

Transformar a niños, niñas y adolescentes en los protagonistas de su atención en salud

Transform children and adolescents into protagonists of their health care

Blanca Bórquez Polloni^{a,b,c}

^aDepartamento de Bioética y Humanidades Médicas Facultad de Medicina, Universidad de Chile. Santiago, Chile.

^bObservatorio de Bioética y Derecho, Cátedra UNESCO de Bioética, Universidad de Barcelona. Barcelona, España.

^cAbogada.

Recibido: 4 de enero de 2024 Aceptado: 9 de enero de 2024

¿Qué se sabe del tema que trata este estudio?

La Convención sobre los Derechos del Niño (CDN) de 1989, introdujo una transformación trascendental en la comprensión social de los niños, niñas y adolescentes (NNA), al reconocerles el carácter de sujetos de derecho y agentes de cambio. Ello ha supuesto, en los países que han suscrito la Convención, una nueva construcción normativa y cultural en torno al papel que pueden desempeñar NNA en la sociedad y como protagonistas de sus propias vidas. El espacio sanitario no ha estado ajeno a este cambio y evidencia, cada vez más, a NNA más informados y empoderados que desean participar activamente de su proceso de atención en salud.

¿Qué aporta este estudio a lo ya conocido?

Este estudio, considerando la experiencia de Chile, da cuenta del modo cómo se integran los términos de la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN), suscrita en 1990 por el país, al marco jurídico nacional, específicamente, en el ámbito de las atenciones en salud, relevando las contradicciones o nudos críticos que existen y que pueden dificultar la práctica clínica de los profesionales de la salud que presten servicios especialmente a adolescentes.

Resumen

Cada vez con mayor naturalidad reconocemos a niños, niñas y adolescentes (NNA) como actores sociales capaces de agenciar por sí mismos, según su edad y nivel de desarrollo, aspectos específicos de su vida; espacios en los cuáles correlativamente y de manera gradual vamos otorgándoles mayores márgenes de actuación personal. Este cambio paradigmático en la comprensión de NNA ha estado influenciado por la adopción de la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN), en 1989. Ella supuso avanzar desde una mirada hasta entonces asistencialista que observaba a NNA como *objetos de protección* sometidos, en tanto sujetos pasivos, a la tutela de adultos responsables (doctrina de la protección tutelar), a su consideración como *sujetos de derecho*, esto es, como titulares y principales agentes en el ejercicio de sus derechos, respecto de los cuales cabe a los adultos deberes de orientación y guía (doctrina de la protección integral). Revisando los términos de la Convención y las adecuaciones experimentadas por el marco jurídico nacional, esta actualidad explora el modo como este nuevo modelo, fundamentado en los derechos humanos, se hace extensible y en qué términos, al espacio sanitario.

Palabras clave:

Niños;
Adolescentes;
Atención en Salud;
Sujeto de Derecho;
Autonomía Progresiva;
Interés Superior del Niño

Abstract

More and more naturally we recognize children and adolescents (NNA) as social actors capable of managing for themselves, according to their age and level of development, specific aspects of their lives; spaces in which we gradually and correlatively grant them greater scope for personal action. This paradigmatic change in the understanding of children and adolescents has been influenced by the adoption of the Convention on the Rights of the Child (CRC) in 1989. It meant moving forward from a until then welfare perspective that observed children and adolescents as subject *objects of protection*, as passive subjects, to the guardianship of responsible adults (doctrine of guardianship protection), to their consideration as *subjects of law*, that is, as holders and main agents in the exercise of their rights, with respect to which adults have duties of protection, orientation and guidance (doctrine of comprehensive protection). Reviewing the terms of the Convention and the adjustments made to the national legal framework, this article explores how this new model, based on human rights, is extended and in what terms, to the healthcare space.

Keywords:

Children;
Adolescent;
Health Care;
Subject of Law;
Progressive Autonomy;
Best Interests of the
Child

Introducción

Cercana a cumplir 35 años desde su ratificación por Chile¹, la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN) ha introducido un cambio normativo y cultural paradigmático en la comprensión social de niños, niñas y adolescente (NNA) al avanzar desde una mirada asistencialista que los observaba como meros *objetos de protección*, hacia una perspectiva de derechos humanos que consagra su protección integral para el pleno desarrollo de su personalidad y les reconoce como *su- jetos de derecho*.

Uno de los últimos pasos dados en este sentido lo constituye la adopción, en marzo de 2022, del sistema de garantías y protección integral de los derechos de la niñez y adolescencia mediante la Ley N° 21.430. Con ella, los lineamientos y principios rectores de la CDN terminaron por irradiarse completamente a todo el ordenamiento jurídico nacional y a todos los espacios del quehacer cotidiano en el que participen o puedan tener interés NNA, incluido el ámbito de las atenciones en salud, pero como se observará, de un modo restringido y hasta contradictorio.

En este marco, la finalidad de este artículo es dar a conocer a los profesionales de la salud el modo como la participación de NNA en su proceso de atención en salud es regulada tanto por la CDN como por el marco normativo nacional, de manera de otorgarles algunas directrices que les permitan adecuar su prestación asistencial a los términos de la CDN y a trabajar activamente en el fortalecimiento del carácter de sujeto de derecho de NNA, transformando a estos en los protagonistas de su proceso asistencial.

El texto inicia con una breve referencia a la CDN, los principios de autonomía progresiva e interés superior del niño que ella reconoce, los cambios que la misma ha supuesto y su impacto en el espacio sanitario al consagrar el derecho de todo NNA a gozar del

más alto nivel posible de salud y su carácter de sujeto de derecho. A continuación, se analizan las principales alusiones que realiza el marco jurídico nacional a los derechos de NNA en las atenciones en salud, poniendo especial interés en la Ley N° 20.584 sobre derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas con su atención en salud², y la Ley N° 21.430, anteriormente reseñada.

Esta última fue objeto, previo a su promulgación, de dos requerimientos de inconstitucionalidad ante el Tribunal Constitucional por los términos en que algunas de sus disposiciones consagraban la autonomía progresiva de NNA y la violación que ello importaría al derecho y deber preferente de los padres de educar a sus hijos. Cuestión que, a pesar de estar fallada, representa un nudo crítico que genera contradicciones entre nuestro marco legislativo y la propia CDN, dificultando el margen de actuación de los profesionales de la salud que atienden a adolescentes. Concluye, realizando algunas reflexiones finales que buscan animar a los profesionales de la salud que trabajan especialmente con adolescentes, a promover los cambios necesarios, para adaptar el marco normativo y, en su caso, su práctica clínica a las nuevas realidades y necesidades de NNA.

Convención sobre los derechos del niño, autonomía progresiva e interés superior

La CDN constituye el más importante tratado internacional que en materia de derechos de la infancia se ha adoptado, a la vez que es el que mayor adherencia ha alcanzado entre la comunidad de países miembros de Naciones Unidas. En efecto, hoy 196 Estados forman parte de ella³.

Este instrumento vinculante, como se ha expresado, impulsó un cambio paradigmático en la conside-

ración de la infancia, al transformar la comprensión social de la niñez y adolescencia en al menos dos aspectos. El primero, para consagrar la infancia como una etapa trascendental del ciclo vital, a la cual se debe igualmente hacer extensible la noción de ciudadanía, pues NNA son ante todo personas en desarrollo⁴. En segundo lugar, para reconocer a NNA como *sujetos de derecho*, es decir, como titulares de un conjunto de derechos humanos fundamentales respecto de los cuales –según su edad y grado de madurez– van adquiriendo la habilidad progresiva para ejercerlos por sí mismos e incluso, llegado el momento, para hacerlo sin la intermediación de un adulto.

Da cuenta de este cambio de eje, la consagración del principio de autonomía progresiva (artículos 5 y 12 CDN) conforme el cual cabe a los padres, tutores u otras personas encargadas el deber de impartir al NNA “dirección y orientación apropiadas” para que este (el NNA) pueda ejercer los derechos que le son reconocidos en la Convención. Asimismo, corresponde al NNA que esté en condiciones de formarse un juicio propio, el derecho de expresar libremente su opinión y a que esta sea debidamente tenida en cuenta, en función de su edad y madurez. Según lo anterior, cabe presumir siempre que el ejercicio del derecho radica directamente en el NNA y solo excepcionalmente, cuando su escasa edad y falta de madurez así lo evidencien, o en los casos expresamente señalados por la ley, en un tercero que complemente su voluntad, o bien, la sustituya.

Este principio deriva de los aportes que la psicología evolutiva ha realizado en materia de desarrollo moral de NNA y que relacionan su crecimiento con el paso gradual desde una heteronomía (propia de la primera infancia supeditada a la voluntad exterior) hacia una autonomía, donde progresivamente van adoptando decisiones con mayor independencia, dada la evolución de su *capacidad natural* o *competencia* para dictarse a sí mismo la norma, regla o conducta y asumir los resultados de la misma (etapa del desarrollo que coincide con la adolescencia).

Es en virtud del reconocimiento del NNA como un sujeto de derecho en desarrollo dotado de una autonomía en constante progresión, que la Convención lo empodera como un agente de cambio facultado para ser parte activa en todos aquellos asuntos que son de su interés y le afectan, lo que incluye también la posibilidad de tomar iniciativas sobre su propio cuerpo y salud.

Ahora bien, esta agencia no es infinita y reconoce un límite: el propio interés superior del NNA. En efecto, la facultad de participación que concede la CDN a los NNA no puede entenderse como un paso pendular desde un extremo a otro, esto es, desde el paternalismo propio de la doctrina previa tutelar que entregaba toda decisión a adultos –bajo el convencimiento que estos

actuarían siempre de la mejor forma, en favor y beneficio del niño–, hacia un autonomismo sin contrapeso que radique, en todo caso y sin excepción, la última palabra en el propio NNA, incluso cuando lo resuelto por él pueda no ir en su favor o pueda implicarle un perjuicio. Ello puesto que, quien quiera que sea el llamado a definir un curso de acción, este siempre habrá de tener en consideración el interés superior del NNA, principio gravitacional de la Convención (artículos 3.1 y 18 CDN).

De este modo, el interés superior del niño tal como lo expresa DÍAZ PANTOJA se alza a un mismo tiempo como el motor y el límite de las facultades parentales, del Estado y del propio niño, esto es, como un freno “a la discrecionalidad de cualquier intervención que tenga la potencialidad de afectar los derechos de NNA”⁵.

Definir el contenido de este elemento protector –cuál es o en qué consiste el interés superior de un NNA en particular– será una cuestión que solo podrá irse perfilando caso a caso, teniendo como marco de referencia la protección de los derechos que a NNA le son reconocidos por la propia CDN. Al respecto, el Comité de los Derechos del Niño (CRC, por sus siglas en inglés) ha expresado que el interés superior es un concepto complejo, flexible y adaptable que deberá ajustarse y definirse de manera individual atendiendo a la situación concreta del niño, el contexto, y sus necesidades personales⁶.

NNA como sujetos de derecho en salud

La autonomía progresiva limitada por el interés superior del niño tiene su mayor manifestación práctica en el ejercicio de derechos personalísimos de NNA, los que son por esencia indelegables. Dentro de tales derechos se encuentra la salud, ámbito en el cual se presumirá la capacidad del NNA para ejercerlo por sí lo que, como se ha expresado, solo podrá limitarse excepcionalmente cuando la edad o madurez del NNA así lo indiquen o la propia ley lo disponga.

En el espacio sanitario, la CDN reconoce el derecho del NNA al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 24) derecho inclusivo que no solo comprende el acceso a servicios de prevención, promoción, curación y rehabilitación de la salud, sino también, el derecho del NNA a crecer, desarrollarse y vivir en condiciones que le permitan disfrutar del más alto nivel posible de salud. Este derecho, conforme ha entendido el CRC, se integra de libertades y derechos. Entre las primeras, se encuentra “el derecho a controlar la propia salud y el propio cuerpo, incluida la libertad sexual y reproductiva para adoptar decisiones responsables”. En cuanto a los segundos, “el acceso a una amplia gama de insta-

laciones, bienes, servicios y condiciones que ofrezcan a cada niño igualdad de oportunidades para disfrutar del más alto nivel posible de salud”⁷.

Parte integrante de este derecho es la salud sexual y reproductiva la que, según expresa el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, en el caso de los adolescentes incluye el derecho a recibir información con base en la evidencia científica en aspectos tales como salud materna, anticoncepción, planificación familiar, infecciones de transmisión sexual, VIH, aborto sin riesgos, fecundidad o cáncer y, a que su información sea tratada con carácter privado y confidencial⁸.

Entender a NNA como *sujetos de derecho en salud* importa reconocerles como personas que, aun estando en pleno desarrollo, gozan del derecho a participar de su proceso de atención en salud, en la promoción de su bienestar y su desarrollo saludable. Ello implica el derecho a ser siempre escuchado y progresivamente, según su edad y madurez, a que esta opinión sea mayormente tomada en consideración⁹.

Ello, según el CRC, incluye el derecho de brindar al NNA información apropiada y adaptada a sus capacidades, así como la posibilidad de acceder a consejería médica bajo márgenes de confidencialidad sin necesidad del consentimiento de los padres para proteger su seguridad y bienestar, por ejemplo, ante situaciones de violencia o cuando necesiten de servicios de salud reproductiva. Sobre este último aspecto, el Comité diferencia entre el “derecho a asesoramiento y consejo” del “derecho a otorgar consentimiento médico”, expresando que el primero no debe someterse a ninguna limitación de edad¹⁰.

Respecto del derecho del NNA a otorgar consentimiento informado en salud el CRC ha instado a los Estados a establecer en su legislación una edad fija para ello, de modo que los NNA mayores puedan otorgar tal consentimiento sin que se deba consultar por su capacidad a un profesional con posterioridad a la atención de salud. En cuanto a los menores de la edad establecida que demuestren capacidad para expresar una opinión informada sobre su tratamiento, el Comité pide que se tome debidamente en cuenta esa opinión.

Se debe advertir que la edad por sí sola no puede ser considerada como suficiente o único requisito exigible para admitir el ejercicio autónomo de derechos. Esto pues, el desarrollo es un proceso gradual y personal que varía en cada sujeto. Es por este motivo, que la CDN refiere a la edad y al grado de madurez como elementos mínimos de exigencia. Hay quienes sostienen que la consideración de otros elementos sería también necesaria como, por ejemplo, el riesgo que implica la decisión, sus consecuencias en el corto, mediano o largo plazo, su reversibilidad o la entidad del derecho involucrado⁵.

NNA en salud bajo el marco normativo nacional

En la actualidad, el principal cuerpo normativo en regular las atenciones de salud y sus acciones conexas es la Ley N° 20.584, conocida coloquialmente como “ley de derechos y deberes de los pacientes”. Esta norma, que data del año 2012, tuvo su origen en un mensaje presidencial ingresado a tramitación ante el Congreso Nacional el año 2006¹¹. El mismo, consagraba entre sus principios el de autonomía de las personas en su atención de salud y su derecho a decidir informadamente, dedicando una mención especial a los menores de edad. Así, a los mayores de 14 años y menores de 18 años les reconocía tanto el derecho a recibir información relacionada con su atención de salud, bajo ciertos márgenes de confidencialidad, como el derecho de adoptar personalmente decisiones.

Sin embargo, durante el curso de su tramitación el proyecto sufrió importantes modificaciones en la materia, terminando por ser excluida del texto final toda mención expresa a los menores de edad para dar cuenta con ello, según consta en la historia de la ley, que en cuanto a la capacidad en salud debía regir la misma regla de edad que se dispone en materia civil patrimonial, esto es, la mayoría de edad (18 años), debiendo siempre el NNA actuar en salud a través de su padre, madre, representante legal o persona a cuyo cuidado legalmente se encuentre¹².

Este desencuentro puso, una vez más, en evidencia el hecho que la nueva realidad impulsada por la CDN ha significado un enfrentamiento de sus términos con clásicas instituciones del derecho, particularmente del derecho civil y, también, un choque con concepciones culturales tradicionales sobre el rol social de NNA, las que conceden en exclusividad a los adultos la prerrogativa de acción en su provecho y beneficio¹³. En este caso, al igual que en otras ocasiones, se adujo como argumento para sostener la mayoría de edad, que una norma en sentido diverso constituiría una violación a lo dispuesto por el artículo 19 N° 10 inciso 3° de la Constitución Política de la República (CPR): “Los padres tienen el derecho preferente y el deber de educar a sus hijos”¹⁴.

La falta de una mención explícita supuso, en la práctica, una mayor incertidumbre para los profesionales de la salud que trabajan con adolescentes no solo por las discrepancias que se producían entre la CDN y la Ley N° 20.584, sino también porque la confidencialidad y la participación directa de los adolescentes en la atención de salud –sin la intermediación de un adulto– son, en muchas ocasiones, elementos esenciales a la hora de prevenir conductas de riesgo, generar vínculos de confianza y garantizar una comunicación efectiva, la continuidad de la atención o la adherencia a los tratamientos.

Con posterioridad a su publicación, nuevas modificaciones se han introducido a la Ley N° 20.584, algunas de las cuales han importado insertar referencias expresa a los menores de 18 años. Entre ellas, cabe destacar la Ley N° 21.331 relativa a la protección de la salud mental¹⁵, que introdujo entre otros ajustes una nueva oración final al inciso primero del artículo 10 relativo al derecho a la información, bajo el siguiente tenor: “Asimismo, todo niño, niña y adolescente tiene derecho a recibir información sobre su enfermedad y la forma en que se realizará su tratamiento, adaptada a su edad, desarrollo mental y estado afectivo y psicológico”.

Además, incorporó un nuevo inciso quinto y sexto al artículo 14 sobre consentimiento informado en los cuales, de un lado, explicita la actuación por representación de NNA menores de 18 años competentes y de otro, refiere a la participación de NNA en investigación biomédica. Sobre el primer aspecto, de interés para este texto, se inserta el siguiente inciso 5°: “Sin perjuicio de las facultades de los padres o del representante legal para otorgar el consentimiento en materia de salud en representación de los menores de edad competentes, todo niño, niña y adolescente tiene derecho a ser oído respecto de los tratamientos que se le aplican y a optar entre las alternativas que éstos otorguen, según la situación lo permita, tomando en consideración su edad, madurez, desarrollo mental y su estado afectivo y psicológico. Deberá dejarse constancia de que el niño, niña o adolescente ha sido informado y se le ha oído.”

En marzo de 2022 fue publicada la Ley N° 21.430 sobre garantías y protección integral de la niñez y adolescencia, la cual tiene por objeto, de un lado, dar garantía y protección integral a NNA y, de otro, el ejercicio efectivo y el goce pleno de los derechos que a NNA le son reconocidos por la CPR, la CDN y los demás tratados internacionales de derechos humanos ratificados por Chile que se encuentran vigentes, y en las leyes. De acuerdo a ello, este cuerpo normativo reproduce en su extenso texto los principios y directrices de la CDN, incluidos el reconocimiento expreso de NNA como sujetos de derecho (artículo 6), los principios de interés superior (artículo 7) y autonomía progresiva (artículo 11), así como el derecho y deber preferente de los padres y/o madres a educar y cuidar a sus hijos (artículo 10).

En lo que respecta al interés superior, la ley menciona un conjunto no taxativo de circunstancias específicas de cada NNA que deberán ser consideradas a la hora de determinarlo, entre los cuales hace referencia a su opinión, autonomía y grado de desarrollo. En cuanto al derecho y deber preferente de los padres y/o madres a educar y cuidar a sus hijos, el legislador les asigna el derecho de “educar, cuidar, proteger y guiar a sus hijos, y el deber de hacerlo permanentemente, de

modo activo y equitativo”, vivan o no con su hijo o hija en el mismo hogar. En cuanto a la acción de “guiar”, enfatiza el legislador que NNA “tienen derecho a ser guiados y orientados” por sus padres y/o madres, sus representantes legales o quienes los tengan legalmente a su cuidado, “en el ejercicio de los derechos reconocidos en esta ley”.

Por último, sobre la autonomía progresiva señala que todo NNA “de conformidad al Sistema de Garantías y Protección Integral de los Derechos de la Niñez y Adolescencia, podrá ejercer sus derechos en consonancia con la evolución de sus facultades, atendiendo a su edad, madurez y grado de desarrollo que manifieste, salvo que la ley limite este ejercicio, tratándose de derechos fundamentales”.

Al contrario de lo expresado por la CDN y el CRC, el ámbito sanitario sería un espacio particular en que la ley chilena limita el ejercicio de la autonomía progresiva por los NNA toda vez que la propia Ley N° 21.430 al referir en su artículo 40 al consentimiento informado remite al ya analizado artículo 14 de la Ley N° 20.584. A mayor abundamiento, la Ley N° 21.430 en relación con el derecho a la salud y a los servicios de salud expresa que NNA “son titulares de los derechos establecidos en el Título II de la Ley N° 20.584 [...] en la forma prescrita en dicha ley y sus reglamentos”.

¿Cómo puede explicarse la estricta limitación que el legislador nacional establece al ejercicio de la autonomía progresiva de NNA en salud? . Pues a la cuestionable forma como se ha entendido la garantía del artículo 19 N° 10 inciso 3° de la CPR, al que anteriormente se hizo mención.

De hecho, durante la parte final de tramitación de la Ley N° 21.430 en el Congreso Nacional y previo a su promulgación, el proyecto de ley fue objeto ante el Tribunal Constitucional de dos requerimientos por inconstitucionalidad. Parte de los textos impugnados referían precisamente a la autonomía progresiva, al ejercicio personal de derechos por NNA y al rol de guía y orientación de los padres, representantes legales o personas que los tienen legalmente a su cuidado. Así, por ejemplo, se impugnó una frase del inciso primero del artículo 11 relativo a la autonomía progresiva, que señalaba que en aquellos casos que la ley dispusiera limitaciones a esta autonomía estas debían ser interpretadas siempre de modo restrictivo.

El Tribunal Constitucional acogió los requerimientos y declaró la inconstitucionalidad de las frases reclamadas, lo que significó su eliminación del texto final y el cercenamiento del carácter de sujeto de derechos y la autonomía progresiva de NNA.

En el caso de la frase del artículo 11 el tribunal expresó: “La forma en que el legislador modula este principio desnaturaliza el artículo 19 N°10, inciso tercero de la Constitución”¹⁶.

Comentarios finales

Durante la tramitación del proyecto de ley que dio origen a la Ley N° 21.430 se perdió la oportunidad de rectificar la comprensión limitada que en el espacio sanitario se ha dado a la autonomía progresiva de NNA la que, como se ha evidenciado, es contraria a los términos de la propia CDN y a la interpretación que de la misma ha realizado el CRC.

Esta limitación a la autonomía progresiva de NNA en salud se manifiesta de forma expresa en la Ley N° 20.584 (2012), a través de la modificación introducida por la Ley N° 21.311 (2021) cuyo objetivo era muy distinto a regular la capacidad sanitaria, lo cual refleja una desprolija técnica legislativa en que aprovechando la tramitación de un proyecto se introducen modificaciones a otros textos o materias no necesariamente relacionados ni acabadamente tratados.

Para quienes trabajan en salud habitualmente con adolescentes este panorama normativo no resulta del todo favorable. Como se ha expuesto, el desafío de cautivar a adolescentes con el cuidado de su cuerpo y salud pasa por disponer de espacios amigables, en que los vínculos directos y de confianza puedan darse sin tensiones ni intermediarios. La participación directa del adolescente, genera compromiso, encuentro, preocupación por el propio cuidado y adherencia al tratamiento. Exigir siempre participación de un tercero en la toma de decisiones puede entorpecer de manera importante la relación clínica, afectar los resultados esperados y, en ocasiones, causar la pérdida del adolescente por el sistema de salud y su perseverancia en conductas de riesgo, lo que a la larga significará un problema de salud pública.

En esta materia el legislador al parecer sí que ha

actuado pendularmente, intentando evitar un “autonomismo sin contrapeso” mediante un “paternalismo tutelar” muy alejado de las pretensiones de la CDN. No se trata aquí de prescindir de los padres, madres, representantes legales o personas bajo cuyo cuidado legalmente se encuentren NNA al momento de tomar decisiones en salud, lo que se busca es establecer un vínculo de confianza, cercano y protector con el adolescente, estimulándolo a hacerse cargo de su cuerpo y salud, a velar por su propio bienestar e instándolo a involucrar en su proceso de atención a adultos de referencia que los acompañen y apoyen. El sentido y la forma de pavimentar el camino hacia atenciones de salud saludables, respetuosas del NNA como sujeto de derecho y protagonista de su proceso sanitario es distinto al de disponer como punto de partida la intervención *per se* de terceros y su participación por representación.

Es imperioso poder enmendar el camino y optar por un modelo que, efectivamente respetuoso del NNA como agente de cambio en salud, reconozca una edad fija y la madurez (competencia) del NNA como elementos habilitadores para el ejercicio por sí mismo de sus derechos en la atención de salud. Los profesionales de la salud que trabajan especialmente con adolescentes debieran ser los principales comprometidos con activar este cambio pues son quienes mejor conocen sus necesidades de desarrollo. En todo caso, mientras se provoca el tan anhelado cambio, queda para ellos siempre la posibilidad de invocar el interés superior del NNA para respetar su actuación personal en salud.

Conflictos de interés

La autora declara no tener conflictos de interés.

Referencias

- Decreto N° 830 de 1990, Ministerio de Relaciones Exteriores, promulga Convención sobre los Derechos del Niño. Publicado en Diario Oficial de 27 de septiembre de 1990. Disponible en: <https://bcn.cl/2fel2>
- Ley N° 20.584 regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud. Publicada en Diario Oficial de 24 de abril de 2012. Disponible en: <https://bcn.cl/2f7cj>
- United Nations. Status of Ratification Interactive Dashboard. Revisado 11 de diciembre de 2023. Disponible en: <https://indicators.ohchr.org>
- Cillero, Miguel. (2001). “Los derechos del niño: de la proclamación a la protección efectiva”. UNICEF. *Justicia y Derechos del Niño*. Número 3. Buenos Aires. págs. 49-63-
- Díaz Pantoja, Juliana. (2023). Entre la autonomía progresiva y el interés superior del niño y de la niña. Una mirada holística a los derechos de la niñez y adolescencia. Valencia: edUPV.
- Naciones Unidas. (2013). CRC/C/GC/14 Observación general N°14 sobre el derecho del niño a que su interés superior sea una consideración primordial (artículo 3, párrafo 1). 29 de mayo. Comité de los Derechos del Niño. Disponible en: https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRC%2FC%2FGC%2F14&Lang=en
- Naciones Unidas. (2013). CRC/C/GC/15 Observación general N°15 sobre el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 24). 17 de abril. Comité de los Derechos del Niño. Disponible en: https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRC%2FC%2FGC%2F15&Lang=en
- Naciones Unidas. (2016). E/C.12/GC/22 Observación general núm. 22, relativa al derecho a la salud sexual y reproductiva (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. 1 de mayo. Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Párr. 18 y 19 Disponible en: <https://www.ohchr.org/es/documents/general-comments-and-recommendations/general-comment-no-22-2016-right-sexual-and>

9. Naciones Unidas. (2016). CRC/C/GC/20 Observación general núm. 20 sobre la efectividad de los derechos del niño durante la adolescencia. 6 diciembre. Comité de los Derechos del Niño. Disponible en: <https://www.ohchr.org/es/documents/general-comments-and-recommendations/general-comment-no-20-2016-implementation-rights>
10. Naciones Unidas. (2009). CRC/C/GC/12 Observación general N° 12 El derecho del niño a ser escuchado. 20 de julio. Comité de los Derechos del Niño. Párr. 101 y 102. Disponible en: https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRC%2F12&Lang=en
11. Mensaje N° 223-354 de S.E. la presidenta de la República con el que inicia un proyecto de ley que regula los derechos y deberes que las personas tienen en relación con acciones vinculadas a su atención en salud de 26 de julio de 2012
12. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. Historia de la Ley N° 20.584 Disponible en: <https://www.bcn.cl/historiadelaey/nc/historia-de-la-ley/4579/>
13. Gómez de la Torre Vargas, Maricruz. (2018). Las implicancias de considerar al niño sujeto de derechos. *Revista de Derecho (UCUDAL)*. 2da época. Año 14. N° 18 (dic.). ISSN 1510-3714. ISSN online 2393-6193. 117-137
14. Decreto N° 100 de 2005, Ministerio Secretaría general de la Presidencia, fija el texto refundido, coordinado y sistematizado de la Constitución Política de la República de Chile. Publicado en Diario Oficial de 22 de septiembre de 2005. Disponible en: <https://bcn.cl/2f6sk>.
15. Ley N° 21.331 del reconocimiento y protección de los derechos de las personas en la atención de salud mental. Publicada en Diario Oficial de 11 de mayo de 2021. Disponible en: <https://bcn.cl/2p863>
16. Tribunal Constitucional. (2021). Sentencia Rol 11.315/11.317-21-CPT (Acumuladas) Requerimiento de inconstitucionalidad formulado por un grupo de parlamentarios que constituyen más de la cuarta parte de los miembros en ejercicio del H. Senado y de la H. Cámara de Diputadas y Diputados respecto de todo o parte de los preceptos comprendidos en las frases que transcriben de los artículos 11,31 y 41 del proyecto de ley que “establece un sistema de garantías de los derechos de la niñez”, contenido en el Boletín N° 10.315-18. Disponible en: <https://tramitacion.tcchile.cl/tc/download/164053?inlineifpossible=true>