

## Cartas de Derechos de los Pacientes

Erika Díaz  
FONASA - Chile

---

Cuando me pidieron exponer sobre la experiencia de Chile y del Fondo Nacional de Salud (FONASA), la institución donde yo trabajo, acerca de la Carta de Derechos de las Personas en Salud, pensé cómo contextualizar el tema para exponérselo a ustedes, y me pareció primero interesante darles un brochazo muy rápido acerca de lo que estamos haciendo en Chile en este momento, en el tema de la salud, en la Seguridad Social en Salud y la Protección social en Salud.

Como ya en algunas intervenciones hemos comentado, estamos en un proceso de reforma muy interesante en relación al desafío de mejorar y expandir la protección social en salud; otorgar garantías en Derecho positivo a las personas; hacer exigibles estos derechos en salud; hacer modificaciones y fortalecer el rol de la autoridad sanitaria y la función reguladora del Ministerio de Salud y fortalecer la separación de las funciones entre lo que es la provisión de las prestaciones en salud, de lo que constituye la salud pública y los bienes públicos y, en general, estamos viviendo una etapa de modificaciones legales que, mayoritariamente, se van a implementar a partir de enero del 2005.

Han existido cinco proyectos de ley hasta este momento; dos de ellos ya son ley : uno se refiere a Autoridad Sanitaria y Gestión, y otro al Régimen de Garantías en Salud, que otorga garantías de acceso, oportunidad, calidad y protección financiera a los usuarios, tanto del seguro social público como del seguro social privado de Salud, en un ámbito de patologías y prestaciones que deben ir en forma progresiva aumentando durante los años venideros, dado que debe dictarse cada tres años un Decreto que vaya dando cuenta del aumento de estas prestaciones garantizadas.

Este es el contexto general. Luego, quiero desde una mirada, explicarles someramente, lo que el Fondo Nacional de Salud hace, sus funciones. Para ello, he querido poner el prisma y enfoque desde las “potestades fiscalizadoras” para caer en el tema de la Carta de Derechos de los Pacientes.

En primer lugar, ratificar lo que ustedes han comentado acá: Todas nuestras Constituciones Políticas, las Cartas fundamentales de nuestros países, a veces en palabras muy hermosas, garantizan, en términos muy generales la “protección en salud”. En el caso de la Constitución Política de Chile, ésta dispone sobre el derecho de la protección a la salud: “Es un deber preferente del Estado garantizar la ejecución de las acciones de salud, sea que se presten a través de

instituciones públicas o privadas, en la forma y condiciones que determine la ley, la que podrá establecer cotizaciones obligatorias.”

Es así como existe una ley mediante la cual FONASA hace efectivo este principio, con ciertas limitaciones, para todos los usuarios del Sistema del Seguro Social Público en Salud, ya que esta ley “regula el ejercicio del derecho constitucional” que les he mencionado y crea un régimen de prestaciones de salud. Este régimen de prestaciones en salud es el que crece y se fortalece con la vigencia de la Ley de Régimen de Garantía, a partir del próximo año (2005).

Existe, por supuesto, Reglamentos y otras normas asociadas como también una norma que es básica; me refiero a la ley orgánica de algunas instituciones como el Ministerio de Salud, Servicios de Salud, el Fondo Nacional de Salud (FONASA), y otras entidades vinculadas con el Ministerio. Es un Decreto ley que también se está modificando fuertemente, a través del fortalecimiento de lo que es la autoridad sanitaria y separación de funciones, prioritariamente.

Ha habido modificaciones importantes a fines del año 1999, que otorgan más atribuciones al Fondo Nacional de Salud en el ámbito de la fiscalización de prestadores y también sobre las cotizaciones. Me parece interesante decir esto último porque ayer, conversando con una compañera del Perú, ella me decía que no estaba en el ámbito de la institución que representaba, la recaudación y la fiscalización de las cotizaciones, herramienta que es bastante importante para poder controlar gran parte del financiamiento. Todos sabemos lo relevante que esto es para poder otorgar prestaciones adecuadamente.

También, por supuesto, entre las normas que rigen la relación del Seguro Social público de salud con los Prestadores (sean personas jurídicas o naturales) se encuentran los Convenios celebrados con ellos y ciertas normas técnicas y administrativas dictadas por el Ministerio de Salud e instrucciones dictadas por el FONASA.

El Fondo Nacional de Salud es un Servicio Público funcionalmente descentralizado, dotado de personalidad jurídica y patrimonio propio. Se vincula con el Presidente de la República a través del Ministro de Salud. Es decir, hay cierta autonomía relativa en la gestión del Fondo Nacional de Salud. Dentro de las principales funciones, y para demostrar que realmente somos un Seguro Social público que nos hemos ido empoderando de tal rol, agrego que nosotros recaudamos, administramos y distribuimos los recursos del Fondo, y fiscalizamos la recaudación de las cotizaciones. Esto último está puesto ya en la norma que comienza a regir el 1º de enero de 2005 en forma explícita, ya que antes estaba en una forma menos directa esta facultad.

Además, en FONASA financiamos las prestaciones médicas y pecuniarias que se otorgan a los beneficiarios del Régimen. Existe en Chile otro sistema de Salud, que es el de las Instituciones de Salud Previsional, que son las “ISAPRE”

privadas. Entonces, nos rige la Ley N° 18.469, a los beneficiarios de FONASA, y otra ley a los usuarios de las ISAPRE. Sin embargo, en relación al Régimen de Garantías, que comenzará a regir en el próximo año, hay normas que son comunes a ambos tipos de beneficiarios. Eso tiene que ver con el rol que está asumiendo el Estado en orden a garantizar prestaciones que han sido calificadas como prioritarias desde el punto de vista sanitario y también desde el punto de vista de lo que implica el “gasto de bolsillo del hogar”.

Las funciones de FONASA incluyen también:

- Colaborar con el Ministerio de Salud en la determinación del presupuesto global de los Servicios de Salud y los organismos vinculados;
- Colaborar con el Subsecretario de Salud en la administración del financiamiento de los programas de salud con cobertura nacional, o sea, incluso acciones de salud pública; y
- Resolver reclamos.

Esto último aparece en forma explícita en la nueva Ley de Autoridad Sanitaria. Establece que FONASA tiene el deber, y al mismo tiempo la facultad, de recibir directamente y resolver los reclamos que se presentan conforme procedimientos que fija el Ministerio de Salud, sin perjuicio de la competencia de otras entidades. ¿Por qué? Porque con la Ley de Autoridad Sanitaria que comienza a regir el 1 de enero de 2005, tendremos una Superintendencia de Salud que supervisará no solo a las ISAPRE, como hoy día lo hace la Superintendencia de ISAPRE, sino además al Fondo Nacional de Salud, principalmente en lo relativo al cumplimiento del Régimen de Garantías en Salud. Es decir, desde 2005 cuando entra en vigencia la ley que acaba de ser aprobada en el Parlamento sobre el Régimen de Garantías, el Fondo Nacional de Salud y las ISAPRE aseguraremos el otorgamiento de las prestaciones. Eso implica una enorme responsabilidad, debido a que vamos a ser los primeros demandados, judicialmente si es necesario, incluso por las prestaciones que no otorguen oportunamente los prestadores privados o públicos con los cuales hayamos celebrado convenio. El plazo nos corre a nosotros, por lo tanto, tenemos que mantener un sistema informático –que ya está preparándose-, de seguimiento a cada una de las prestaciones solicitadas, contando los plazos dentro de los cuales deberán ser otorgadas por FONASA, si es que no las otorga el proveedor, el prestador público o privado. Si FONASA no cumple en la oportunidad debida, será la Superintendencia de Salud, la que no sólo podrá sancionarnos, sino que además, a costa nuestra, otorgará las prestaciones a través de un tercero.

Además, FONASA tendrá la facultad explícita a partir de enero 2005, de tratar datos personales o sensibles con el fin de proteger la salud de la población o determinar y otorgar beneficios de salud, con los límites impuestos por la Ley N°

19.628, que se refiere la privacidad de la información. Es decir, tenemos la facultad, por ejemplo, de que nuestros fiscalizadores de prestadores revisen fichas clínicas, manteniéndose el deber de confidencialidad que obliga al profesional que revise esas fichas clínicas.

Lo anterior, además de todas aquellas funciones que las leyes otorguen a FONASA.

Aquí solamente deseo destacar, que en nuestro Sistema existen dos modalidades de atención para los usuarios del Seguro Social Público de Salud. Una, que se llama Modalidad de Atención Institucional, que es otorgada por los prestadores públicos, (establecimientos de salud públicos más los privados contratados por ellos); y otra Modalidad, que es la de Libre Elección, donde nuestros beneficiarios pueden elegir entre nuestros prestadores privados, con quienes FONASA mantiene vigente un contrato. En ambas modalidades, una parte del monto total se financia por el Fondo Nacional de Salud y otra parte es el co-pago que le corresponde financiar al beneficiario.

Existen, en nuestro sistema, cuatro grupos o categorías de beneficiarios: Grupo A, que son los indigentes o carentes de recursos, quienes sólo tienen derecho a la atenderse mediante la Modalidad Institucional en establecimientos públicos, con gratuidad total; y Grupos B al D, que tienen porcentaje de co-pago diferentes entre sí. En los casos de las personas pertenecientes al Grupo B, ellos perciben como máximo el equivalente a un ingreso mínimo mensual. Esas personas tienen derecho a atenderse en los establecimientos públicos en forma gratuita, o co-pagar lo correspondiente, si eligen atenderse en Modalidad de Libre Elección. Los pertenecientes a los Grupos C y D también tienen derecho a optar entre las dos modalidades de atención, pero siempre co-pagando.

¿Qué herramientas de fiscalización existen para que nosotros, Fondo Nacional de Salud, verifiquemos que las prestaciones, principalmente en la Modalidad Libre de Elección, se otorguen debidamente, sin que les cobren de más a las personas, que le otorguen las prestaciones efectivamente, etc.?

- Tenemos la identificación y “certificación” de nuestros beneficiarios en una base, la Base de Beneficiarios y Afiliados, que podemos cruzar con otras bases de información, como la de Recaudación y Prestadores más la del Registro Civil, etc. Incluso hemos conseguido cruzar de modo grueso, sin detalles demasiado sensibles, con el Servicio de Impuestos Internos, que es el recaudador de los tributos en Chile.
- Tenemos el Control de las Prestaciones con equipos de fiscalizadores, que pueden llegar principalmente a los prestadores en la Modalidad de Libre Elección, y sancionarlos;

- Respecto del Control de las Prestaciones y Prestadores. Tenemos algunas atribuciones, como les explicaba, en relación a la Modalidad de Libre Elección y la Modalidad Institucional.

En el caso de los establecimientos públicos, tenemos la facultad de descontarles o retener una parte de la distribución de los recursos, si es que existen reclamos, principalmente de cobro en exceso, calidad, o de no otorgamiento de alguna prestación en los términos que debió hacerse.

Debo plantearles también que existen algunos delitos tipificados específicamente en esta misma ley para los casos de prestadores o beneficiarios que abusan del sistema. Por ejemplo:

- Personas que se hacen pasar por beneficiarios sin serlo.
- Personas que se hacen pasar por indigentes. En algunos casos hemos encontrado personas que tienen ingresos y que declaran rentas altas, y en un consultorio municipalizado o en un consultorio de atención primaria fingen ser indigentes.
- Personas que obtienen beneficios mayores a los que les corresponden.
- Y también las personas que faciliten los medios para la comisión de alguno de los delitos, es decir, en algunos casos hay colusión con los prestadores de la salud, con los profesionales de la salud.

Existen, además, otros delitos que están en el Código Penal y que son de carácter más general, como los Fraudes, como la estafa cometida por particulares que fraudulentamente obtienen de las instituciones descentralizadas del Estado, como la nuestra, prestaciones improcedentes. Hemos tenido casos de juicios penales interesantes.

Esa era la parte principal que quería exponerles sobre las potestades de FONASA para, desde ahí, entrar en materia y “aterrizar” en la Carta de Derechos y Deberes de los Pacientes. ¿Cómo se entiende que dentro de las funciones que yo les acabo de expresar está esta Carta de Derechos y Deberes de los Pacientes?

Una breve historia. A partir del año de 1998, el Fondo Nacional de Salud, dentro de un proceso de modernización que viene fuerte desde el año 1994, junto con el Ministerio de Salud, ven la necesidad de que, además de una Reforma que debería impulsarse en materia de Derechos Sociales, se incluya un proyecto de ley con Derechos Subjetivos, que tienen que ver más bien con derechos de cada individuo en su relación con la Salud.

Los demás derechos, las garantías, por ejemplo, son derechos sociales (de seguridad Social en salud) exigibles judicialmente, pero el que les menciono ahora es un proyecto de ley, que fue el primero en presentarse al Congreso, pero el que está a la zaga de todos. En este momento, se encuentra en la Cámara de Diputados, en su primer trámite, es decir, en la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados, y debe pasar un buen tiempo más en su tramitación parlamentaria. Deseamos que llegue a ser ley y vaya siendo mejorado, porque trata un tema muy sensible, dado que hay detrás temas de mucha discusión, yo diría que hasta temas calóricos, de ética, bioética, etc.

Como se fue pensando en otorgar derechos subjetivos a las personas a través de una ley, creo yo que ha sido una iniciativa en ese sentido muy exitosa el experimentar primero con medidas operativas, prácticas, porque generalmente las leyes se implantan sin tener una experiencia previa de su contenido. En este caso, el camino ha sido recorrido a través de la “Carta del Derecho del Paciente”, que fue una creación de FONASA, con el apoyo, colaboración y creatividad también de personas del Ministerio de Salud, y tiende a empoderar de alguna manera al sujeto de derecho a quien se le denomina quizás indebidamente, el beneficiario.

Resumiendo los nueve puntos que contiene la Carta de Derecho de los Pacientes, son:

1. Recibir atención de salud sin discriminación.

Recibir atención de salud sin discriminación tiene que ver con lo racial, lo religioso, lo político, lo económico, etc., de tal manera que se está diciendo aquí : el acceso y la atención no debe ser supeditada a alguna de esas condiciones. Sabemos que hay una condición que sí está limitada en algunos casos, que es el acceso por razones económicas, porque no podemos ser ciegos y sabemos que no le podemos imponer a una clínica privada el que atienda en Chile, a una persona que es carente de recursos. Esta persona hoy día solamente puede ser atendida en un establecimiento público, excepto que sea una emergencia, urgencia con riesgo vital o riesgo de secuela funcional grave en su salud. Está definido el concepto. En tal caso ,se le debe atender y el Seguro Social Público es el que responde. Esto está consagrado en una ley vigente desde fines del año 1999.

2. Conocer el personal que lo atiende.

Es importante. Puede ser un detalle, pero yo les voy a contar que mi experiencia es que yo he ido a ver familiares en un hospital público, y por si acaso me equivoco, le digo “doctor” al que veo caminando con delantal blanco, aunque sea auxiliar de enfermería, o sea la persona que hace el aseo, porque verdaderamente no se sabe quién es, cuál es su nombre, y qué cargo ocupa. El familiar del paciente necesita hablar con el médico tratante, pero no tiene idea quién es. El anonimato cubre cualquier situación

y no se puede dialogar con él. Entonces, lo mínimo es que se pueda identificar a las personas con su función dentro de un hospital. Y aunque parezca un detalle, pasa a ser una muy importante condición cuando, como hemos dicho, hay tanta asimetría de información y de poder en el ámbito de la salud, entre los profesionales de la salud y sus pacientes.

3. Orientación y/o información del establecimiento.

Recibir información y orientación sobre el funcionamiento y servicio del establecimiento donde se atiende. Es decir, saber para qué está autorizada esta clínica u hospital, qué es lo que se puede obtener aquí, y qué no. Por ejemplo, ¿hace transplantes de corazón o no? Un poco de eso se trata y del funcionamiento también. Siempre debiera existir una eficiente área de Informaciones.

4. Formular solicitudes, reclamos o sugerencias y recibir respuesta escrita.

Es un derecho. No debe estar escondido el medio para hacer uso del derecho a reclamo. A mí me pasó en una ocasión, en un cementerio, era la hora del cierre y ya estaban cerrando. Había tres funcionarios ahí, y yo quería solamente hacer una propuesta para que mejoraran un ámbito de la atención en ese cementerio. Una de las personas me dijo: “es que ya está cerrado”. Y yo le respondí: “Es que justo yo quería formular una felicitación y dejarla en el libro.” Apareció de inmediato el libro, un asiento, y hasta me prestaron un lápiz ... La idea es que eso no ocurra. Que sea fácil poder estampar tanto las felicitaciones como los reclamos, dejarlos consignados por escrito y que sean considerados y respondidos.

5. Recibir atención de emergencia las 24 horas en cualquier servicio de urgencia público.

También deben calificar para tener servicio de urgencia. No todos los hospitales pueden tener servicios de urgencia, pero los que lo tienen deben atender las 24 horas.

6. El acceso a información y a la guarda de la confidencialidad de su ficha clínica.

Este es un tema, como ustedes saben, más que sensible. La idea es que el paciente pueda ser realmente informado acerca de su diagnóstico, su pronóstico, su tratamiento y que, al mismo tiempo, se guarde su confidencialidad. Bien sabemos que hay enfermedades que pueden permitir o facilitar una discriminación social o laboral, incluso.

7. Decidir libremente si acepta someterse como paciente a actividades de docencia e investigación médica.

Hay hospitales en Chile –debe ocurrir lo mismo en todas partes– que son hospitales-clínicos de universidades, o tienen convenios con las universidades para hacer investigación y, por supuesto, también esto debe ser conocido previamente por el paciente, debe saber a qué está expuesto y aceptarlo, o no. Debe quedar explícita esta aceptación. En realidad, es un tema de dignidad humana el que esto sea así.

8. Informarse sobre riesgos y beneficios de procedimientos.

Informarse sobre riesgos y beneficios de procedimientos, diagnóstico y tratamiento que se le indique para decidir respecto a la alternativa propuesta, o sea, “consentimiento informado”. Que la persona sepa discriminar qué tratamiento aceptar y cuál no.

9. Recibir indicaciones claras y escritas de medicamentos que le recetan.

Respecto a esto, me detendría un momento, ya que en la Jornada de ayer se dio mucha discusión el tema de los medicamentos, y aparece en nuestra Carta de Derechos.

Aquí se define lo que es la receta médica, las características que debe tener la receta, las indicaciones claras que debe tener el producto farmacéutico o medicamento, la inscripción de la dosis, las indicaciones complementarias y la manera correcta en que el paciente debe administrar el medicamento, el formato de presentación del medicamento –y es aquí dónde debe el médico distinguir y señalar cuál es el nombre genérico y cuál es el específico que él pueda recomendar–, la indicación a pacientes para el uso del medicamento, etc.

Cada uno de estos nueve puntos tiene su protocolo. Se señalan específicamente allí sus objetivos, qué aspectos deben quedar acreditados para que el punto respectivo de cada derecho sea certificado, etc. Se incluyen en el protocolo detalles para chequear si cumple o no cumple las características el respectivo prestador, para tener derecho a obtener la Carta.

Por el lado de los Deberes del Paciente se especifica:

1. No prestar la credencial, ni bonos.

Yo diría que aquí se entró mucho a los detalles de los deberes del paciente, porque prestar la credencial es, en la Modalidad de Libre Elección,

una práctica que está descubierta como relativamente común. Era necesario establecer expresamente tal prohibición.

2. No permitir que le impongan por menos.

O sea, que sus cotizaciones no sean menos que las que correspondan conforme a su remuneración real, porque eso protege el financiamiento del Seguro. Nosotros estamos tratando también de transmitir a los beneficiarios de nuestra ley, que en la medida en que imponen por menos, estamos perjudicando el Fondo Solidario del Seguro, y que, por lo tanto, se están perjudicando entre ellos mismos.

3. Informar sobre reclamos y sugerencias al Fondo (FONASA). Eso es un deber.

4. Cuidar las dependencias de FONASA, hospitales y consultorios.

5. Tratar con respeto al personal de FONASA, hospitales y consultorios.

El establecimiento de salud acreditado instala la Carta de Derechos del Paciente en su hall de entrada, para el conocimiento de todas las personas que lleguen ahí.

Ahora les voy a comentar cuál es el procedimiento para la acreditación de establecimientos de salud: FONASA invita a prestadores, luego de hacer una selección, pues hay una comisión interna que se dedica a esas invitaciones y posteriormente postulan estos prestadores, sean establecimientos de salud públicos o privados. Se hace una primera selección y existen formularios de auto-evaluación por parte de los prestadores. Después de la primera selección, se les hace una visita en terreno para ver qué tan verdad es todo lo que han escrito, en el informe de auto-evaluación –que en algunos casos les sirve a ellos, incluso para medir su propio nivel de atención. Luego de la visita en terreno, se hace una selección final por una comisión que está conformada por profesionales del Fondo Nacional de Salud y del Ministerio de Salud, y en algunos casos, también ha sido conformada por prestadores públicos que ya tienen la Carta de Derechos. Después se les otorga la Certificación. Ahora, uno piensa ¿qué puede significar para ellos el tener esta Carta de Derechos? En realidad, significa, además de un compromiso de alguna manera, también un prestigio.

Los estándares para la certificación implica que en todos los puntos, o subpuntos en que cada uno de éstos se desagregan, exista un cumplimiento igual o superior al 70% de la suma general de todos los aspectos y, además, al menos un 50% por cada uno de los derechos. En los casos en que el establecimiento efectúa intervenciones quirúrgicas u otros tratamientos invasivos, éste debe contar con un formulario de consentimiento informado. También necesita “consentimiento

informado” para actividades de investigación, principalmente en los hospitales clínicos de las universidades.

Se hace un seguimiento a los casos y se les coloca puntaje. Desde el año 1999 al 2003, se han otorgado 232 certificados a establecimientos de salud, de los cuales 140 son públicos y 92 privados.

En el caso de los hospitales públicos, es muy importante distinguir si son hospitales tipo 1, 2, 3 ó 4, según la complejidad de la atención. Este aspecto también se detalla en el plan de seguimiento.

El diploma de los monitoreados que reciben la Carta de Derechos del Paciente dice: “Por su constante preocupación por el cumplimiento de los derechos de los pacientes, certificamos que el establecimiento “X” se adhiere a la Carta de Derechos del Paciente.” De alguna manera, asume un compromiso con el Fondo Nacional de Salud.

Después de esta experiencia, desde año 1998, el FONASA y el Ministerio de Salud fueron avanzando hacia un **Anteproyecto de Ley de Derechos y Deberes de las Personas en Salud**. Así se llama el proyecto. Ya no es sólo de los “pacientes” –cosa que también fue discutida acá. Se denomina Derechos y Deberes de las Personas en Salud, pues es un concepto más amplio de la Salud que señalar solamente la calidad de “paciente” (relacionado con el estado de enfermedad).

¿Por qué generar un proyecto de ley? Creo que esto nos lleva a pensar en lo que hemos discutido en estos días. Reafirmar y asegurar un derecho social esencial, un derecho humano básico y un factor clave para el desarrollo: la salud y la atención en salud y por la sensibilidad del tema y la expectativa de las personas. Los ciudadanos tienen expectativas en el ámbito de salud y es un tema sumamente sensible, y por lo tanto, debe ser prioritario y la Reforma de Salud en marcha en Chile es como la Reforma del Proyecto Estrella, digamos, en el sentido de que se le da una importancia que ha generado múltiples discusiones; ha significado cuatro años de discusión, parlamentaria y extra-parlamentaria, y por supuesto, nosotros estamos satisfechos de haber avanzado algunos pasos en un sentido que creemos que es correcto en pro de los usuarios de los sistemas de salud, considerando a las personas en tal calidad.

Antes de presentarse el proyecto de ley se dio una relativa participación ciudadana (encuestas, censo, etc.) de ese modo se respaldó más el Proyecto.

El ámbito de aplicación objetiva de tal proyecto incluye a todas las acciones vinculadas a las prestaciones de salud.

En el ámbito de aplicación subjetiva, todos los prestadores de salud del país quedan incluidas (personas jurídicas y naturales, establecimientos públicos y privados, etc.).

Entre los derechos de las personas en Salud, en el proyecto de ley comentado se incluye:

- Identificación del personal y su función.
- Atención sin discriminación arbitraria.
- Trato digno y respetuoso.
- La compañía y asistencia espiritual si es requerida.
  
- Dar a conocer las alternativas de tratamiento disponibles.
  
- Derecho a la Información del paciente.

Excepciones en este último punto:

- en los casos de menores y personas con dificultad de entendimiento o alteración de conciencia, se informará a la persona que lo acompaña. Solo en estos casos, se habla con la persona que lo acompaña, si no, se habla directamente con el paciente,
- también en el caso de emergencia o urgencia, se le informará a la persona que está a cuidado del paciente,
- y también algo curioso, pero tiene lugar, pues es muy importante, y hablo por experiencias personales cercanas: el derecho a no ser informado. El paciente debe decir por escrito “no quiero saber los detalles de mi enfermedad.” También es un derecho muy válido, porque hay gente que se autosugestiona tremendamente, perjudicándose.

En cuanto al informe de alta, al momento de egresar del establecimiento lo mínimo que debe constar en el documento es: la identificación de la persona y el período de tratamiento; el diagnóstico; resultados de los exámenes y los procedimientos; el diagnóstico por seguir; los aranceles y procedimientos de cobro. Todo esto desde el punto de vista médico y financiero, más la identificación de la persona que, obviamente, debe estar en el Informe de Alta del paciente cuando termina su hospitalización.

Respecto a la reserva de información de la ficha clínica, y este es un tema que ya ha sido muy discutido por los Diputados. Me correspondió participar en una reunión de gran interés en la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados a la que invitaron a muchos representantes de gremios, de usuarios, de Abogados que se dedican a los temas de salud, etc. Uno de los temas que se discutía era ¿de quién es la propiedad de la ficha? ¿La ficha es del paciente, o del médico o de la persona jurídica llamada establecimiento sanitario? Pero, en realidad simplificando el tema, la “información de la ficha” es la que es propiedad del

paciente, pero, el prestador de salud, el médico, es el obligado a su custodia, a su guarda, su conservación y a su confidencialidad. Incluso los fiscalizadores del FONASA, cuando van donde un prestador de salud, de la Modalidad de Libre Elección, principalmente, lo que hacen es revisar fichas clínicas, verificar si lo que aparece en la ficha clínica es coincidente con el bono que le exigió al paciente adquirir en FONASA, no le esté cobrando por prestaciones que son más caras, por ejemplo. Esta es una de las excepciones para tener acceso a ella. Pero, el paciente es el primer dueño de su información, y nosotros le exigimos a los prestadores mantenerla por cinco años a lo menos. La conserva el prestador y debe respetar siempre la confidencialidad de su contenido.

¿A quiénes se le entrega la información de las fichas? Al titular, salvo que el médico lo estime inconveniente –ahí pueden venir las subjetividades, pero yo creo que hay que dejar una puerta abierta, pues hay algunos casos en que, puede no ser el momento adecuado para que una persona conozca su ficha clínica. También se permite informar a los representantes legales, o terceros autorizados o a herederos, en el caso que la persona fallezca; a los tribunales de justicia, cuando sea información relevante para resolver un caso; al Ministerio de Salud y organismos del art. 15 del Decreto Ley N° 2763 de 1979 (entre los que se encuentra FONASA). En el caso que sean otros órganos públicos no mencionados en este artículo, tendrán acceso sólo para fiscalizar o resolver beneficios de Salud o Seguridad Social, pero deben solicitar, en ese caso, un Informe. No ver la ficha directamente sino que hay que solicitar informe del resumen.

También tuve alguna experiencia al participar un poco en la discusión del proyecto de ley de modificación de la Ley de ISAPRE. La idea es que las ISAPRE, que son privadas, no tengan acceso a la ficha, sino que tengan el derecho de pedir informe sobre ellas al prestador. Que el prestador le informe sólo lo que interesa a la ISAPRE privada respecto al paciente, específicamente.

Sobre la “Decisión informada”, decíamos que el paciente tenía el derecho de decidir si se le hacía un determinado tratamiento o no. Aquí empiezan ya más fuertemente los temas valóricos, que pueden ser muy discutidos porque se puede llegar hasta el tema de la eutanasia, ya que por esta vía es posible llegar a este punto. ¿Hasta dónde la persona puede tomar una decisión, siempre que sea ésta una decisión informada, de otorgar o denegar tratamiento con el único objetivo de prolongar artificialmente la vida de modo irracional o desproporcionado? Es algo sumamente interesante e importante en el tema biomédico, en Chile, por lo menos, para que las personas tengan algún margen de decisión cuando la tecnología avanza de tal manera que permita prolongar la vida artificialmente más allá, y no caer en un problema ético o ensañamiento terapéutico. Entonces, tiene que haber un límite.

El derecho al cuidado paliativo, o sea, a pesar de que el paciente diga “no me conecten a la máquina respiradora artificial si estoy en estas condiciones”, eso

no significa que lo dejen morir así. Hay que darle el tratamiento de los cuidados paliativos. En la Ley de Régimen de Garantía en Salud, a la promoción, la prevención, el tratamiento curativo, se agregó el tratamiento paliativo y hoy día ya tenemos 17 condiciones o problemas de salud que están en un plan piloto donde los cuidados paliativos de enfermedades de cáncer están garantizados.

El consentimiento libre y escrito para incorporarse en un protocolo de investigación también debe formar parte de una decisión informada.

En cuanto al control de los medicamentos e insumos, me parece un sueño que quedara incluido en la ley. Existe a nivel de clínica, un abuso exagerado. Por ejemplo, cuando se suministra una pastilla se cobra la caja completa. Además, la cobran a un precio más o menos 5 veces superior al precio en farmacia.

Lo que va en el proyecto de ley al respecto me parece ideal. Ojalá pase por la aprobación de los Senadores:

Sería obligatorio:

- Que se exhiba la lista de precios de los insumos;
- Que se informe el plazo para el pago y el cargo por intereses;
- Que el pago sea por unidad utilizada de medicamentos. Si no se usó la caja, cobrar sólo la dosis unitaria y si se acredita precio de farmacia menor al establecimiento, que se pague el precio de farmacia.

Efectuar consultas y reclamos es un derecho sobre el cual el Ministerio de Salud debe fijar el procedimiento, el plazo y la forma en que se responda.

Es deber del paciente:

- Cumplir la normativa de prevención e instrucción de la autoridad sanitaria. (Afortunadamente en Chile, las campañas de salud pública han sido de gran éxito. Hemos tenido problemas de infecciones importantes en algunos períodos, pero las campañas del Ministerio de Salud, tenemos que reconocerlo, en general han sido muy exitosas).
- Informarse sobre el funcionamiento y normas del establecimiento de salud.
- Conocer previamente los mecanismos de financiamiento y los precios.
- Enterarse de los procedimientos de consulta y reclamo. Se debe notar que este aspecto se mira como un derecho y un deber. Por una parte, debe saber como consultar y reclamar, pero al mismo tiempo, debe informar y debe reclamar, si es que corresponde.
- Cuidar las instalaciones y equipos.

- Informar verazmente los antecedentes para un adecuado diagnóstico.
- Decidir sobre el tratamiento propuesto y cumplir las indicaciones. Cuando ya esté informado de cuál es el procedimiento y cuáles son las alternativas que tiene y tome la decisión informada, luego debe cumplir con las indicaciones.

Creo que es todo lo que me corresponde exponerles, por el momento. Gracias.