respecto de la aprobación de la indicación pero cree que ella no se opone a la posibilidad de mantener las normas contenidas en los artículos 16 y 19, porque se trata de materias complementarias.

Acotó que el artículo 16 permite que la persona, antes de internarse en algún establecimiento hospitalario, pueda dejar expresada su voluntad. El artículo 19 dice relación con la responsabilidad legal del equipo de salud, ya que, al quedar expresada por escrito la voluntad de la persona, en consonancia con la indicación, no se puede, posteriormente, hacer responsable al equipo de salud.

En el debate se concordó con lo expresado por el Subsecretario de Salud, en cuanto a que en el artículo 13 existen dos temas distintos. El primero dice relación con la posibilidad de que la persona manifieste su voluntad de someterse a determinados procedimientos médicos y el segundo con la muerte propiamente tal.

Sin embargo, se estimó necesario establecer que existen diferencias y, por tanto, hay que mantener el inciso primero. Asimismo, se concordó en mantener la norma del artículo 19, pero no la del artículo 16, ya que establecer anticipadamente la voluntad de una persona podría dar origen a una práctica lesiva del interés ciudadano y podría generalizarse la existencia de formularios en que se solicite la anuencia de la persona junto a otros trámites meramente reglamentarios.

Por otra parte, se expresó opinión contraria a la indicación, especialmente con la norma del inciso final, que regula la situación de los menores de edad y de las personas con alteración de conciencia, los que deben ser informados, pero, en definitiva, los que deciden son sus representantes legales, ya que la persona tiene derecho y libertad sobre su propio destino, pero no sobre el de terceros, aun cuando se encuentren en esta situación.

Cerrado el debate y puesta en votación la indicación, **fue aprobada por nueve votos a favor y tres en contra.**

Consecuentemente, **se dan por rechazados los artículos 14, 15, 16 y 19.**

Artículo 17, que pasa a ser 14.

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 el 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.

Sin debate, puesto en votación el artículo, **fue aprobado por unanimidad.**

Artículo 18; que pasa a ser 15.

Toda persona tiene derecho a ser informada y a elegir, libremente y sin presiones, respecto de su incorporación en cualquier tipo de protocolo de investigación, debiendo constar por escrito su consentimiento.

Sin debate, puesto en votación el artículo, **fue aprobado por unanimidad.**

La Diputada Mella y los Diputados Accorsi, Aguiló, Cornejo, Ojeda, Palma y Robles formularon indicación para agregar el siguiente párrafo 6°, nuevo:

“Párrafo 6º, Del derecho a efectuar consultas y reclamos.

Artículo 16.- Toda persona tiene derecho a efectuar las consultas y los reclamos que estime pertinentes.

El Ministerio de Salud determinará 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.

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

Sin debate, puesta en votación la indicación, **fue aprobada por ocho votos a favor y tres abstenciones.**

La Diputada Mella y los Diputados Accorsi, Aguiló, Cornejo, Ojeda, Palma y Robles formularon indicación para agregar el siguiente párrafo 7º, nuevo:

“Párrafo 7º. De los medicamentos e insumos.

Artículo 17.- Los prestadores institucionales, públicos y privados, deberán exhibir, en forma destacada, los precios de los insumos y medicamentos que cobren en la atención de los pacientes, 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.

Las personas podrán 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 18.- Si las dosis de medicamentos o insumos fueren unitarias, la persona sólo estará obligada al pago de aquellas unidades efectivamente usadas en el tratamiento correspondiente.

En el caso de que los medicamentos e insumos efectivamente utilizados no correspondan a dosis unitarias, si la persona acreditar que el valor que le cobra el prestador es superior al que ofrece al público general una farmacia de la misma ciudad, dicho prestador deberá estarse a este último valor.”

Sin debate, puesta en votación la indicación, **fue aprobada por seis votos a favor y tres abstenciones.**

Artículo 20, que pasa a ser 19.

Los deberes de las personas en salud constituyen la responsabilidad que éstas deben asumir al momento de solicitar y recibir atención de salud por parte de un prestador determinado y están establecidos para estimular una participación activa en la solución del problema que las afecta.

Se formularon las siguientes indicaciones:

1. De los Diputados Accorsi, Bayo y Palma, para agregar el siguiente inciso segundo, nuevo:

“Las personas deberán, además, respetar la normativa de prevención vigente y las instrucciones impartidas por la autoridad sanitaria correspondiente.”

2. Del Diputado Ojeda, para suprimir la frase “y están establecidos para estimular una participación activa en la solución del problema que las afecta”

La indicación número 2, fue fundamentada en la necesidad de precisar la norma. La frase que propone sustituir no constituye una norma legal, sino una mera declaración de intenciones.

Cerrado el debate y puesta en votación la indicación N° 1, **fue aprobada por seis votos a favor y tres abstenciones.**

Sometida a votación la indicación N° 2, **fue aprobada por unanimidad.**

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

Artículo 21, que pasa a ser 20.

Corresponde a la persona que solicita una atención de salud 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.

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

En el caso de no haberse requerido la información indicada, no podrá alegar su desconocimiento y reclamar por ese concepto.

La Diputada Mella y los Diputados Accorsi, Aguiló, Cornejo, Ojeda, Palma y Robles formularon las siguientes indicaciones:

a) Al inciso primero, para agregar la siguiente frase final “sin perjuicio de la obligación del prestador de otorgar esta información.”

b) Para eliminar el inciso tercero.

En el debate se expresó que en este capítulo debiera abordarse el deber de las personas de pagar la prestación que se les otorga, más allá de su situación económica y del sistema de salud al que pertenezcan.

Se manifestó opinión contraria, por estimar que en este proyecto no corresponde establecer una norma como la propuesta, ya que, si bien en este cuerpo se establecen derechos y deberes, ellos no son de carácter pecuniario los que son abordados en otras normas legales.

Cerrado el debate y puesta en votación la indicación, **fue aprobada por unanimidad.**

Sometido a votación el artículo, **fue aprobado por la misma votación.**

Artículo 22, que pasa a ser 21.

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 responsable según corresponda de acuerdo con la ley.

Sin debate, puesto en votación el artículo, **fue aprobado por unanimidad.**

Artículo 23, que pasa a ser 22.

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.

Una vez recibida la información indicada en el artículo 9º, deberá decidir responsablemente el tratamiento que se le ofrezca y cumplir las indicaciones que de éste deriven.

En el caso de que no pudiese cumplir tales prescripciones, deberá comunicarlo al equipo de salud y, si quisiera interrumpir el tratamiento o se negare a cumplir las prescripciones médicas, deberá solicitar el alta voluntaria; de negarse a hacerlo, la Dirección del correspondiente establecimiento de salud, a propuesta del médico tratante, podrá dar el alta forzosa, sin perjuicio de su derecho a solicitar atenciones de salud ante otros prestadores, o existiendo otros tratamientos alternativos, la persona manifestare su deseo de recibirlos.

Sin debate, sometido a votación el artículo, **fue aprobado por unanimidad.**

Artículo 24, que pasa a ser 23.

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 habilitados para este efecto, quienes deberán adoptar las medidas que procedan para la acertada solución de las irregularidades que sean detectadas.

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

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, ya sea verbalmente o 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.

La Diputada Mella y los Diputados Accorsi, Aguiló, Cornejo, Ojeda y Robles, formularon las siguientes indicaciones.

a) Al inciso primero, para anteponer, antes de las palabras "Toda persona" el siguiente párrafo "Sin perjuicio del derecho de las personas a reclamar ante las diferentes instancias o entidades que determina la normativa vigente,"

b) Al inciso tercero, para eliminar la frase "ya sea verbalmente o)".

En el debate se mencionó que la indicación tiene por objeto dejar claramente establecido el derecho de las personas de efectuar reclamos en todas las instancias que la normativa contemple, ya que la redacción propuesta por el Ejecutivo pareciera considerar el derecho a reclamo sólo ante el prestador institucional.

Cerrado el debate y puesta en votación la indicación, **fue aprobada por unanimidad.**

Por la misma votación, **fue aprobado** el artículo.

Artículo 25, que pasa a ser 24.

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 Servicios de Salud y de los Establecimientos de Salud de Carácter Experimental, creados en virtud de la ley N° 19.650, 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.

El Director Regional de Salud correspondiente controlará el cumplimiento de esta ley en los prestadores de salud públicos y privados, recomendando la adopción de medidas necesarias para corregir las irregularidades que se detecten.

En el caso de que ellas no sean corregidas dentro de los plazos fijados para este efecto por el respectivo Director Regional de Salud, 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 luego el Director Regional de Salud para la solución de las irregularidades, el que no podrá ser inferior a dos meses, y el prestador no cumpliera la orden, sancionará al establecimiento asistencial con una multa a beneficio fiscal de hasta 100 unidades tributarias mensuales, pudiendo repetirse esta sanción cada dos meses si el establecimiento insiste en no reparar la situación que origina la sanción de la autoridad.

En la discusión se estimó que es importante precisar las sanciones, a fin de evitar dudas, por lo que se debe hacer referencia específica al texto legal que rige en esta materia.

El señor **Infante** (Subsecretario de Salud) precisó que esta disposición es aplicable a los funcionarios públicos regidos por el Estatuto Administrativo y que en dicho Estatuto se contemplan las sanciones y el procedimiento para su aplicación.

Se añadió que esta norma también es aplicable a los prestadores privados, caso en el cual operaría la legislación correspondiente.

Cerrado el debate y puesto en votación el artículo, **fue aprobado por siete votos a favor y dos abstenciones.**

VII. ARTÍCULOS E INDICACIONES RECHAZADOS POR LA COMISIÓN.

Al artículo 3°.

1. Del Diputado Accorsi:

a) Para intercalar los siguientes, incisos primero y segundo, pasando los actuales primero y segundo a ser tercero y cuarto, respectivamente:

“Artículo 3°.- Toda persona tiene derecho a que existan protocolos médicos que garanticen estándares de calidad mínimos en la atención médica que recibe.

Asimismo, toda persona tiene derecho a la libre elección del establecimiento en que será atendido y, dentro de éste, del profesional que deba atenderlo. Ninguna autoridad o individuo podrá impedir, restringir o perturbar el ejercicio de este derecho.”

b) Al inciso primero, que pasa a ser tercero, para anteponer la siguiente expresión: “Por último,”

2. De la Diputada Cristi, al inciso primero, para suprimir el texto que se encuentra a continuación de las palabras “arbitraria alguna”.

3. Del Diputado Melero, al inciso primero, para agregar, a continuación de la palabra “nacionalidad” la frase “vínculos familiares con los prestadores e influencia de autoridades”.

4. De la Diputada Mella y de los Diputados Accorsi, Aguiló, Cornejo, Ojeda, Palma y Robles, para sustituir el inciso segundo por el siguiente:

“Las personas con discapacidad o invalidez física o mental, u otras que el Ministerio de Salud determine por razones sanitarias, deberán ser atendidas en forma especial, conforme a las normas dictadas por dicha Secretaría de Estado.”

Artículo 4°.

1. De la Diputada Mella y los Diputados Accorsi, Aguiló, Cornejo, Ojeda y Robles, para:

a) Sustituir, en el primer párrafo del inciso primero, la palabra “dos” por “tres”.

b) Para agregar la siguiente letra c), nueva:

“ Prestadores institucionales de acciones relacionadas con salud: serán considerados prestadores institucionales, en aquello que esta ley les sea aplicable, las personas jurídicas de derecho público o privado que realizan acciones relacionadas con salud, distintas del otorgamiento de atenciones de salud, tales como Ministerio de Salud, Superintendencia, Fondo Nacional de Salud, Instituciones de Salud Previsional y municipios.”

2. Del Diputado Accorsi, para agregar el siguiente inciso final:

“Se entiende por protocolos médicos las guías diagnósticas y terapéuticas, elaboradas por el Ministerio de Salud con audiencia de las sociedades médicas científicas, destinadas a garantizar la calidad de la atención médica que se otorga a las personas.”

Artículo 8°.

1. Del Diputado Palma para suprimir las palabras “de salud”.

5. De la Diputada Mella y de los Diputados Aguiló y Ojeda, para terminar el artículo en la palabra “desempeñan” y suprimir el texto que se encuentra a continuación.

Artículo 9°.

1. Del Diputado Forni, para suprimir el inciso tercero.

2. Del Diputado señor Robles, al inciso cuarto, para intercalar, entre las palabras “directos” y “deberá”, la frase “o a cualquier otra persona”.

En mérito de lo expuesto y por las consideraciones que, en su oportunidad, dará a conocer el señor Diputado Informante, la Comisión de Salud recomienda la aprobación del siguiente

PROYECTO DE LEY

TÍTULO I DISPOSICIONES GENERALES

Artículo 1°.- *Esta ley regula los derechos y deberes que las personas tienen en relación con acciones vinculadas a su atención en salud.*

Artículo 2°.- *Las disposiciones de esta ley se aplicarán a cualquier tipo de prestador de acciones de salud, público o privado.*

Artículo 3°.- Toda persona tiene derecho a que, cualquiera que sea el prestador que le otorgue atención de salud, ésta le sea dada 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 u otras.

Las personas con discapacidad o invalidez física o mental, u otras que el Ministerio de Salud determine por razones sanitarias, deberán ser atendidas en forma especial, conforme a las normas dictadas por dicha Secretaría de Estado.

Artículo 4°.- 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. Se distinguen dos categorías:

a) Prestadores institucionales: los establecimientos asistenciales y personas jurídicas, de derecho público o privado, que proporcionan prestaciones de salud a las personas, tales como hospitales, clínicas, consultorios, centros médicos, laboratorios y otros de cualquier naturaleza, incluyendo ambulancias y otros vehículos adaptados para la atención extrahospitalaria.

b) Prestadores individuales: las personas naturales que, 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, ya sea por ejercer labores de carácter médico, de colaboración médica o administrativas.

TÍTULO II DE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS EN SALUD

Párrafo 1°: Del derecho a un trato digno.

Artículo 5°.- Toda persona tiene derecho a recibir un trato digno y respetuoso en todo momento y en cualquier circunstancia durante su atención de salud. Esto implica que los prestadores deberán:

a) Emplear y velar para que en el establecimiento 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, en ausencia de uno capaz de transmitirla adecuadamente, con apoyo de un tercero proporcionado por la persona.

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

c) Arbitrar las medidas para proteger la privacidad de la atención de salud.

d) Disponer las medidas necesarias para evitar, durante la atención, la toma de fotografías, grabaciones, filmaciones o entrevistas, especialmente de uso periodístico o publicitario, **salvo que exista autorización expresa de la persona y del médico tratante.**

En los establecimientos de carácter docente asistencial o que mantengan acuerdos de colaboración con Universidades o Institutos reconocidos, se deberá informar de esta situación y de lo que ello implica para las personas, al momento de solicitarse la atención de salud, **sin perjuicio de requerir la autorización del paciente en los casos y forma que determine, mediante decreto, el Ministerio de Salud.**

Párrafo 2°: Del derecho a tener compañía y asistencia espiritual.

Artículo 6°.- Toda persona tiene derecho a que los prestadores institucionales le faciliten la compañía de parientes o amigos cercanos durante su hospitalización, salvo indicación específica del médico tratante y de acuerdo con la reglamentación que, respecto a esta materia, tenga el establecimiento de que se trate.

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

Los prestadores institucionales deben respetar las prácticas de salud que manifiesten poseer las personas pertenecientes a los pueblos indígenas y facilitarles su mantenimiento o ejercicio en lo que no fueren incompatibles con los tratamientos que se les propongan y con los procedimientos médico-asistenciales que en el establecimiento se desarrollen, en conformidad a la reglamentación interna del establecimiento.

Párrafo 3°: Del derecho de información.

Artículo 7°.- Toda persona tiene derecho a que el prestador le proporcione información completa, oportuna y veraz, sea en forma visual, verbal o por escrito, respecto de:

a) **Los procedimientos diagnósticos y terapéuticos que existen en la práctica médica, sus beneficios, eventuales riesgos y complicaciones;** las atenciones o tipos de acciones de salud que el prestador respectivo ofrece o tiene disponibles, los mecanismos a través de los cuales se puede acceder a dichas prestaciones, así como el valor de las mismas.

b) Las condiciones previsionales requeridas, los antecedentes o documentos solicitados en cada caso y los trámites por seguir 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 los reglamentos internos de cada uno de ellos.

d) Las instancias y formas de efectuar reclamos.

Los prestadores institucionales deberán colocar y mantener en un lugar público y visible una carta de derechos de las personas en relación con la atención de su salud, con una enumeración de ellos, incluyendo al menos los que esta ley garantiza.

Artículo 8°.- Toda persona tiene derecho a ser atendida por un equipo de salud, **administrativo y auxiliar**, en el que todos y cada uno de sus miembros 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.**

Artículo 9°.- 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, posible diagnóstico de su enfermedad, las alternativas de tratamiento disponibles para su recuperación y los riesgos que ello pueda representar, así como el pronóstico esperado y el proceso previsible del postoperatorio, de acuerdo con su edad, condición personal y emocional; sin perjuicio de lo anterior, esta información, en el caso de menores de edad, personas con dificultades de entendimiento o con alteración de conciencia, será dada a su representante legal, ***sus familiares directos*** o a la persona a cuyo cuidado se encuentre.

Tratándose de atenciones médicas de emergencia o urgencia, es decir, de aquellas en las que la falta de intervención inmediata e impostergable implique un riesgo vital y/o secuela funcional grave para la persona, la información se proporcionará cuando, a juicio del médico tratante, la persona atendida se encuentre en condiciones de recibirla y comprenderla, o será dada a su representante o a la persona a cuyo cuidado se encuentre.

En todo caso, la 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.***

La información proporcionada a los familiares directos deberá ser previamente autorizada por la persona, salvo que se trate de menores de edad, personas con dificultades de entendimiento o con alteración de conciencia, conforme a lo señalado en el inciso primero.

Artículo 10.- Toda persona ***debe recibir, al alta, un informe*** que, a lo menos, debe contener:

- a) Identificación de la persona;
- b) Período de tratamiento;
- c) Información comprensible acerca del diagnóstico de la enfermedad que motivó su tratamiento, ***los resultados de los exámenes*** y los procedimientos efectuados;
- d) Diagnóstico comprensible acerca del alta e indicaciones por seguir;

e) Información sobre los aranceles y procedimientos de cobro de las prestaciones de salud que les fueron aplicables, incluyendo, cuando corresponda, información de los insumos, medicamentos, exámenes, derechos de pabellón, días-cama y honorarios de quienes la atendieron.

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

Párrafo 4°: De la reserva de la información contenida en la ficha clínica.

Artículo 11.- La ficha clínica es el instrumento en que se registra la historia médica de una persona ***y será de propiedad de ésta.***

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

Artículo 12.- La ficha clínica permanecerá en poder del prestador, siendo de su responsabilidad la reserva de su contenido.

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

Con todo, dicha información podrá ser otorgada a las personas y organismos que a continuación se indican, en los casos que se señalan:

1°.- Al titular de la ficha clínica, a menos que el médico tratante, atendido el estado emocional, psiquiátrico o psicológico, lo considere inconveniente y resuelva retener parte de la información.

2°.- A los representantes legales del titular de la ficha clínica, su apoderado, un tercero debidamente autorizado y los herederos en caso de fallecimiento, los que podrán requerir copia de los datos que sean de su interés.

3°.- 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 sea relevante para la adopción de las resoluciones del caso.

4°.- Al Ministerio de Salud y a los organismos indicados en el artículo 15 del decreto ley N° 2.763, de 1979, cuando necesiten acceder a datos contenidos en las fichas clínicas por motivos estadísticos, de salud pública, de investigación, de fiscalización o para decidir la procedencia de beneficios previsionales.

5°.- En el caso de otros organismos públicos que requieran información para fiscalización o para resolver acerca de la procedencia de determinados beneficios de salud o seguridad social, podrán solicitar un informe sobre aspectos específicos de la mencionada ficha clínica.

Los Tribunales, las personas autorizadas y las instituciones mencionadas serán responsables de mantener la confidencialidad de su contenido y de la identidad del titular de la ficha clínica, reservando la información que contiene exclusivamente al uso para el cual se permite su conocimiento.

Párrafo 5°: De la decisión informada.

Artículo 13.- La persona que, en virtud de lo dispuesto en el artículo 9°, fuere informada de que su muerte es inminente e inevitable, tiene derecho a otorgar o denegar su voluntad para someterse a cualquier intervención, procedimiento o tratamiento cuyo único objetivo sea prolongar artificialmente su vida, de modo irracional o desproporcionado.

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, en los términos del artículo 9°.

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 de que la decisión definitiva deberá ser adoptada por quien tenga su representación legal.

Artículo 14.- 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 el 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 15.- Toda persona tiene derecho a ser informada y a elegir, libremente y sin presiones respecto de su incorporación en cualquier tipo de protocolo de investigación, debiendo constar por escrito su consentimiento.

Párrafo 6°: Del derecho a efectuar consultas y reclamos.

Artículo 16.- Toda persona tiene derecho a efectuar las consultas y los reclamos que estime pertinentes.

El Ministerio de Salud determinará 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.

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

Párrafo 7°.

De los medicamentos e insumos.

Artículo 17.- Los prestadores institucionales, públicos y privados, deberán exhibir, en forma destacada, los precios de los insumos y medicamentos que cobren en la atención de los pacientes, 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.

Las personas podrán 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 18.- Si las dosis de medicamentos o insumos fueren unitarias, la persona sólo estará obligada al pago de aquellas unidades efectivamente usadas en el tratamiento correspondiente.

En el caso de que los medicamentos e insumos efectivamente utilizados no correspondan a dosis unitarias, si la persona acreditare que el valor que le cobra el prestador es superior al que ofrece al público general una farmacia de la misma ciudad, dicho prestador deberá estarse a este último valor.

TÍTULO III

DE LOS DEBERES DE LAS PERSONAS EN SALUD

Artículo 19.- Los deberes de las personas en salud constituyen la responsabilidad que éstas deben asumir al momento de solicitar y recibir atención de salud por parte de un prestador determinado.

Las personas deberán, además, respetar la normativa de prevención vigente y las instrucciones impartidas por la autoridad sanitaria correspondiente.

Artículo 20.- Corresponde a la persona que solicita una atención de salud 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 21.- 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 con la ley.

Artículo 22.- 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.

Una vez recibida la información indicada en el artículo 9º, deberá decidir responsablemente el tratamiento que se le ofrezca y cumplir las indicaciones que de éste deriven.

En el caso de que no pudiese cumplir tales prescripciones, deberá comunicarlo al equipo de salud y, si quisiere interrumpir el tratamiento o se negare a cumplir las prescripciones médicas, deberá solicitar el alta voluntaria; de negarse a hacerlo, la Dirección del correspondiente establecimiento de salud, a propuesta del médico tratante, podrá dar el alta forzosa, sin perjuicio de su derecho a solicitar atenciones de salud ante otros prestadores, o, existiendo otros tratamientos alternativos, la persona manifestare su deseo de recibirlos.

TÍTULO IV DEL CUMPLIMIENTO DE LA LEY

Artículo 23.- ***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 habilitados para este efecto, quienes deberán adoptar las medidas que procedan para la acertada solución de las irregularidades que sean detectadas.

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

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.

Artículo 24.- 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 Servicios de Salud y de los Establecimientos de Salud de Carácter Experimental, creados en virtud de la ley N° 19.650, 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.

El Director Regional de Salud correspondiente controlará el cumplimiento de esta ley en los prestadores de salud públicos y privados, recomendando la adopción de medidas necesarias para corregir las irregularidades que se detecten.

En el caso de que ellas no sean corregidas dentro de los plazos fijados para este efecto por el respectivo Director Regional de Salud, 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 luego el Director Regional de Salud para la solución de las irregularidades, el que no podrá ser inferior a dos meses, y el prestador no cumpliera la orden, sancionará al establecimiento asistencial con una multa a beneficio fiscal de hasta 100 unidades tributarias mensuales, pudiendo repetirse esta sanción cada dos meses si el establecimiento insiste en no reparar la situación que origina la sanción de la autoridad.

Se designó **DIPUTADO INFORMANTE** al señor **OJEDA, don Sergio**.

SALA DE LA COMISIÓN, a 10 de diciembre de 2002.

SALA DE LA COMISIÓN, aprobado en sesiones de fechas 3 y 17 de julio y 16 de octubre de 2001, 22 de enero; 5 de marzo, 7 de abril; 3 y 10 de diciembre de 2002, con la asistencia del Diputado señor Patricio Cornejo, Presidente, de la Diputada señora María Angélica Cristi, y de los Diputados señores Enrique Accorsi, Sergio Aguiló, Francisco Bayo, Marcelo Forni, Guido Girardi, Juan Masferrer, Patricio Melero, Iván Moreira, Sergio Ojeda, Carlos Olivares, Osvaldo Palma, Alberto Robles, y del ex Diputado Rafael Arratia.

Asimismo, asistió, por la vía del reemplazo, la Diputada señora María Eugenia Mella.

HÉCTOR PIÑA DE LA FUENTE

Secretario de las Comisiones Unidas