



INICIATIVA DE NORMA CONVENCIONAL CONSTITUYENTE

Derecho a la Salud

MAT.: Iniciativa constituyente
01 de febrero de 2022

DE: Convencionales Constituyentes Firmantes

Convencionales Constituyentes de la República de Chile

PARA: Sra. María Elisa Quinteros

Presidenta de la Convención Constitucional

En virtud de lo dispuesto en los artículos 81 y siguientes del Reglamento General de esta Convención Constitucional, nos dirigimos respetuosamente a usted en su calidad de presidenta de la Convención para presentar una iniciativa de norma constituyente sobre “Derecho a la Salud”. Solicitamos, asimismo, que se declare admisible, se dé cuenta al pleno y se distribuya a la Comisión de Derechos Fundamentales para su debate. Todo lo anterior, en razón de los siguientes antecedentes:

I. ANTECEDENTES

La salud en Chile

La actual Constitución chilena (1980), en su artículo 19, número 19 regula el Derecho a la protección de salud, así *“El Estado protege el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación del individuo”* siendo deber del Estado el *“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”*. Le sigue a lo anterior que *“Cada persona tendrá el derecho a elegir el sistema de salud al que desee acogerse, sea éste estatal o privado”*.



A partir de lo anterior, la Constitución vigente centra el problema de la salud en la garantía de acceso a los sistemas y elección entre prestadores privados y públicos, abriendo paso al sistema altamente privatizado que tenemos hoy día. En este sistema el derecho a elegir entre el sistema privado o público ha generado una estructura de financiamiento del sector que se caracteriza por estar fragmentada (entre un sector público y privado) entre los cuales la población se distribuye según riesgo de enfermar e ingresos económicos, por lo que el derecho a elegir, es más bien una capacidad de optar para un segmento reducido de la población, en función de condiciones materiales y de la selección que realizan los prestadores privados.

Por otro lado, el financiamiento vía cotizaciones obligatorias que permite la norma, se ha desarrollado mediante administradoras de un seguro público de salud – el Fondo Nacional de Salud (FONASA) – y seguros privados (ISAPRES). FONASA opera como un seguro universal, en el cual los recursos se distribuyen dentro de sus afiliados solidarizando riesgos, sin distinciones de contribuciones según edad, sexo o estado de salud. Por otro lado, las ISAPRES son seguros privados con fines de lucro cuyas primas se fijan de forma individual dependiendo de las características del afiliado/a que se relacionan a su riesgo de enfermar (edad, sexo y estado de salud) y el plan de salud ofertado.

Al ser los afiliados a ISAPRES la población con más altos ingresos, éstas recaudan el 46% del monto proveniente de cotizaciones obligatorias que luego se destina al 16,5% de la población afiliada a estas aseguradoras privadas. Si bien las cotizaciones obligatorias no son la única fuente de recaudación, en términos de recursos financieros per cápita esto se traduce en que mientras el seguro público de salud cuenta con un monto total mensual per cápita de 36 mil pesos, las aseguradoras privadas disponen de 67 mil pesos mensuales por afiliado (datos del 2017).

Todo lo anterior indica que el sistema de salud chileno está estructuralmente segmentado por ingresos y por características individuales relacionadas al riesgo de enfermar, lo cual se traduce en un sistema de salud inequitativo, con un uso ineficiente de los recursos disponibles, lo que conlleva a un financiamiento insuficiente del sector público.

Derecho a la Salud

La Constitución de la Organización Mundial de la Salud (1946) describe la salud como *“un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”* y declara que *“El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos*



fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social”. Asimismo, declara la importancia de considerar la salud como un bien común y por tanto, como responsabilidad de los Estados, puesto que “La salud de todos los pueblos es una condición fundamental para lograr la paz y la seguridad, y depende de la más amplia cooperación de las personas y de los Estados (...) Los gobiernos tienen responsabilidad en la salud de sus pueblos, la cual sólo puede ser cumplida mediante la adopción de medidas sanitarias y sociales adecuadas”.

El Derecho a la Salud se encuentra garantizado en distintos instrumentos internacionales de derechos humanos de carácter mundial y regional, y en pactos sobre grupos específicos. A nivel mundial, es reconocido en la Declaración Universal de Derechos Humanos y en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. A continuación se detalla el derecho a la salud en los pactos internacionales y se enlistan los pactos específicos de poblaciones que tratan el derecho a la salud.

a) Derecho a la Salud en Pactos Internacionales

<p><i>Declaración Universal de Derechos Humanos (1948).</i></p>	<p>Artículo 25</p> <p>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 y otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad.</p>
<p><i>Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966).</i></p>	<p>Artículo 12</p> <p>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.</p> <p>Entre las medidas que deberán adoptar los Estados Partes en el Pacto a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, figurarán las necesarias para:</p> <p>a) La reducción de la mortalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños;</p> <p>b) El mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente;</p>



	<p>c) La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas;</p> <p>d) La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad.</p>
--	---

b) Derecho a la Salud en Pactos sobre grupos específicos:

- Convenio sobre Derechos del Niño (CDN), 1989. art. 23, 24 y 25
- Declaración de los derechos del niño, 1954 art. 4
- Declaración sobre eliminación de la violencia contra la mujer, 1993 art. 3
- Convención sobre eliminación de todas las formas de Discriminación contra la mujer, (CEDAW), 1979. art. 12
- Convención sobre Estatuto de los Refugiados, 1950 art. 24
- Convención sobre el Estatuto de los Apátridas, 1954 art. 24
- Declaración sobre el progreso y el desarrollo social, 1969 (art. 10.d); 11.a)
- Declaración de los derechos del retrasado mental, 1971 art. 2
- Declaración de los derechos de los impedidos, 1975 (art. 6)
- Convenio sobre pueblos indígenas y tribales # 169 OIT, 1989 (art. 25)
- Convenio sobre el marco promocional para la seguridad y salud en el trabajo, # 187, OIT, 2006 (art. 2,3,4)
- Convenio sobre el trabajo decente para los trabajadoras y trabajadores domésticos #189, (OIT, 2011). (art. 13)

Experiencias constitucionales en Latinoamérica

La salud es un derecho ampliamente reconocido en las Constituciones del mundo, y su abordaje varía según cada contexto. En Latinoamérica, existen distintas formas de reconocer este derecho para asegurar salud universal a la población. En Constituciones como la de Ecuador, Venezuela y Brasil este derecho se vincula por ejemplo al reconocimiento de los determinantes sociales de la salud, y la relevancia de las políticas públicas intersectoriales. En esta línea, la constitución de Brasil, por ejemplo, en su art. 192 plantea que este derecho estará *“garantizado por políticas sociales y económicas encaminadas a reducir el riesgo de enfermedad y otras enfermedades”*. Por otro lado, la



Constitución de Ecuador, en su art. 32 plasma de forma detallada los vínculos de la salud con otros aspectos de la vida social:

“La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir. El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales”

Con respecto al funcionamiento de los sistemas de salud, en Ecuador, Colombia y Brasil se aborda explícitamente la presencia de privados en el sistema. En Ecuador en el art. 366 se regula su accionar por medio de la prohibición del lucro en el caso de que reciban aportes fiscales. De esta forma dice: *“El Estado financiará a las instituciones estatales de salud y podrá apoyar financieramente a las autónomas y privadas siempre que no tengan fines de lucro, que garanticen gratuidad en las prestaciones, cumplan las políticas públicas y aseguren calidad, seguridad y respeto a los derechos”*. En los tres países se entrega la rectoría del sistema al Estado. Así, la constitución de Brasil, en su art 197 dice *“Las actividades y los servicios de salud son de importancia pública y es responsabilidad del Gobierno proporcionar, de conformidad con la ley, su reglamentación, supervisión y control. Dichas actividades y servicios se realizarán directamente o a través de terceros y también por personas físicas o jurídicas de derecho privado”*. En la misma línea, la constitución colombiana en su art. 49 plantea que corresponde al Estado *“establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control”*. Finalmente, la constitución de Ecuador en su art.361 plantea que *“El Estado ejercerá la rectoría del sistema a través de la autoridad sanitaria nacional”*, lo que complementa en el art 362 con que *“La atención de salud como servicio público se prestará a través de las entidades estatales, privadas, autónomas, comunitarias y aquellas que ejerzan las medicinas ancestrales alternativas y complementarias”*.

Como un ejercicio de ampliación del concepto de salud y como consecuencia de un reconocimiento constitucional de la diversidad de pueblos y naciones presente en los territorios latinoamericanos, países como Ecuador, Bolivia y Venezuela, han integrados en sus artículos la interculturalidad, ya sea como principio o, en el caso de Ecuador y Venezuela, avanzando específicamente hacia un reconocimiento de los sistemas de salud ancestrales. Así, la Constitución ecuatoriana, en su art. 360 plantea *“La atención de salud como servicio público se prestará a través de las entidades estatales, privadas, autónomas, comunitarias y aquellas que ejerzan las medicinas ancestrales alternativas y complementarias”*; mientras que la Constitución venezolana en el art. 122 plantea que *“Los pueblos indígenas tienen derecho a una salud integral que considere sus prácticas y*



culturas. El Estado reconocerá su medicina tradicional y las terapias complementarias, con sujeción a principios bioéticos”.

II. JUSTIFICACIÓN

a) Derecho a la salud integral y determinantes sociales y ambientales de la salud

Tomando los lineamientos propuestos por la normativa internacional acá revisada, el articulado presentado parte del reconocimiento del derecho a la salud integral, entendida, en términos de la OMS, como la salud física, mental y social¹. Además, el concepto de integralidad, de la mano del Modelo de Salud Integral impulsado por el Ministerio de Salud, se amplía a otras dimensiones como la cultural y espiritual, los ámbitos relacionados a las acciones de salud, a las etapas de vida, así como también la condición de salud y enfermedad que debe abordar el sistema². En esta definición de salud integral cobra por tanto relevancia la influencia de los modos de vida³ y el ambiente⁴ en la salud de la población, por lo que se reconocen, en su segundo inciso, las determinantes sociales y ambientales de la salud. Este reconocimiento implica entender el derecho a la salud “*estrechamente vinculado con el ejercicio de otros derechos humanos [...], en particular el derecho a la alimentación, a la vivienda, al trabajo, a la educación, a la dignidad humana, a la vida, a la no discriminación, a la igualdad, a no ser sometido a torturas, a la vida privada, al acceso a la información y a la libertad de asociación, reunión y circulación*”⁵, así como también a los derechos sexuales y reproductivos de las personas.

b) Sistema Universal

En Chile, el subsistema de salud privado puede sustituir la función de financiamiento del sector público. Bajo este esquema, parte de los fondos recaudados para la seguridad social son

¹ Organización Mundial de la Salud (2006). Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Documentos básicos, suplemento de la 45a edición.

² Ministerio de Salud. Subsecretaría de Redes Asistenciales. División de Gestión de la Red Asistencial (2005). Modelo de Atención Integral en Salud. Serie Cuadernos Modelo de Atención N° 1.

³ Akerman, M., Cavalheiro C., Bógus, C., Chioro, A. y Buss, P. (2010) Las nuevas agendas de la salud a partir de sus determinantes sociales. En: Organización Panamericana de la Salud. (2010). Determinantes ambientales y sociales de la salud. Washington D.C.

⁴ Organización Panamericana de la Salud. (2010). Determinantes ambientales y sociales de la salud. Washington D.C.

⁵ ONU: Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CESCR), Observación general N° 14 (2000) : El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales), 11 Agosto 2000, E/C.12/2000/4, disponible en esta dirección: <https://www.refworld.org/es/docid/47ebcc492.html> [Accesado el 31 Enero 2022]



administrados por aseguradoras privadas con fines de lucro, configurando un aseguramiento fragmentado y segmentado que conlleva a una organización inequitativa e ineficiente del sistema de atención de salud en nuestro país. Para revertir esta situación y construir en Chile un sistema de salud que promueva el ejercicio efectivo de los derechos, se deben resguardar ciertos principios que ordenen el diseño del sistema de salud tales como la equidad, universalidad, solidaridad, integralidad, interculturalidad, pertinencia territorial, descentralización, eficacia, calidad, enfoque de género, progresividad y no discriminación.

El principio de universalidad se desprende del reconocimiento de la dignidad de todas las personas sin distinción de ningún tipo, por lo que los derechos humanos le corresponden a toda persona por el simple hecho de serlo. En términos de políticas sociales, el principio de universalidad en su esencia implica que debe cubrir a todas las personas en igualdad de términos y condiciones. La solidaridad es el principio elemental de un sistema de seguridad social, en el que cada persona aporta al sistema según su capacidad y recibe beneficios según su necesidad. La equidad se refiere a la ausencia de diferencias injustas, evitables, y socialmente construidas. En términos de salud, se refiere a las diferencias sistemáticas e injustas en los resultados en salud de las personas y comunidades y en la exposición a sus determinantes. Para construir condiciones equitativas dentro de la población se debe considerar las necesidades específicas de grupos particulares y tomar medidas correctivas ante la presencia de inequidades sociales y de salud. Requiere además asegurar que las personas con mayores necesidades de salud accedan con mayor prioridad al sistema de atención. Dentro de esto se considera también acoger un enfoque de género, que implica un enfoque analítico en el que se reconocen las múltiples identidades de género y las inequidades sociales que existen entre personas en respuesta a relaciones de poder entre los géneros. Por último, la interculturalidad se refiere a la interacción entre culturas diferentes en ausencia de relaciones de superioridad entre ellas, basadas en la equidad y el respeto mutuo.

c) Participación

Como complemento a los principios enunciados en el inciso tres de la propuesta, se destaca el deber del Estado de promover la participación y las condiciones para que las personas puedan hacer ejercicio de esta. De esta forma, el línea con las recomendaciones entregadas por la OMS⁶ en cuanto a la participación comunitaria, y la relevancia “*cooperación activa*”⁷ en el mejoramiento de la salud de la población, se entiende que para responder a las expectativas de la población (como objetivo

⁶ Martín-García, M., Ponte-Mittelbrun, C., & Sánchez-Bayle, M. (2006). Participación social y orientación comunitaria en los servicios de salud. *Gaceta sanitaria*, 20, 192-202.

⁷ Organización Mundial de la Salud (2006). Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Documentos básicos, suplemento de la 45a edición, octubre de 2006



central de los sistemas de salud) la Constitución debe enfatizar el carácter participativo del sistema, declarando que la comunidad (usuarios y trabajadores de la salud) tiene el derecho y el deber de participar en la toma de decisiones, evaluación, monitoreo y rendición de cuentas en materia de salud. El Estado debe asegurar que se den las condiciones para que las personas puedan cumplir con este derecho.

d) Acciones del sistema y atención primaria

Como parte de la noción de salud integral que propone este articulado, en el inciso cuarto se establece que el sistema de salud debe asegurar una serie de acciones que permitan abordar los estados de salud/enfermedad de las personas. En este sentido, deben implementarse acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad⁸. Esto implica una acción enfocada hacia los hábitos individuales, así como también a los determinantes sociales y ambientales de la salud⁹. Por otro lado, la Constitución debe asegurar el diagnóstico como acción de protección que cobra gran relevancia, por ejemplo, en casos de Enfermedades Raras, cuyo proceso diagnóstico tiende a ser difícil por la falta de conocimiento sobre la enfermedad, la falta de capacidades técnicas y las dificultades de cobertura financiera del sistema¹⁰. Además, el sistema de salud debe asegurar el tratamiento, rehabilitación¹¹, y habilitación como acciones de recuperación de la salud de las personas. La habilitación ha sido también incluida en este articulado atendiendo a las necesidades específicas de las personas con discapacidad y se justifica en las obligaciones de los Estados establecidas en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad¹². La inclusión, por su parte, se introduce en este articulado como una acción enfocada en eliminar las barreras de acceso y mejorar la atención para la diversidad de personas y comunidades que hacen uso del sistema de salud. Finalmente, como parte del derecho al buen morir, y además en concordancia con la recientemente aprobada Ley 21.375, se vuelve central que el sistema de salud asegure los cuidados paliativos a aquellos/as pacientes con enfermedades terminales o graves, que permitan “*aliviar dentro de lo posible, padecimientos asociados*” a la enfermedad¹³. Para finalizar este inciso, y

⁸ Ministerio de Salud. Subsecretaría de Redes Asistenciales. División de Gestión de la Red Asistencial (2005). Modelo de Atención Integral en Salud. Serie Cuadernos Modelo de Atención N° 1.

⁹ Organización Mundial de la Salud (1998). Promoción de la Salud. Glosario. Ginebra.

¹⁰ Goldtein, E. (2021). El desafío de las enfermedades raras y de alto costo en Chile. Prevalencia y protección financiera según normativa vigente. Asesoría Técnica Parlamentaria, Biblioteca del Congreso Nacional de Chile.

¹¹ Ministerio de Salud. Subsecretaría de Redes Asistenciales. División de Gestión de la Red Asistencial (2005). Modelo de Atención Integral en Salud. Serie Cuadernos Modelo de Atención N° 1.

¹² Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, aprobada el 13 de diciembre de 2006 por la Asamblea General de las Naciones Unidas.

¹³ Ley 21.375 de 14 de octubre de 2021. Consagra los cuidados paliativos y los derechos de las personas que padecen enfermedades terminales o graves.



atendiendo a los llamados de la OMS en su Resolución CD44.R6¹⁴, se reconoce además a la atención primaria como la base del sistema de salud.

e) Financiamiento

El financiamiento abordado en el inciso seis de la propuesta de articulado, en línea con el Convenio N°102 sobre seguridad social de la OIT¹⁵, tiene como objetivo establecer de forma amplia las fuentes de financiamiento del sistema de salud, por lo que se establece de manera general las rentas de la nación y las cotizaciones obligatorias a empleadoras/es y trabajadoras/es, esto con el fin generar una gestión equitativa y una protección financiera y a las personas y familias que se vean enfrentadas a un problema de salud. Las cotizaciones obligatorias acá consideradas tienen una cláusula específica que establecen, por un lado, el uso exclusivo de estos fondos para la cobertura de las prestaciones de salud, así como también el carácter solidario del sistema de cotizaciones, en línea con los principios presentados anteriormente. Finalmente, el inciso deja a la ley la definición del órgano que administrará los fondos del sistema, pero establece el carácter público obligatorio de este como administrador único de todos los recursos de la seguridad social en salud.

f) Integración de privados

La propuesta plantea que los actores privados podrán formar parte del sistema de salud y estarán siempre sujetos al interés superior de la salubridad pública, respetando los principios de universalidad y equidad en el acceso a servicios. Para esto, los prestadores privados que se integren al sistema de salud y reciban financiamiento público para su funcionamiento no podrán perseguir fines de lucro. No se podrán establecer mecanismos de financiamiento ni prestación privada a servicios de salud que atenten contra el acceso equitativo de la población, resguardando que el acceso, y el acceso oportuno, a servicios de salud responda a criterios sanitarios de necesidad, sin mediar la capacidad de pago de las personas. Esto es, que las personas puedan acceder gratuitamente y que nadie pueda modificar su prioridad de atención por pagar más, manteniendo un estricto principio de justicia en que las personas de mayor necesidad son aquellas que acceden primero. Todos los prestadores privados estarán sujetos a la rectoría ejercida por la autoridad sanitaria del Estado, que incluye la adopción de funciones de vigilancia, reportería de datos y el cumplimiento de estándares de seguridad y calidad para su acreditación.

¹⁴ Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS). 44º Consejo Directivo, 55ª Sesión del Comité Regional. Atención primaria de Salud en las Américas: las enseñanzas extraídas a lo largo de 25 años y los retos futuros. Washington: 22 al 26 de septiembre de 2003.

¹⁵ Convenio 102 de la Organización Internacional del Trabajo, sobre la seguridad social (norma mínima), de 1952.



III. PROPUESTA DE ARTICULADO

Artículo X. Derecho a la salud.

La Constitución garantiza a todas las personas el Derecho a la Salud integral.

El Estado deberá considerar en todas sus decisiones el impacto de las determinantes sociales y ambientales sobre la salud de la población.

El Estado garantizará este derecho, a través de un Sistema Universal de Salud de carácter nacional, público e integrado. Este se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, integralidad, interculturalidad, pertinencia territorial, descentralización, eficacia, calidad, enfoque de género, progresividad y no discriminación. El Estado promoverá la participación de las comunidades en las políticas de salud y las condiciones para su ejercicio efectivo.

El Sistema Universal de Salud incorporará acciones de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, habilitación, rehabilitación, inclusión y cuidados paliativos. La atención primaria constituirá la base de este sistema.

Corresponderá exclusivamente al Estado la función de rectoría del sistema de salud, incluyendo la regulación, supervisión y fiscalización de las instituciones públicas y privadas.

El Sistema Universal de Salud será financiado a través de las rentas generales de la nación. Adicionalmente, la ley podrá establecer el cobro obligatorio de cotizaciones a empleadoras, empleadores, trabajadoras y trabajadores con el solo objeto de aportar solidariamente al financiamiento de este sistema. La ley determinará el órgano público encargado de la administración del conjunto de los fondos de este sistema.

Los prestadores privados integrados al Sistema Universal de Salud no podrán perseguir fines de lucro. La ley establecerá los requisitos y procedimientos para su integración y funcionamiento.

Artículo Transitorio X.

Los sistemas de salud de las Fuerzas Armadas, las de Orden y Seguridad, junto con los sistemas de salud contra accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, se incorporarán al Sistema Universal en un período de transición que no podrá superar los dos años desde la entrada en vigencia de esta Constitución.



Artículo Transitorio X.

Las instituciones privadas que cumplan con los requisitos establecidos en el [art. Derecho a la Salud] y los demás que establezcan las leyes se integrarán al Sistema Universal a través de una ley que regule el traspaso fijando su implementación y gradualidad, cuya dictación no podrá exceder el plazo de dos años contados desde la entrada en vigencia de esta Constitución.

Artículo Transitorio X.

El Sistema Universal de Salud comenzará a regir en un plazo máximo de 1 año desde la entrada en vigencia de esta Constitución. Las cotizaciones obligatorias deberán enterarse al Sistema Universal de Salud en el mismo periodo. La ley fijará los mecanismos y gradualidad de la entrada en vigencia del nuevo sistema y la forma en que las aseguradoras privadas de salud dejen de percibir las referidas cotizaciones. No se podrá reducir el monto de cotización de salud legal vigente por al menos un plazo de 10 años.



Convencionales constituyentes que firman la presente iniciativa:

Gaspar Domínguez Donoso
C.I.:19.421.615-8
Distrito 26

Aurora Delgado Vergara
C.I.: 9.691.599-3
Distrito 24

César Valenzuela Maass
C.I.:17.051.202-2
Distrito 9

Mariela Serey Jiménez
C.I.: 13.994.840-8
Distrito 6

Ramona Reyes Painaqueo
C.I.: 10.787.302-3
Distrito 24

Benito Baranda Ferrán
C.I.: 7.563.691-1
Distrito 12

Tatiana Urrutia Herrera
C.I.: 15.356.560-0
Distrito 8

Patricio Fernández Chadwick
C.I.:7.011.005-9
Distrito 11

Javier Fuchslocher Baeza
C.I.: 16.987.987-7
Distrito 21



Damaris Abarca González
C.I: 17.503.203-7
Distrito 15

Matías Orellana Cuellar
C.I.:17.134.485-9
Distrito 15

Jorge Abarca Riveros
C.I 10.196.778-6
Distrito 1

Fernando Atria Lemaitre
C.I: 10.470.542-1
Distrito 10

Adriana Cancino Meneses
C.I.:9.700.139-1
Distrito 16

Guillermo Namor Kong
C.I: 19.466.852-K
Distrito 4

Trinidad Castillo Boilet
C.I.:7.214.757-K
Distrito 5