

Santiago, 24 de enero de 2022

**REF: INICIATIVA CONVENCIONAL
CONSTITUYENTE SOBRE EL DERECHO
A LA SALUD**

PARA: Mesa Directiva de la Convención Constitucional.

DE: Natalia Henríquez Carreño, Daniel Bravo Silva, Loreto Vallejos Dávila, Francisca Arauna Urrutia, César Uribe Araya, Dayyana González Araya, Ingrid Villena Narbona, Francisco Caamaño Rojas, Camila Zárate Zárate, Cristobal Andrade León, Loreto Vidal Hernández, Ivanna Olivares Miranda.

De conformidad a lo dispuesto en los artículos 81, 82, 83 y 84 del Reglamento General de la Convención Constitucional, las y los convencionales constituyentes que suscriben, presentamos la siguiente iniciativa convencional constituyente sobre el “Derecho a la Salud”.

Atendido su contenido, corresponde que esta iniciativa constituyente fuere remitida a la Comisión de DERECHOS FUNDAMENTALES.

I. ANTECEDENTES Y FUNDAMENTOS.

Una de las principales demandas sociales de la última década ha sido por una salud digna y de calidad. Lo anterior, por cuanto el modelo consagrado en la actual Constitución se basa en el Estado subsidiario, el cual se arraiga fuertemente en el individualismo, tanto a la hora de reconocer el derecho a la salud como al momento de garantizarlo. Esto implica que el Estado asume lo sobrante, aquello que no resulta atractivo o rentable para el sector privado¹.

¹ Raúl Allard Soto, Mônia Clarissa Hennig Leal, Liliana Galdámez Zelada. Estudios constitucionales: Revista del Centro de Estudios Constitucionales, ISSN-e 0718-5200, ISSN 0718-0195, Año 14, Nº. 1, 2016, págs. 95-138, p.133

Antes de la Reforma sanitaria de Acceso Universal a Garantías Explícitas (en adelante AUGE), las normas que reglamentaban y desarrollaban el derecho a la protección de la salud garantizaban la entrega de prestaciones mínimas exclusivamente para salvaguardar la vida. El caso paradigmático en este sentido lo constituye la Ley N° 18.469, que "Regula el ejercicio del derecho constitucional a la protección de la salud", y su modificación por la Ley N° 19.650, el año 1999, que estableció para todos los centros médicos del país la prohibición de exigir dinero, cheques u otros instrumentos financieros para avalar el pago o condicionar de cualquier otra forma una "atención médica de urgencia". Para los demás casos, la regla era la prestación del servicio de forma limitada, de modo que las omisiones o negativas del Estado a entregar atención médica no se estimaban, por los tribunales, arbitrarias o ilegales, puesto que se habría condicionado fuertemente el otorgamiento de las prestaciones de salud. En efecto, argumentaba la jurisprudencia, "la Ley N° 18.469, que regula el derecho constitucional a la protección a la salud y crea un régimen de prestaciones de salud, señala en su artículo 11 que las prestaciones comprendidas en el régimen "se concederán por esos organismos a través de sus establecimientos, con los recursos físicos y humanos de que dispongan". Luego, se entendía que se trataba de un derecho que no poseía contenido constitucional propio y que estaría falto de garantías, ya que este no se encuentra contemplado expresamente como derecho protegido por la acción de protección en el artículo 20 de la actual Constitución²

No será sino hasta después de la reforma generada con el Plan AUGE, el año 2004, que la jurisprudencia tanto de la Corte Suprema como del Tribunal Constitucional permite defender la tesis de que nuestra Constitución y legislación común adhiere a los postulados del liberalismo igualitario apuntando a garantizar, de modo universal, un mínimo sanitario decente. El Poder Legislativo, por medio de la Reforma Sanitaria, al fin habría especificado tanto el núcleo del derecho (el "mínimo sanitario decente" conformado por las enfermedades GES vigentes) como sus garantías asociadas³. Es decir, hace menos de 20 años que se reconoce la existencia de un verdadero derecho a la salud.

Sin embargo, aquello no resuelve el problema de fondo, que tiene relación con la estructura del Sistema de Salud, de los únicos en el mundo que destaca por *la falta de regulación y control*

² Zúñiga Fajuri, Alejandra. (2011). EL DERECHO A LA VIDA Y EL DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD EN LA CONSTITUCIÓN: UNA RELACIÓN NECESARIA. *Estudios constitucionales*, 9(1), 37-64. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-52002011000100003>

³ Zúñiga Fajuri, Alejandra. (2011).

de los privados y con el débil rol del Estado en la efectiva protección y garantía del derecho. Es por ello, que debemos cambiar el paradigma actual, a través de la consagración de un derecho a la salud dotado de contenido y estructurado en base a una real mirada de salud pública.

Para la completa comprensión de la propuesta de texto de la iniciativa que al final de este documento se presenta, es importante tener presente algunos conceptos y definiciones que son propios de la disciplina de la salud pública, tales como el derecho a la salud integral; los determinantes sociales, salud en todas las políticas y funciones esenciales; y Sistemas de Salud conforme al Marco de la Organización Mundial de la Salud

1. Derecho a la salud integral

Salud como derecho

Con el fin de la Segunda Guerra Mundial y la creación de Naciones Unidas podemos encontrar una primera mención a, la promoción de los “niveles de vida más elevados”, a la necesidad de abordar los “problemas internacionales de carácter económico, social y sanitario”, entre otros y, a fundarlo en el “respeto universal a los derechos humanos y libertades personales” sin discriminación. Esto es posteriormente establecido en la Declaración Universal de Derechos Humanos en 1948, en su artículo 25 que señala:

“1. Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad.

2. La maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales. Todos los niños, nacidos de matrimonio o fuera de matrimonio, tienen derecho a igual protección social.”⁴

⁴ La Declaración Universal de Derechos Humanos fue adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas mediante la Resolución 217 A (III), el 10 de diciembre de 1948.

De igual manera, esto es desarrollado en el Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales (DESC) de 1967 al indicar en su artículo 12 que:

- “1. Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.*
- 2. Entre las medidas que deberán adoptar los Estados Partes en el Pacto a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, figuran las necesarias para:*
- a) La reducción de la mortalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños;*
 - b) El mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente*
 - c) La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas;*
 - d) La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad.”⁵*

Posteriormente, las Naciones Unidas, en su Observación General N°14 del año 2000 plantea “cuestiones sustantivas en la aplicación” del Pacto Internacional DESC, en cuanto a los elementos esenciales e interrelacionados que abarca el derecho a la salud y que se insta a los Estados Partes a aplicar, como son: “a) Disponibilidad; b) Accesibilidad; c) Aceptabilidad y d) Calidad.”⁶

Definición de salud

Por su parte, es importante señalar cómo la concepción de la salud ha cambiado en el último siglo. Durante la Conferencia Sanitaria Internacional, en 1946 se establece la definición de salud en la Constitución de la Organización Mundial de la Salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”⁷, concepto que se toma nuevamente en el Pacto Internacional de los Derechos Económicos,

⁵ El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales fue adoptado por la Asamblea General de las Naciones Unidas mediante la Resolución 2200A (XXI), el 16 de diciembre de 1966 y entró en vigor el 3 de enero de 1976.

⁶ Observación General N°14. Naciones Unidas, Consejo Económico y Social, Comité de Derechos Económicos, 22° periodo de sesión, año 2000, Ginebra.

⁷ La Constitución fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional de las Naciones Unidas, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados, y entró en vigor el 7 de abril de 1948.

Sociales y Culturales (DESC) de 1967 al indicar en su Art.12 inciso primero que se reconoce “el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”⁸, el cual es coincidente con lo señalado en el “Protocolo de San Salvador” de 1988 que aborda las dimensiones física, mental y social.

Sin embargo, la comprensión de la salud ha cambiado y es así como actualmente se plantea una conceptualización integral de la salud reconociendo no sólo las tres dimensiones clásicas sino también su ámbito cognitivo, afectivo, emocional, motriz, las condiciones de vida, sociales, culturales, económicas, políticas, medio ambientales y su contexto histórico ligado a las creencias, conocimientos y ciencia de cada época⁹, interpretación que es desarrollada en la Parte 1, sobre el “Contenido normativo del Artículo 12” en la Observación General N°14¹⁰.

De este modo entendemos que, el derecho a la salud como derecho fundamental reconocido en las normas internacionales de derechos humanos es una salud desde un enfoque integral, que no se agota en la comprensión actual de los sistemas físico, mental, social o material y que requiere del respeto de los saberes propios de la época y de los saberes tradicionales propios de los pueblos y naciones indígenas.

2. Determinantes sociales, salud en todas las políticas y funciones esenciales

Determinantes sociales de la salud

La inequidad en salud se entiende como todas aquellas diferencias, injustas y evitables que se producen en salud y que no considera las diferencias inherentes a la persona. Se deben a las condiciones en donde la persona nace, crece, vive, trabaja y envejece, también llamados, determinantes sociales de la salud. Sumado a ello, se entienden como, política, social y económicamente inaceptables.

⁸ *Ídem* 5

⁹ Luis Valenzuela. La salud, desde una perspectiva integral, Revista Universitaria de la Educación Física y el Deporte. Año 9, N° 9, pp: 50 – 59, 2016, Montevideo (Uruguay).

¹⁰ *Ídem* 6

La promoción de la equidad en salud es fundamental para un desarrollo sostenible, una mejor calidad de vida y estado general de bienestar, pudiendo contribuir a la paz y a la seguridad social. Se distinguen al menos cinco puntos necesarios para atacar la inequidad en salud:

- i) Adoptar una mejor gobernanza en pro de la salud y del desarrollo.
- ii) Fomentar la participación en la formulación y aplicación de las políticas.
- iii) Seguir reorientando el sector de la salud con miras a reducir las inequidades sanitarias.
- iv) Fortalecer la gobernanza y la colaboración en todo el mundo.
- v) Vigilar los progresos y reforzar la rendición de cuentas¹¹.

Salud en todas las políticas

La salud en todas las políticas se entiende en la declaración de Helsinki, como una estrategia que permite mejorar la salud de la población y aumentar la equidad de esta, basándose en un trabajo conjunto con otros sectores sociopolíticos, de manera de tener siempre en cuenta la salud en la creación de políticas públicas y el impacto que estas pueden generar en la salud de las personas y sus comunidades.

Es una respuesta práctica a la falta de capacidad de los gobiernos y los sistemas de salud para asegurar la salud como un derecho, frente a intereses económicos y el poder del mercado, proporcionando un marco regulatorio en pos de un sistema que entienda a la salud como un derecho humano¹².

Nuevo marco conceptual funciones esenciales de la salud pública

Las funciones esenciales de la salud pública (en adelante, FESP) nacen en el año 2000 en respuesta a una serie de reformas regionales que amenazaban durante este y el siglo pasado con reducir el rol del estado y la salud pública, especialmente el rol rector.

Cambios desde ese entonces hasta la fecha, en especial la emergencia de enfermedades infecciosas y el cambio climático, hace necesario actualizar las funciones esenciales de la salud

¹¹ Declaración política de Río sobre determinantes sociales de la salud. Conferencia Mundial sobre Determinantes Sociales de la Salud, del 19 al 21 de octubre de 2011, Río de Janeiro (Brasil).

¹² La declaración de Helsinki sobre Salud en Todas las Políticas. Conferencia Mundial de Promoción de la Salud, del 10 al 14 junio 2013, Helsinki (Finlandia).

pública frente a sistemas de salud que se ven desafiados para mantener la calidad de la atención y que muestra lo frágil que estos pueden llegar a ser.

No basta con el fortalecimiento frente al riesgo, sino que los sistemas de salud deben enmarcarse en un desarrollo sostenible nutridos de componentes de la protección social y un fortalecimiento de la salud pública. Lo anterior, puesto que el ejercicio de las funciones esenciales de la salud pública busca la equidad en salud a través de acciones intersectoriales y políticas públicas integrales¹³.

Se distinguen cuatro pilares fundamentales que le dan operatividad a la salud pública y permiten ampliar el campo de las FESP:

Pilar 1: *Aplicar valores éticos de la salud pública para abordar las inequidades en relación con la salud y sus causas.*

Estos valores los entrega principalmente La Declaración Universal de Derechos Humanos, entregando un marco a los Estados para respetar, proteger y alcanzar el derecho a la salud.

La Organización Panamericana de la Salud, por su parte, utiliza los valores del derecho a la salud, solidaridad y equidad como fundamentos y principios para el fortalecimiento de los sistemas de salud y la disminución de inequidades.

Sumado a ello, la Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018 - 2030, agrega los valores de universalidad e inclusión social.

Pilar 2: *Abordar las condiciones sociales, económicas, culturales y políticas que determinan la salud de las poblaciones.*

La necesidad de abordar estos determinantes se debe a que reproducen inequidades persistentes y evitables en materia de salud y opacan los logros alcanzados.

La Estrategia regional para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud reconoce que se deben abordar estos determinantes con medidas intersectoriales para poder garantizar el acceso a la salud para todos y la reducción de inequidades.

¹³ Las funciones esenciales de la salud pública en las Américas. Una renovación para el siglo XXI. Marco conceptual y descripción. Organización Panamericana de la Salud, 2020.

Pilar 3: *Garantizar el acceso universal a servicios de salud pública integrales e integrados, individuales y colectivos.*

La OPS define acceso a la salud como “la capacidad de utilizar servicios de salud integrales, adecuados, oportunos y de calidad, en el momento en que se necesitan”.

Por servicios integrales de salud se entiende “acciones poblacionales y/o individuales, cultural, étnica, y lingüísticamente apropiadas, con enfoque de género, que tomen en consideración las necesidades diferenciadas para promover la salud, prevenir las enfermedades, prestar atención a la enfermedad [...] y ofrecer los cuidados de corto, mediano y largo plazo necesarios”.

Desde esta perspectiva se entiende que los servicios de salud intervienen en cinco niveles:

1. Abordaje de los determinantes sociales de la salud.
2. Intervenciones que buscan cambiar factores contextuales que afectan a la salud.
3. Intervenciones de protección con beneficio a largo plazo.
4. Cuidados de atención individual.
5. Intervenciones de educación para la salud.

Se reconoce la salud pública como un componente del sistema de salud, el cual busca promover, restablecer o mantener la salud. Si bien en el último tiempo se han visto en carriles bastante paralelos la salud pública tiene la oportunidad de cambiar los sistemas de salud para que promuevan la prevención y la vida saludable. .

Pilar 4: *Expandir la función de rectoría de las autoridades de salud para abordar los desafíos de la salud pública.*

Se entiende la rectoría, según la OPS, como “capacidad de liderazgo de las autoridades de salud para conformar y apoyar una acción colectiva que permita la creación, el fortalecimiento o el cambio de las estructuras de gobernanza del sistema de salud”.

Por otro lado, se entiende a la salud pública como multisectorial, más aún en este contexto donde se debe hacer frente a problemas de salud complejos como las enfermedades crónicas, cambio climático, enfermedades infecciosas y violencia.

Resoluciones extranjeras como, Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, Declaración de Río, Declaración de Helsinki y Declaración de Astaná, llaman a las autoridades de salud a ser convocantes en torno a la salud pública, con un liderazgo hacia con otros organismos, que pueden ser o no del ámbito de salud, entendiendo de otra forma la rectoría.



Figura 1: Caracterización de las funciones esenciales de la salud pública en el abordaje integrado de la salud pública. Tomado de “Las funciones esenciales de la salud pública en las Américas. Una renovación para el siglo XXI. Marco conceptual y descripción”, OPS, 2020.

3. Sistemas de Salud. Marco de la Organización Mundial de la Salud

Marco conceptual

La organización mundial de la salud en el año 2000 propuso un marco conceptual para promover una mejor comprensión de lo que es un sistema de salud y cómo fortalecerlo¹⁴. De este modo a partir de las funciones de los sistemas de salud se establecen “bloques” o componentes de los sistemas, que incluyen en la versión de 2007 del marco conceptual, los componentes de: entrega de servicios, personal sanitario, información, productos médicos, vacunas y tecnología, financiamiento, liderazgo y gobernanza, previamente unificado en el concepto de rectoría del sistema¹⁵.

En su última versión de 2021, la OMS hace énfasis en la necesidad de tener “sistemas de salud para la seguridad sanitaria” a consideración de las reflexiones y análisis surgidos a partir de la pandemia de los dos últimos años por SARS-COV2 y que convoca a los Estados a fortalecer los recursos y capacidades de los sistemas sanitarios para gestionar de manera efectiva las

¹⁴ Informe sobre la salud en el mundo 2000. Mejorar el desempeño de los sistemas de salud. Organización Mundial de la Salud, 2000.

¹⁵ Un asunto de todos: fortaleciendo los sistemas de salud para mejorar los resultados sanitarios: el marco de acción de la OMS. Organización Mundial de la Salud, 2007.

emergencias sanitarias, y al mismo tiempo, mantener la continuidad de los servicios de salud en todo momento, lo que requiere “desarrollar, reforzar y mantener las capacidades del reglamento sanitario internacional y los componentes de los sistemas de salud”, sobre una base de “comunidades resistentes que están involucradas en proyectos, intervenciones o actividades que abordan los asuntos que afectan su bienestar, incluso antes de las emergencias sanitarias y durante estas”. Este marco mantiene seis componentes del sistema destinados a cumplir con seis objetivos, los cuáles considera: a) seguridad sanitaria mejorada; b) capacidad de respuesta; c) sistema de salud resiliente, d) protección social y financiera, e) eficacia mejorada y f) poblaciones más sanas¹⁶, tal como se muestra en la Figura 2:

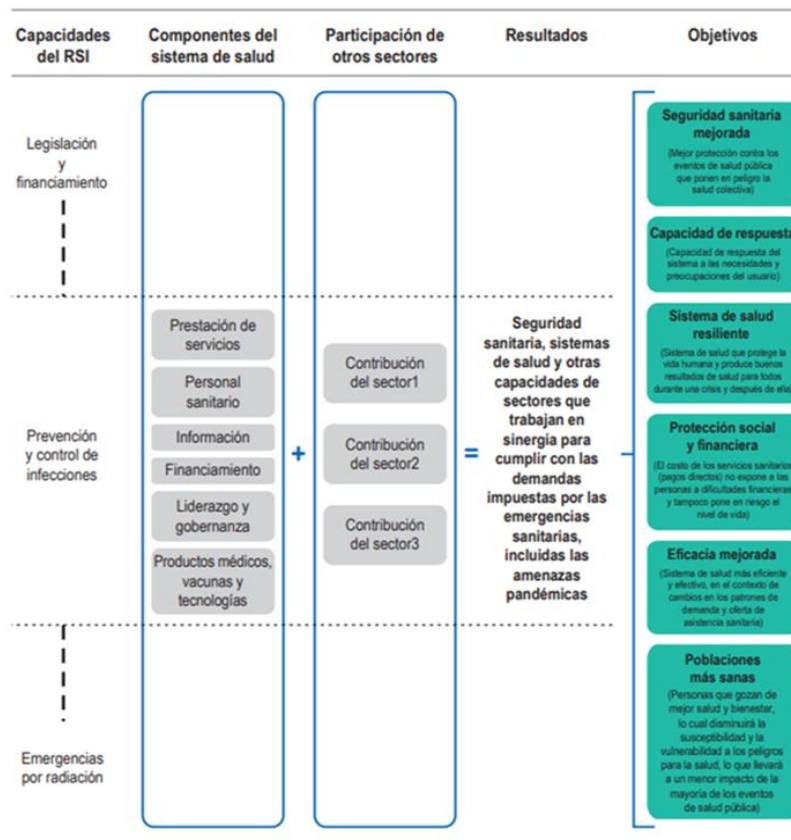


Figura 2: Construir las capacidades de los sistemas de salud para la seguridad sanitaria para cubrir las demandas impuestas por la emergencia sanitaria ▲

Figura 2: Marco conceptual de los sistemas de salud que muestra sus componentes y objetivos.

Tomado de Sistemas de salud para la seguridad sanitaria, OMS, 2021.

¹⁶ Sistemas de salud para la seguridad sanitaria: marco para desarrollar las capacidades del Reglamento Sanitario Internacional y componentes de los sistemas de salud y otros sectores que trabajan en sinergia para cumplir con las demandas impuestas por las emergencias en salud. Organización Mundial de la Salud 2021

Componentes del Sistema

Ahora bien, un sistema de salud se estructura en base a los siguientes componentes:

De la rectoría (liderazgo y gobernanza). Implica asegurar que los marcos de política estratégica existan y estén combinados con supervisión efectiva, coaliciones constructivas, regulaciones, atención al diseño de sistema y responsabilidad.

Del financiamiento. Un buen sistema financiero sanitario reúne fondos adecuados para la salud, de manera que asegura a las personas que pueden usar los servicios necesarios, y que están protegidas de un desastre económico o empobrecimiento relacionado con su pago. Proporciona incentivos a los proveedores y usuarios para que sean eficientes.

De la prestación de servicios. Los servicios de salud receptivos son aquellos que proporcionan intervenciones sanitarias de calidad, efectivas, seguras, personales y no personales a aquellos que las necesitan, cuando y donde lo necesitan, con el mínimo gasto de recursos.

Del personal sanitario. Personal sanitario con buen desempeño es el que trabaja de manera que receptiva, equitativa y eficiente para lograr los mejores resultados de seguridad sanitaria posibles. (p.ej. existe personal suficiente, están distribuidos equitativamente, son competentes, receptivos y productivos).

De la información en salud. Un sistema de información sanitaria que funciona bien es el que asegura que la producción, el análisis, la diseminación y uso fiable y oportuno de la información sobre los factores de sanidad, el desempeño de los sistemas de Salud y los estados de sanidad.

De los productos médicos, vacunas y tecnologías. Un sistema sanitario con buen desempeño garantiza el acceso equitativo a medicamentos esenciales, vacunas y tecnologías de calidad asegurada, seguras, eficaces y rentables y su buen estado científico y rentabilidad de uso.

Por tanto, en vista de todo lo revisado, la iniciativa presentada pretende reconocer el derecho a la salud desde una perspectiva basada en los conocimientos actuales sobre salud pública, pero

además, poniendo a las personas y a las comunidades en el centro, dejando atrás la lógica de un estado subsidiario.

II. CONTENIDO DE LA INICIATIVA.

La presente iniciativa establece en su inciso primero la salud como derecho fundamental, con todos los atributos que esto le confiere en la jurisprudencia nacional e internacional y realizando una conceptualización amplia y dinámica al establecer la “salud integral”, completando su sentido al señalar que el ejercicio del derecho podrá realizarse de forma individual y colectiva, reconociendo de este modo el derecho a la salud de las comunidades, pueblos y naciones indígenas.

Luego, en su inciso segundo se explicita cómo el Estado dará garantía a ese derecho por medio de un único Sistema Nacional de Salud que tendrá a su cargo el liderazgo y gobernanza del sistema y que, por tanto, deberá generar la institucionalidad necesaria para definir e implementar las políticas públicas intersectoriales considerando el abordaje de los determinantes sociales desde la salud en todas las políticas.

En su tercer inciso se establecen los principios que se deben tener especialmente presente al momento de concebir cualquier decisión relativa al derecho a la salud, lo que no restringe ni agota su comprensión. Igualmente, se incluye un concepto importante para la gestión del sistema, indicando que éste será integrado con el objetivo de tender a la eliminación de la fragmentación y segmentación del sistema, así como, de alcanzar el acceso y cobertura universal de salud.

El cuarto inciso precisa el financiamiento del Sistema, indicando que este será principalmente a través de impuestos generales, permitiendo de igual manera, pero de manera complementaria las cotizaciones. Junto a ello, se limita el rol de los seguros privados, impidiendo que estos tengan puedan duplicar la acción del Estado.

A continuación, el quinto, sexto y séptimo inciso hacen referencia a componentes del sistema salud que son importantes indicar dado la historia sanitaria desde la dictadura al estallido social, estos son respectivamente, prestadores, personal sanitario y sistema de información en salud.

En el octavo inciso, se busca generar un mandato al Estado en cuanto a su rol internacional en materia de salud.

En el último inciso, se explicita el debido reconocimiento y protección de este derecho para los pueblos indígenas.

Finalmente, se disponen de artículos transitorios que permiten operativizar la norma propuesta, en especial, respecto a la integración del Sistema Nacional de Salud.

III. PROYECTO DE ARTICULADO.

Artículo XX. Derecho a la Salud.

La Constitución garantiza a todas las personas el derecho a la salud integral, individual y colectiva.

El Estado garantiza este derecho y debe liderar y ejercer la gobernanza de un único Sistema Nacional de Salud, mediante un trabajo intersectorial para la regulación, diseño, ejecución, supervisión, vigilancia, fiscalización y evaluación de las políticas sanitarias. El Estado debe considerar en todas sus decisiones los determinantes sociales de la salud.

El Sistema Nacional de Salud será integrado y deberá asegurar el acceso y cobertura universal de salud. Este se rige por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, inclusión y no discriminación, integralidad, interculturalidad, enfoque de género, pertinencia territorial, eficacia, calidad y progresividad. El Estado promoverá la participación vinculante social y comunitaria en las políticas de salud y las condiciones para su ejercicio efectivo, incluyendo la educación en salud.

El Sistema Nacional de Salud se financiará a través de impuestos generales. Adicionalmente, la ley podrá establecer el cobro obligatorio de cotizaciones a empleadores y trabajadores. La administración de los fondos será de exclusiva responsabilidad de una entidad pública regida por los principios de la seguridad social, especialmente la solidaridad y justicia social. Podrán existir

seguros privados voluntarios los que en ningún caso podrán duplicar el rol del Estado. Ninguna persona podrá incurrir en un gasto catastrófico en salud.

Las prestaciones de servicios sanitarios deben ser equitativas, efectivas, seguras y de calidad. Estas podrán ser efectuadas por instituciones u organizaciones públicas o privadas sin fines de lucro. Es deber del Estado velar por el fortalecimiento y desarrollo de las instituciones públicas. Su acción preferente será la promoción y prevención de la salud, además de las acciones de diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, urgencia, inclusión, cuidados paliativos y de fin de vida. La atención primaria constituye la base del sistema nacional de salud.

Es deber del Estado la planificación de la formación, distribución y capacitación permanente del personal sanitario.

El Estado debe implementar un sistema de información en salud que facilite la integración del Sistema Nacional de Salud,

El Estado promoverá y participará de las instancias internacionales orientadas a fortalecer la salud global.

Es deber del Estado, sus órganos y sus autoridades, en el ámbito de sus competencias, promover, respetar, proteger y garantizar el derecho humano a la salud de los pueblos y naciones indígenas, con la participación y cooperación de los pueblos interesados.

Artículo XX. Transitorio. En el plazo de dieciocho meses desde la entrada en vigencia de la Constitución, se dictará una ley sobre el único Sistema Nacional de Salud, la cual regulará el liderazgo y gobernanza, el financiamiento, el personal sanitario, las prestaciones de servicios de salud y la participación comunitaria. La misma ley deberá regular el procedimiento de integración al Sistema Nacional de Salud de todas las instituciones y organizaciones sanitarias, incluidas a lo menos las públicas, privadas, las de orden, seguridad y fuerzas armadas, las mutualidades y las organizaciones de beneficencia que ofrezcan prestaciones de servicios de salud.

La ley establecerá un procedimiento para la revisión de los contratos otorgados por el Estado para la construcción de establecimientos sanitarios en todos sus niveles de atención

IV. FIRMAS.



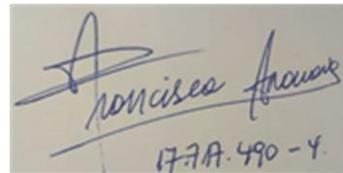
NATALIA
HENRÍQUEZ CARREÑO
Distrito 09



DANIEL
BRAVO SILVA
Distrito 05



LORETO
VALLEJOS DÁVILA
Distrito 15



FRANCISCA
ARAUNA URRUTIA
Distrito 18

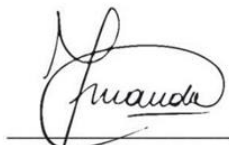


CÉSAR URIBE ARAYA
15.677.0019
CONSTITUYENTE DISTRITO 19

CÉSAR
URIBE ARAYA
Distrito 19



DAYYANA
GONZÁLEZ ARAYA
Distrito 3



Ingrid Villena Narbona
INGRID
VILLENA NARBONA
Distrito 13



FRANCISCO
CAAMAÑO ROJAS
Distrito 14



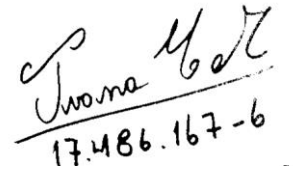
CAMILA
ZÁRATE ZÁRATE
Distrito 7



CRISTOBAL
ANDRADE LEÓN
Distrito 05



LORETO
VIDAL HERNÁNDEZ
Distrito 20



IVANNA
OLIVARES MIRANDA
Distrito 6