

DISPOSICIÓN N° 2078 .-

NEUQUÉN, 14 DIC 2017 .-

VISTO:

El Expediente N° 7620-033718/2017, del registro de la Mesa de Entradas y Salidas de la Subsecretaría de Salud, dependiente del Ministerio de Salud y Desarrollo Social; y

CONSIDERANDO:

Que mediante Nota de fecha 27 de Julio del corriente año, la Dirección de Bioética e Investigación de la Subsecretaría de Salud, informa sobre la elaboración de una guía sobre los aspectos bioéticos en la atención de la salud de los niños, niñas y adolescentes (NNyA), para lo cual adjunta un Documento elaborado oportunamente por la Red Provincial de Comités de Bioética Asistencial (CBA) de la Provincia de Neuquén;

Que corresponde regular el marco en que los profesionales de la salud atienden la salud de los NNyA, a fin de fortalecer el cumplimiento efectivo de los derechos de ese grupo etario consagrados por la Convención sobre los Derechos del Niño de 1989 y sus principios, la Constitución Nacional en su reforma de 1994, la Constitución de la Provincia de Neuquén en su artículo 47, el Código Civil y Comercial, la Ley Nacional 26529, la Ley Provincial 2611 y leyes específicas en la materia como la Ley Provincial 2302 de Protección Integral del Niños y Adolescente y la Ley Nacional 26061;

Que analizadas las recomendaciones de la Red de CBA en el Documento acompañado, en particular las efectuadas bajo el Título "**ASPECTOS BIOÉTICOS EN LA ATENCIÓN DE LA SALUD DE LOS NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES, EN LA PROVINCIA DE NEUQUÉN**" corresponde señalar que las mismas han sido efectuadas con sujeción a las normas legales vigentes;

Que la Dirección Provincial de Asistencia Legal y Técnica, ha tomado la intervención de su competencia;

Por ello, y en uso de sus atribuciones;

**LA SUBSECRETARIA DE SALUD
DISPONE:**

Artículo 1°: **APROBAR** el Documento "**ASPECTOS BIOÉTICOS EN LA ATENCIÓN DE LA SALUD DE LOS NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES, EN LA PROVINCIA DE NEUQUÉN**", elaborado por la Red Provincial de Comités de Bioética Asistencial que como ANEXO I, forma parte integrante de la presente Disposición.-

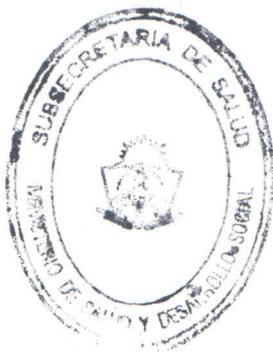
Artículo 2°: Comuníquese, agréguese copia a sus antecedentes y archívese.-

ES COPIA

FDO) ALEJANDRA PIEDECASAS


ZULEMA CANALE
Directora Gral. de Despacho
SUBSECRETARIA DE SALUD

LUCIANO MARTÍN NICOLÁS BALTAR
DIRECTOR DE DESPACHO
SUBSECRETARÍA DE SALUD



**ASPECTOS BIOÉTICOS EN LA ATENCIÓN DE LA SALUD DE LOS NIÑOS,
NIÑAS Y ADOLESCENTES,
EN LA PROVINCIA DE NEUQUÉN**

**Elaborado por la Red Provincial de Comités de Bioética Asistencial
Neuquén, junio 2017**

**Coordinación General
Marcela Olivero
Andrea Macías**

ÍNDICE

Listado de participantes en la elaboración del documento	3
Introducción y finalidad	4
Algunas voces de los niños, niñas y adolescentes en Neuquén	4
Bases Bioéticas para la atención de NNyA	5
Nuestro marco jurídico/Normativo	10
Lineamientos para la práctica: Diez conceptos claves para la atención de la salud de niños, niñas y adolescentes	15
Situaciones de la práctica sanitaria	17
Referencias	22

PARTICIPANTES EN LA ELABORACION DEL DOCUMENTO

ALLENDE, CAROLINA	Adm. gestión de pacientes	CBA Interzonal Zona Metropolitana Oeste/Zona I
ALMAZABAL, CARMEN	Adm. gestión de pacientes	CBA Zona Sanitaria II
BELL, NANCY	Lic. en Enfermería	CBA Zona Sanitaria II
BUTTO, SANDRA	Lic. en Psicopedagogía	Programa Salud Adolescente, SSS.
CAMEJO MIGUEL	Técnico de laboratorio	CBA Zona Sanitaria Metropolitana
CASTELLO, PAULINA	Médica	Sociedad Argentina de Pediatría, Filial de Alto Valle de Río Negro y Neuquén
CHURRARIN, NIDIA	Adm. gestión de pacientes	CBA Zona Sanitaria V
DIMASI, JULIETA	Lic. en Psicología	CBA Zona Sanitaria IV
FUENTES ZUÑIGA, XIMENA	Adm. gestión de pacientes	CBA Interzonal Zona Metropolitana Oeste/Zona I
GARAVAGLIA, FABIANA	Médica	C. de Salud Nueva Esperanza/Z. Sanit. Metropolitana
GODOY, MARTA	Lic. en trabajo Social	CBA Zona Sanitaria III
GUTIERREZ, PABLO	Abogado	Asesor Legal Dir. Gral. Legal y Técnica
LARRUE, BIBIANA	Lic. en Enfermería	CBA Zona Sanitaria II
LUCCA, ESMERALDA	Lic. en Filosofía	CBA Interzonal Zona Metropolitana Oeste/Zona I
MACIAS, ANDREA LAURA	Médica	Dirección de Bioética e Investigación (DBeI), Subsecretaría de Salud (SSS)
MARTINEZ, FERNANDO	Adm. gestión de pacientes	CBA Zona Sanitaria Metropolitana
MONTAÑA, MÓNICA	Lic. en Enfermería	CBA Interzonal Zona Metropolitana Oeste/Zona I
MULATERO, JOSÉ LUIS	Médico	Referente Programa Salud Adolescente, Subsecretaría de Salud
OJEDA, MAURICIO	Odontólogo	CBA Interzonal Zona Metropolitana Oeste/Zona I
OLIVERO, MARCELA	Médica	CBA Interzonal Zona Metropolitana Oeste/Zona I - DBeI
PERALTA MAYRA	Lic. en Psicología	CBA Zona Sanitaria Metropolitana
POSSE, MARCELA	Médica	Coordinadora Técnica COPRONAF
QUERCI, NANCY	Lic. en Enfermería	CBA Interzonal Zona Metropolitana Oeste/Zona I
QUILODRAN, NATALIA	Lic. en Servicio Social	CBA Zona Sanitaria Metropolitana
ROJAS, SILVANA	Administrativa	Dirección de Bioética e Investigación, SSS.
ZIEHM, CECILIA	Médica	CBA Interzonal Zona Metropolitana Oeste/Zona I

INTRODUCCIÓN Y FINALIDAD

El avance en el reconocimiento de los derechos de los niños, niñas y adolescentes (NNyA) ha sido particularmente significativo en los últimos treinta años. Esta situación se evidencia en el cambio gradual a nivel jurídico/normativo, del paradigma que guía la atención de este grupo poblacional, desde un modelo tutelar hacia otro que considera al NNyA como sujeto de derecho.

En nuestro país en particular, se destaca la incorporación de la **Convención sobre los Derechos del Niño (CDN)** de 1989 y sus principios, a la Constitución Nacional en su reforma de 1994, a la **Constitución de la Provincia de Neuquén** del 2006 en su artículo 47, al Código Civil y Comercial en 2015, y a leyes específicas en la materia, como la **Ley Provincial 2302 de Protección Integral de la Niñez y la Adolescencia de 1999 y la Ley Nacional 26061 de 2005.**

Los derechos en la atención de la salud de NNyA han sido un tema reiterado de trabajo de la Dirección de Bioética e Investigación y la Red Provincial de Comités de Bioética Asistencial (CBA), junto con los integrantes del equipo de salud, de los programas provinciales de Salud Sexual, Reproductiva y de Adolescencia, y de la Dirección General Legal y Técnica de este Ministerio. No obstante, observamos que aún existen incertidumbres y vacilaciones en la práctica diaria de la atención al mencionado grupo etario. Por este motivo, y para clarificar las dudas planteadas, elaboramos el presente documento en pos de contribuir a la efectivización **del derecho a la salud integral de las niñas, niños y adolescentes.**

En primer lugar, se presentan algunas voces de los NNyA de Neuquén, a continuación se desarrollan los aspectos éticos y el marco normativo/jurídico provincial y nacional. Posteriormente, se presentan recomendaciones a ser aplicadas en la tarea asistencial, finalizando con cuatro situaciones de la práctica cotidiana como recurso para facilitar la comprensión del tema.

ALGUNAS VOCES DE LAS NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES DE NEUQUÉN

Desde este Ministerio se realizó en 2011 un estudio exploratorio en el que participaron adolescentes de Neuquén aportando miradas, palabras y percepciones sobre sus necesidades y deseos, en este caso específico haciendo hincapié en el aspecto de la salud en sus vidas. Dichos aportes al Programa Provincial de Salud Integral del Adolescente (PPSIA), realizado a través de una consultoría desarrollada por la Fundación Otras Voces, brinda elementos que permiten analizar y contrastar la brecha existente entre sus percepciones, sus necesidades y la realidad. Así, poder elaborar sugerencias en torno a las modificaciones y adecuaciones necesarias al PPSIA.

En dicho estudio los adolescentes y jóvenes manifestaron las siguientes apreciaciones, en relación a su percepción de espacios "saludables y amigables", donde se concreta lo que identificaron como "salud integral", a saber:

- Pocas posibilidades de hacer actividades recreativas, sobre todo para aquellos adolescentes y jóvenes con menos recursos. A ello agregaron que, de existir actividades deportivas en su ámbito cercano, están dirigidas a niñas y niños de menor edad o son actividades de clubes.
- Falta de contención por parte de las familias.
- Desconocimiento de los servicios que presta el centro de salud más cercano.
- La mayoría de los participantes reconocen las instituciones/organizaciones más cercanas a su entorno, de todas maneras éstas no les ofrecen alternativas (o las desconocen o no son de interés).
- Se percibe, sobre todo, en los casos de población más vulnerable, poca o nula proyección de futuro.
- La mayoría de los participantes manifiesta la importancia de terminar la escuela, en otros casos - sobre todo en los casos de población más vulnerable - sienten

que "no pueden" (que no es para ellos porque no son inteligentes, porque deben dedicarse a trabajar).

- Ante la pregunta/duda, "La mayoría de los participantes manifiesta que generalmente, ante un problema/duda: ¿Tenés dificultades para animarte a hablar con alguien de las cosas que te preocupan? Si-no por qué - ¿A quién consultás cuando te sentís mal?", una gran proporción responde que se dirige o habla con un amigo/a (es lo que frecuentemente sale y de manera inmediata a la pregunta específica); con alguien de confianza (que podría ser un adulto, pero no de la escuela ni del centro de salud); con los padres, adultos (sale con menos frecuencia). Destacan, además que sería importante un médico de adolescentes que les diera el espacio y la confianza para "escucharlos", "enseñarles", "atenderlos bien".

De la información relevada desde el PPSIA se concluye que:

1- Los adolescentes y jóvenes tienen escaso conocimiento de conductas de auto y mutuo cuidado. Ante problemáticas que los involucran como recreación, uso del tiempo libre, violencia, alcohol, drogas, sexualidad, desconocen cómo prevenir o resolver las situaciones.

2- Hay poco conocimiento de los adolescentes y jóvenes de las acciones implementadas por organismos estatales y no estatales orientadas a promover el auto y mutuo cuidado. Se ha detectado que resulta difícil acceder a esta información porque no se socializa o porque se retacea.

3- No se percibe indiferencia de lxs jóvenes ante estas cuestiones, todo lo contrario están "ávidos" por sentirse visibilizados, escuchados, tenidos en cuenta. Los adolescentes y jóvenes valoran como muy positivo el "acercamiento" del centro de salud a las escuelas como por ejemplo en el caso del Centro de Salud de Almafuerte y el Centro de Salud de San Lorenzo Norte o los talleres implementados en el marco de este relevamiento.

4- Se detecta dificultad de los adultos para centrarse en los aspectos positivos y en la potencialidad de los adolescentes y jóvenes para promover conductas saludables (mirada adultocéntrica que generalmente los invisibiliza como sujetos de derechos).

5- Hay escasa articulación e integración de las políticas, sobre todo educación-salud-acción social, con una mirada de derechos.

6- Existe gran brecha entre los efectores de las Políticas Públicas y los habitantes. Pareciera que hay dificultad en la gestión de las mismas para el logro de un impacto positivo en el territorio. Esto se relaciona con la dificultad en la realización de diagnósticos participativos, en la evaluación y monitoreo de la ejecución de las Políticas y por ende en las modificaciones necesarias para ir mejorándolas.

7- Hay escasa percepción de los efectores de las Políticas Públicas, de las problemáticas que afectan a la heterogeneidad de la trama social, poco reconocimiento o visibilización de la multiculturalidad que implica diversidad cultural, de género, de etnia, de credo, de expresión de la sexualidad o de cualquier otra índole.

8- Aunque se avanza hacia una concepción integral de salud, revalorizando la mirada preventiva, es generalizada todavía la concepción de salud desde el paradigma de la atención del "daño".

Estos aportes fueron incorporados al enfoque y desarrollo de las acciones contempladas para el PPSIA¹ y al presente documento.

BASES BIOÉTICAS PARA LA ATENCIÓN DE NNyA

La bioética desde el enfoque de los Derechos Humanos (DDHH) surge en la Europa continental y particularmente en Francia (Hottos, 2004). Posteriormente, va adquiriendo gran desarrollo en Latinoamérica, con características, énfasis y especificidades propias de su contexto.

¹ <http://www.saludneuquen.gob.ar/programas-y-comites/programa-provincial-de-salud-sexual-y-reproductiva/>

Hottois (2004) explica que los DDHH no tienen fundamento universal unívoco (Dios, Naturaleza, Espíritu, Razón...) sobre el cual todos, -protestantes, agnósticos, católicos, judíos, ateos, musulmanes, etc.- puedan entenderse. Cada quien es libre de fundamentar los DDHH (o de no fundamentar, contentándose, por ejemplo, con el consenso pragmático) según sea establecido por su conciencia, su cultura, su comunidad, su tradición. Esto permitió que la Declaración Universal de Derechos Humanos (DUDH) haya inspirado un número considerable de textos internacionales tales como los de la Asociación Médica Mundial, ONU, UNESCO, etc. y sido incorporada en la normativa jurídica de numerosos países². Históricamente inscrita en la prolongación del pensamiento de la Ilustración, proclama los **derechos universales e inalienables de los seres humanos**. Tal y como fueron formulados en 1948, estos derechos tienen sus raíces en el consenso de los declarantes, no en los fundamentos metafísicos o teológicos sobre los cuales no existe un acuerdo universal. En consecuencia, "los DDHH representan un modelo de consenso para una sociedad intercultural" (Hottois, 2004).

En Latinoamérica (LA), el desarrollo de la Bioética tuvo una primera etapa en que se siguieron los lineamientos del principialismo surgido en Estados Unidos para luego virar hacia una mirada contextualizada en la realidad latinoamericana, caracterizada por la desigualdad, las profundas asimetrías de poder y el desarrollo regional sometido a las decisiones de los países centrales y sus corporaciones. Así, toma impulso una Bioética latinoamericana sobre la base de los DD HH, priorizando una mirada crítica en el análisis de las situaciones que acentúan las desigualdades³.

La DUDH considera en su preámbulo que *"la libertad, la justicia y la paz en el mundo tienen por base el reconocimiento de la dignidad intrínseca y de los derechos iguales e inalienables de todos los miembros de la familia humana..."* y establece en su art. 1º que: *"Todos los hombres nacen libres e iguales en dignidad y derechos y, dotados como están de razón y conciencia, deben comportarse fraternalmente los unos con los otros"* (UNESCO, 2005).

En el año 2005, UNESCO aprueba **la Declaración de Bioética y Derechos Humanos (UNESCO, 2005)**, afirmando la conjunción de la bioética con los derechos humanos y el **concepto de la dignidad humana como fundamento último (art.3)**. Reconoce así que:

La salud no depende únicamente de los progresos de la investigación científica y tecnológica sino también de factores psicosociales y culturales, (...) asimismo que las decisiones relativas a las cuestiones éticas relacionadas con la medicina, las ciencias de la vida y las tecnologías conexas pueden tener repercusiones en los individuos, familias, grupos o comunidades y en la especie humana en su conjunto (UNESCO, 2005).

Es así que en su articulado desarrolla **15 principios rectores** definiendo entre sus objetivos "[...] proporcionar un marco universal de principios y procedimientos que sirvan de guía a los Estados en la formulación de legislaciones, políticas u otros instrumentos en el ámbito de la bioética" y "promover un acceso equitativo a los

² En Argentina la **Constitución Nacional del año 1994, a través del Art. 75 inc. 22**, le otorgó jerarquía constitucional a: la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre; la Declaración Universal de Derechos Humanos; la Convención Americana sobre Derechos Humanos; el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y su Protocolo Facultativo; la Convención sobre la Prevención y la Sanción del Delito de Genocidio; la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial; la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer; la Convención contra la Tortura y otros Tratos o Penas Cruelles, Inhumanos o Degradantes y la Convención sobre los Derechos del Niño.

³ Esta postura no implica desconocer la existencia y validez de los cuestionamientos sobre la "universalidad" de los DDHH y la concepción eurocéntrica de los mismos, que queda por fuera de los alcances de este documento.

adelantos de la medicina, la ciencia y la tecnología, así como la más amplia circulación posible y un rápido aprovechamiento compartido de los conocimientos relativos a esos adelantos y de sus correspondientes beneficios [...]”(UNESCO, 2005).

En este marco, uno de los **principios éticos** que guía la atención de la salud es el de la **autonomía moral** de la persona fundamentada en el respeto por la dignidad (**art. 5 DBYDH**). En el sentido kantiano del término significa que la persona, en cuanto ser dotado de razón, no obedece a ninguna otra ley moral que aquella que se da a sí misma, condición que la hace poseedora de dignidad (y no de precio) y fin en sí misma (no solo un medio para otros fines). Por ello, la libre elección de planes de vida (según las oportunidades que se presenten) y la adopción de ideales de excelencia humana se consideran como un valor moral a ser protegido por el Estado, a través del reconocimiento de derechos y promoviendo su efectivización. En este sentido, las normas jurídicas no pueden estar dirigidas a imponer modelos de virtud personal o planes de vida determinados, que presuponen a su vez algún modelo de virtud personal, (Nino, 1989).

Este principio es inseparable del **principio de justicia (art. 10 DBYDH)**⁴, como condición de posibilidad para que los seres humanos accedan en iguales términos, a los recursos necesarios para el ejercicio de sus derechos. Citando a Casado:

Quando en la reflexión bioética se habla de principio de autonomía y de principio de justicia (iguales posibilidades para todos de vivir la vida que se desea), de lo que se está tratando es **de libertad y de igualdad⁵, valores (y derechos)**, que constituyen el núcleo de los derechos humanos y de la dignidad humana (Casado, 2007).

A estos principios de carácter general, con alcance a todas las personas, se les **agregan dos principios específicos y de especial relevancia en la atención de NNyA:**

- 1) El de **autonomía/competencia progresiva**, que implica la asunción por las/os NNyA, de roles y funciones, conforme a su grado de desarrollo y madurez;
- 2) **El de interés superior**, el cual es entendido “[...] como la máxima satisfacción, integral y simultánea de los derechos y garantías reconocidos [...]” (Leyes Provincial 2302 y Nacional 26061/05 de Protección Integral de Niños, Niñas y

⁴ Art. 10 DBYDH: “Se habrá de respetar la igualdad fundamental de todos los seres humanos en dignidad y derechos, de tal modo que sean tratados con justicia y equidad.”

⁵ A los efectos de este texto “(des)igualdad” y “(in)equidad” se utilizan como sinónimos. Según la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (CDSS) de la Organización Mundial de la Salud (OMS), las inequidades en salud son las diferencias sistemáticas (no debidas al azar), injustas y evitables en la capacidad de funcionar de las personas que se dan, a nivel individual o colectivo y que son resultado de la desigual distribución del poder y los recursos a lo largo de la escala social, acumulables en el tiempo y que, además, son pasibles de ser revertidos a través del abordaje de las políticas públicas desde la perspectiva de los DSS. El informe afirma, que el tema de la equidad en salud, si se quiere actuar sobre sus causas y modos de reproducción, pasa por la redistribución del poder, los recursos y las jerarquías de una sociedad (determinantes estructurales que incluyen posición social, género, etnia y nivel educativo). Expone además, que el sistema de salud solamente incide en aproximadamente un 30% en la disminución de las inequidades. Es decir, nos están insistiendo en que no es suficiente deliberar únicamente en cómo repartimos “equitativamente” el presupuesto asignado a salud (más o menos chico y con una manta que tapa a más o menos gente), cuando el mercado ya se quedó antes, “inequitativamente” y sin pedir permiso, con la mayor parte de las ganancias producidas por y los recursos de toda una sociedad. Esto no significa que no valga la pena intervenir en los niveles intermedios o micro, pero sabiendo que los resultados van a ser por lo tanto, limitados a reducir o atenuar inequidades o subsanar sus consecuencias, no a revertirlas. Las inequidades en salud derivan fundamentalmente de la asignación diferencial del poder, la riqueza y los recursos de acuerdo con las posiciones sociales (Macías, 2015). Cabe agregar además, que los conceptos de inequidad/equidad son relacionales). Es decir, sólo se puede establecer hasta qué punto es injusta la posesión de ciertos bienes o recursos, cuando podemos comparar la diferencia en el acceso a los mismos que tienen las personas o los grupos (OMS, 2008).

Desde el modelo de los DSS propuesto por la CDSS (y el más utilizado en América Latina) el concepto de inequidad en salud es distinto al de desigualdad en salud: una desigualdad no necesariamente es una inequidad. Se emplea “desigual” solo en el sentido de “diferente” sin necesidad que esa diferencia sea injusta o evitable. Desde este enfoque, desigual y diferente serían sinónimos. En cambio, en el marco de la Unión Europea se emplea generalmente el término desigualdad como sinónimo de inequidad social y se refiere a las diferencias injustas, sistemáticas y evitables y no a meras diferencias en salud (Segura del Pozo, 2011)

Adolescentes (LPyN NNyA). **Es decir, que el ejercicio de la responsabilidad parental no es absoluto sino que encuentra como limite el interés superior del NNyA (CSJN, 2012).**

Actualmente, como se ha podido observar, se concibe a la infancia como una etapa de desarrollo efectivo y progresivo de la autonomía personal, social y jurídica. En materia de salud, esto se traduce en el derecho del NNyA al **cuidado de su propio cuerpo** y en la noción bioética de **competencia** (Lamm, 2015). Los menores evolucionan desde un estadio de incompetencia absoluta para ejercer por sí los derechos de los que son titulares, hacia una madurez gradual, que culmina cuando adquieren la plena capacidad de ejercicio, cesando aquí la sujeción a la responsabilidad parental (Kemelmajer de Carlucci, 1998).

En este contexto, se entiende por **competencia** a la aptitud de un individuo de comprender el alcance y consecuencia de un acto y poder así, tomar una decisión autónoma, es decir en consonancia con los propios intereses y deseos. Ser considerado competente para tomar una decisión implica la capacidad de expresar una elección entre alternativas; entender los riesgos, beneficios y opciones cuando se consideran diversas posibilidades; decidir razonablemente; y hacerlo sin coerción, libremente. Ahora bien, dicha competencia debe ser valorada en cada caso concreto, y varía en función de la madurez del niño, niña o adolescente y de la complejidad de la práctica a que sea sometido. En otras palabras, dependerá del NNyA y del procedimiento propuesto.

Hoy se sostiene que la competencia para adoptar decisiones relacionadas con la propia salud no debe confundirse con la mayoría de edad general ni con la capacidad formal en derecho civil (derechos patrimoniales). Los requisitos establecidos para adquirir la plena capacidad no rigen de modo general para determinar su aptitud de adoptar decisiones en el ámbito de la salud. Es decir, una cosa es tener capacidad para realizar actos jurídicos (actos patrimoniales) y otra es competencia en cuestiones que afectan sus derechos personalísimos (Lamm, 2015). El niño, niña o adolescente que disfruta de la plena titularidad de sus derechos fundamentales, va adquiriendo progresivamente una creciente aptitud para ejercerlos autónomamente. Esa competencia progresiva va permitiendo de modo gradual que el NNyA adopte autónomamente ciertas decisiones, después otras, quedando las más trascendentes reservadas al momento de adquisición de su completa autonomía.

Es así como el respeto al paciente en su dignidad se operativiza en la práctica de la atención de la salud, cumpliendo con la obligación de brindar atención de tal manera que le permita el ejercicio pleno de sus derechos como tal.

Derechos de los/as pacientes en la atención de la salud:

- Derecho a la atención sanitaria de calidad.
- Derecho a decidir según sus propios intereses y deseos.
- Derecho a ser escuchado/a.
- Derechos a la información.
- Derecho a la confidencialidad.
- Derecho a la no discriminación.

De esta manera, se conecta la salud como una de las condiciones de posibilidad para el goce de una vida plena (Sen, 2002). Además, veremos en el próximo apartado, cómo estos principios éticos son receptados a lo largo de nuestra normativa jurídica,

desde la Constitución Nacional hasta las leyes provinciales, identificando aquellas dimensiones o aspectos éticos considerados valiosos para fundamentar y reflejarse en nuestras regulaciones, en sus distintos niveles.

A pesar de contar con un marco legal vigente amplio que refleja la valoración social por los principios que lo sustenta, existe una imbricada trama de desconocimientos, miedos, prácticas naturalizadas, condicionamientos de género, discriminación, asimetrías de poder, pertenencia social, etc., que incide en la efectivización de los derechos, y en los resultados diferenciales en los modos de enfermar y morir, según los grupos sociales de pertenencia.

Debido a la relevancia de esta etapa de la vida en la configuración de las identidades de los NNyA se resaltan **los condicionamientos de género** que tradicionalmente, atribuyen a las mujeres roles pasivos, de cuidado de los otros, de mayor sensibilidad y de desarrollo de la vida básicamente en el ámbito privado del hogar y de las relaciones familiares, resaltando su funciones de esposas y madres. Por otro lado, a los varones se les atribuye la actividad, el poder, la fuerza y el rol de proveedores y se les otorga el ámbito de lo público.

Los roles que la sociedad adjudica a varones y mujeres inevitablemente produce modelos de socialización que generan **estereotipos**⁶ internalizados por los NNyA, determinando y reproduciendo comportamientos y modos de relacionarse que pueden llevarlos/as a situaciones de riesgo, **discriminación**⁷ y **desigualdad** con respecto a su salud.

El hecho que lxs trabajadorxs de la salud, como parte de la sociedad, estén también atravesadxs por los prejuicios y estereotipos de género, constituye una importante dificultad que actúa como barrera para el ejercicio de los derechos de NNyA en la atención de su salud, especialmente en esta etapa de profundas definiciones en cuanto a la identidad y el proyecto de vida deseado y posible.

La orientación sexual⁸ y la identidad de género⁹ son esenciales para la dignidad y la humanidad de toda persona y no deben ser motivo de discriminación o abuso.

En la actualidad se cuenta con leyes que garantizan los derechos de igualdad y no discriminación sin distinción de sexo, orientación sexual o identidad de género. Sin embargo, las violaciones a los derechos humanos basadas en la orientación sexual o las identidades de género reales o percibidas de las personas constituyen un patrón global y arraigado que es motivo de seria preocupación. Por esto, y para transformar este escenario, las organizaciones internacionales de derechos humanos establecieron una serie de principios jurídicos internacionales, los Principios de Yogyakarta (ONU, 2008), que delinear las obligaciones que le caben a los Estados en cuanto a su aplicación y además, las responsabilidades de la sociedad, la familia y otros actores, en cuanto a la promoción y protección de los mismos. Particularmente, el principio 18 (ONU, 2008) sobre Protección contra Abusos Médicos, precisa el enfoque de DDHH en

⁶ **Estereotipo**: es el proceso de atribuirle a un individuo, características o roles únicamente en razón de su aparente membresía a un grupo particular.(...) Los **estereotipos de género** se refieren a la construcción social y cultural de hombres y mujeres, en razón de sus diferentes funciones físicas, biológicas, sexuales y sociales (...).Los estereotipos sexuales operan para demarcar las formas aceptables de sexualidad masculina y femenina, con frecuencia privilegiando la heterosexualidad sobre la homosexualidad a través de la estigmatización. (COOK, R. y CUSACK, S. 2010, p 2, 23 y 51).

⁷ Ningún individuo o grupo debería ser sometido por ningún motivo, en violación de la dignidad humana, los derechos humanos y las libertades fundamentales, a discriminación o estigmatización alguna (**art. 11: DUBYDH**).

⁸ La **orientación sexual** se refiere a la capacidad de cada persona de sentir una profunda atracción emocional, afectiva y sexual por personas de un género diferente al suyo, o de su mismo género, o de más de un género, así como a la capacidad mantener relaciones íntimas y sexuales con estas personas.

⁹ La **identidad de género** se refiere a la vivencia interna e individual del género tal como cada persona la siente profundamente, la cual podría corresponder o no con el sexo asignado al momento del nacimiento, incluyendo la vivencia personal del cuerpo (que podría involucrar la modificación de la apariencia o la función corporal a través de medios médicos, quirúrgicos o de otra índole, siempre que la misma sea libremente escogida) y otras expresiones de género, incluyendo la vestimenta, el modo de hablar y los modales.

relación a las cuestiones de género y orientación sexual en el contexto de la atención sanitaria. Así, puntualiza que el cuerpo de ningún persona (que incluyendo a lxs NNyA) debe ser intervenida por medio de procedimientos médicos que procuren imponerle una identidad de género sin su consentimiento pleno, libre e informado, de acuerdo a su edad y madurez, y guiándose por el principio de su interés superior.

Principio de Yogyakarta N° 18: Ninguna persona será obligada a someterse a ninguna forma de tratamiento, procedimiento o exámenes médicos o psicológicos, ni a permanecer confinada en un establecimiento médico, por motivo de su orientación sexual o su identidad de género. Con independencia de cualquier clasificación que afirme lo contrario, la orientación sexual y la identidad de género de una persona no constituyen, en sí mismas, trastornos de la salud y no deben ser sometidas a tratamiento o atención médicas, ni suprimidas.

Visibilizar e intervenir en las barreras socioculturales mencionadas, abordar la salud de NNyA desde el contexto y la perspectiva de género, significa reconocer que no se trata sólo del acceso a la atención sanitaria, sino de propiciar una atención que reconozca a los NNyA como sujetos de derechos, en condiciones de igualdad, sin discriminación por etnia, condición social, cuestiones de género u orientación sexual, favoreciendo que los NNyA consulten, sostenga su tratamiento o concurrencia, adoptando decisiones en concordancia con sus propios deseos e intereses, y desarticulando las barreras que la obstaculicen.

NUESTRO MARCO JURIDICO/NORMATIVO

Constitución Nacional

En la última reforma de la Constitución Nacional en el año 1994, se incorporó en el artículo 75, inciso 22, la **Convención sobre los Derechos del Niño** (CDN), adoptada por la Asamblea General de Naciones Unidas en 1989, y ratificada por la Ley Nacional 23849/1990.

Convención sobre los Derechos del Niño

Para la CDN **"se entiende por niño y adolescente a toda persona menor de dieciocho (18) años de edad"**, en la cual se puede observar que:

- Cambia la perspectiva en la forma de entender la niñez y la adolescencia, ya que de ser el menor considerado objeto de la intervención-compasión por parte de la familia, el Estado y la sociedad (sistema tutelar), pasó a ser reconocido como **sujeto titular de derechos**.
- Establece en su artículo 3, que se debe tener como criterio **"el interés superior del niño"** en todas las medidas concernientes a los niños que tomen las instituciones públicas o privadas de bienestar social, tribunales, las autoridades administrativas o los órganos legislativos.

- El interés superior del niño es entendido como *la "[...] como la máxima satisfacción, integral y simultánea de los derechos y garantías reconocidos [...]"* (Ley Nacional 26061).
- Reconoce al **NNyA** como sujeto de derechos incorporando el principio bioético de **autonomía progresiva**, que implica la asunción por los niños, niñas y adolescentes de roles o funciones, conforme a su desarrollo y madurez.
- Acerca del concepto de **autonomía progresiva** podemos verlo evidenciado en todo el texto de CDN, destacando:
 - **su preámbulo**, en donde se establece que el niño *"debe estar plenamente preparado para una vida independiente en sociedad"*, y en **el art. 12** se garantiza al niño *"que esté en condiciones de formarse un juicio propio" el derecho "de expresar su opinión libremente" en todos los asuntos que lo afectan, "teniéndose debidamente en cuenta sus opiniones en función de su edad y madurez"*.
 - **el art. 5** que recoge este principio, al recordar *el derecho de los padres de impartir a sus hijos dirección y orientación apropiadas para que el niño ejerza sus derechos "en consonancia con la evolución de sus facultades"*. De esta manera, se reconoce la autonomía progresiva del niño que, necesariamente, en un proceso normal de desarrollo y crecimiento implicará el derecho del niño a ejercer sus derechos por sí mismo de acuerdo con la "evolución de sus facultades".

La Constitución de la Provincia de Neuquén (CPN)

La CPN en su reforma de 2006, también incorpora a la CDN en su artículo 47:

Artículo 47° La Provincia reconoce a las niñas, niños y adolescentes como sujetos activos de derechos, les garantiza su protección y su máxima satisfacción integral y simultánea, **de acuerdo a la Convención Internacional de los Derechos del Niño, la que queda incorporada a esta Constitución, en las condiciones de su vigencia.**

El Estado legisla y promueve **medidas de acción positiva** tendientes al pleno goce de sus derechos, removiendo los obstáculos de cualquier orden que limiten de hecho su efectiva y plena realización.

Es prioritaria la efectivización de tales derechos, en el diseño, ejecución y evaluación de políticas públicas.

El Ministerio Público a través de órganos especializados y los demás órganos competentes, promueve por sí o promiscuamente, todas las acciones útiles y necesarias para la protección y promoción de los derechos de las niñas, niños y adolescentes, privilegiando su interés superior.

El Código Civil y Comercial de la Nación (CCyC)

El CCyC, adoptado por Ley Nacional 26994/15 y adecuándose a la normativa constitucional, ha asumido un enfoque que atraviesa todo el texto y está dado por la inclusión jurídica y legitimación personal del NNyA, en función de su condición de **sujeto de derecho** (art. 3 CDN). En este sentido, el NNyA queda marcadamente diferenciado de la persona de sus padres o representantes legales. Además, el nuevo código introduce importantes cambios en materia de derechos del NNyA en el cuidado de su propio cuerpo y, por primera vez, se le dedica un articulado específico.

Artículo 25: establece como menor de edad a la persona que no ha cumplido dieciocho años y denomina adolescente a la persona menor de edad que cumplió trece años.

Además, abandona el uso de la palabra "menor" a secas y, sólo hace referencia a la persona "menor de edad"; además incorpora el término adolescente. El reconocimiento de esta categoría etaria como una categoría jurídica, da cuenta del cambio de mirada, de práctica y de lenguaje en nuestro derecho, que interviene en una forma más sutil en la consideración de la autonomía de los sujetos, lo que conlleva una mirada más respetuosa de su dignidad.

Regula expresamente la capacidad de ejercicio de los NNyA en lo relativo al cuidado de su propio cuerpo, y lo hace a la luz del principio constitucional de autonomía progresiva (art. 5° CDN; OC 17/2002, Corte IDH).

Artículo 26:

- La persona menor de edad ejerce sus derechos a través de sus representantes legales.

- No obstante, **la que cuenta con edad y grado de madurez suficiente puede ejercer por sí los actos que le son permitidos por el ordenamiento jurídico.** En situaciones de conflicto de intereses con sus representantes legales, puede intervenir con asistencia letrada.

- La persona menor de edad tiene derecho a ser oída en todo proceso judicial que le concierne así como a participar en las decisiones sobre su persona.

- Se presume que el adolescente entre trece y dieciséis años tiene aptitud para decidir por sí respecto de aquellos tratamientos que no resultan invasivos, ni comprometen su estado de salud o provocan un riesgo grave en su vida o integridad física.

- Si se trata de tratamientos invasivos que comprometen su estado de salud o está en riesgo la integridad o la vida, el adolescente debe prestar su consentimiento con la asistencia de sus progenitores; el conflicto entre ambos se resuelve teniendo en cuenta su interés superior, sobre la base de la opinión médica respecto a las consecuencias de la realización o no del acto médico.

- A partir de los dieciséis años el adolescente es considerado como un adulto para las decisiones atinentes al cuidado de su propio cuerpo.

La regulación de la participación en el ámbito sanitario es acorde a la distinción efectuada entre niños y adolescentes.

El piso etario para la aplicación de la norma son los 13 años de edad; y los 16 años se introduce como el tope a partir del cual el régimen de menor edad ya no es aplicable.

Entre los 13 y los 16 años, la cuestión relativa a la capacidad de ejercicio de los actos personalísimos por el adolescente se regula considerando la complejidad y/o efectos eventuales de los actos/tratamientos médicos.

Se opta por la postura que consiste en la introducción de límites de edad, con la posibilidad del niño o adolescente de haber desarrollado la competencia necesaria para ejercer el derecho en cuestión antes de haber alcanzado la edad establecida.

Se establecen edades porque las edades llevan implícitas ciertas presunciones de "grados de desarrollo" que permiten de algún modo extraer conclusiones primeramente similares dentro de cada franja etaria. No obstante, ello así, es sólo como un primer paso que deberá luego ser imprescindiblemente tamizado y corroborado en el análisis concreto, individualizando las potencialidades personales del NNyA particularmente comprometido.

No es el NNyA quien tiene que probar su competencia, sino quien se oponga a ello.

Cuando se trata de la toma de decisiones en salud, se permite que los representantes tomen ciertas decisiones, siempre que esas decisiones sean **acordes al mejor interés del niño o adolescente y con el asentimiento de este**. Si la decisión no cumple con ello, se deberá procurar la intervención de los tribunales.

En reconocimiento de la complejidad práctica para la aplicación de los art. 25 y 26 del CCyC, desde el Ministerio de Salud de la Nación se organizó una mesa de trabajo junto a reconocidxs expertxs cuyo resultado fue la formulación de la **Resolución 65/2015**, que en consonancia con lo establecido por la CSJN, señala al **principio pro homine** como rector para la interpretación de toda norma que involucre los DDHH. Este principio, de aplicación en **toda norma jurídica, implica que toda interpretación de las mismas, debe ser en dirección a favorecer una decisión en beneficio de la persona (MSA, 2015)**.

Se destacan los siguientes conceptos de dicha resolución:

**Resolución 65/2015
Ministerio de Salud de Argentina**

- Las prácticas sanitarias que requieren **acompañamiento** para la decisión en el período comprendido entre los **13 y los 16 años**, son aquellas en las que existe evidencia científica que muestre **una probabilidad considerable (alta) de riesgo o se generen secuelas físicas** para el NNyA, y no solo en aquellas que tal consecuencia pudiera existir.

- El criterio de **"invasividad"** utilizado por el art. 26 del CCyC debe leerse como tratamiento **de gravedad** que impliquen riesgo para la vida o riesgo grave para la salud.

- El término **"progenitores"** debe entenderse en un sentido amplio que incluya a personas que ejerzan roles de cuidado formal o **informalmente**.

- **Desde los 13 años** (salvo en los casos en que fuera de aplicación una norma especial que otorgase mejor derecho desde una menor edad) las personas **pueden acceder a los métodos anticonceptivos transitorios en forma autónoma, como también al diagnóstico de VIH y al test de embarazo**.

- La **restricción de capacidad es excepcional** y cobra vigencia estrictamente en los términos de la **sentencia judicial** que así lo declare.

Ley Nac. 26.061/05 de Protección Integral de Niños, Niñas y Adolescentes

Además, la autonomía progresiva de los niños en el ejercicio de sus derechos fundamentales resulta un postulado implícito en todo el articulado de la ley que se explicita en:

- **El art. 3**, cuando se refiere al interés superior del niño destaca en su inciso d) que se debe respetar *"Su edad, grado de madurez, capacidad de discernimiento y demás condiciones personales"*;

- **El art. 19** al establecer el derecho del NNyA a *"tener sus propias ideas, creencias o culto religioso según el desarrollo de sus facultades y con las limitaciones y garantías consagradas por el ordenamiento jurídico y ejercerlo bajo la orientación de sus padres"* (inc. a), el derecho *"a expresar su opinión en los ámbitos de su vida cotidiana"* (inc. b) y *"a expresar su opinión como usuarios"* (inc. c).

- **Los arts. 24 inc. b) y 27 inc. b** exigen "que sus opiniones sean tenidas primordialmente en cuenta conforme a su madurez y desarrollo" en toda decisión que lo afecte.

La Ley Provincial 2302/99 de Protección Integral del Niños y Adolescente

Una de las primeras leyes del país en **receptar los postulados de la CDN** estructurada bajo los siguientes principios:

- Interés superior del NNyA.
- Igualdad como no discriminación.
- Autonomía progresiva.
- Derecho del/a NNyA a ser oído.

La Ley Nacional 26.529/09 de Derechos del Paciente en su relación con los Profesionales e Instituciones de Salud, con sus modificaciones y reglamentación en lo que respecta a la regulación de la relación entre el personal de salud y el paciente, prevé expresamente la situación de los NNyA. Es así que, **el artículo 2** de la ley regula dentro de los derechos del paciente el de asistencia, previendo que *"El paciente, prioritariamente los niños, niñas y adolescentes, tiene derecho a ser asistido por los profesionales de la salud, sin menoscabo y distinción alguna (...)".* Posteriormente, en el mismo artículo, prevé la autonomía de la voluntad, estableciendo que *"El paciente tiene derecho a aceptar o rechazar determinadas terapias o procedimientos médicos o biológicos, con o sin expresión de causa, como así también a revocar posteriormente su manifestación de la voluntad. Los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a intervenir en los términos de la Ley N° 26.061 a los fines de la toma de decisión sobre terapias o procedimientos médicos o biológicos que involucren su vida o salud".*

Ley Provincial 2611/2008 de Derechos de los Pacientes

Es una ley general que reconoce los derechos de los pacientes y regula los registros clínicos, sin hacer especificaciones por edad, estableciendo en su **art. 11** referido al **consentimiento informado por representación en la situaciones de incapacidad** que: *"(...) La prestación del consentimiento por representación será adecuada a las circunstancias y proporcionada a las necesidades que haya que atender, siempre en favor del paciente y con respeto a su dignidad personal. El paciente participará en la medida de lo posible en la toma de decisiones a lo largo del proceso sanitario (...)".*

**LINEAMINETOS PARA LA PRÁCTICA:
DIEZ CONCEPTOS CLAVES PARA LA ATENCIÓN DE LA SALUD DE NIÑOS,
NIÑAS Y ADOLESCENTES**

Advertimos que todo nuestro ordenamiento jurídico reconoce a **los NNyA como sujetos plenos de derechos concediéndoles autonomía progresiva**, lo que significa una gradación evolutiva en la toma de decisiones inherentes al ejercicio de sus derechos fundamentales, dependiendo de su desarrollo y madurez, y en condiciones de igualdad (sin discriminación).

- 1) En materia de salud, **la autonomía progresiva** implica el derecho del NNyA al cuidado de su propio cuerpo y **la competencia para tomar decisiones acerca de su salud, según su etapa madurativa.**
- 2) El ejercicio de **la responsabilidad parental no es absoluto** sino que encuentra como **limite el interés superior del NNyA.**
- 3) **Como sujetos titulares de derechos**, en la atención sanitaria **le corresponden los derechos** que le conciernen a todo paciente: **asistencia sanitaria de calidad, información, derecho a ser escuchado, confidencialidad y a decidir según sus propios intereses y deseos**, los cuales podrán ser ejercidos por ellos mismos, según su grado de madurez y desarrollo psicofísico.
- 4) Debe garantizarse el **acceso de estos derechos** en **condiciones de igualdad**, es decir, **sin discriminación** por sexo, clase social, nivel de instrucción, etnia, religión, orientación sexual u otra condición social individual o de grupo.
- 5) **Ninguna persona será obligada a someterse a ninguna forma de tratamiento**, procedimiento o exámenes médicos o psicológicos, ni a permanecer confinada en un establecimiento médico, **por motivo de su orientación sexual o su identidad de género.** Con independencia de cualquier clasificación que afirme lo contrario, la orientación sexual y la identidad de género de una persona **no constituyen, en sí mismas, trastornos de la salud.**

Es fundamental garantizar el acceso a la atención sanitaria de calidad que incluye la evaluación de la competencia para la toma de decisiones en relación al problema de salud a resolver.

- 6) Se debe garantizar la atención de calidad a los NNyA que acudan a la consulta, **solos o acompañados. Todas las personas de 13 años o más son consideradas por la legislación argentina como plenamente capaces de discernimiento.** Sin perjuicio de lo anterior, se recomienda fomentar que los NNyA cuenten con la compañía y el apoyo de una persona adulta de su confianza durante el proceso de atención.
No es el NNyA quien tiene que probar su competencia, sino quien se oponga a ello.

Derechos como la accesibilidad a la atención sanitaria, a la información a la confidencialidad y a ser oídos, son esenciales para evitar daños en la salud y la vida de los niños y adolescentes y garantizar su desarrollo como ciudadanos autónomos.

Esto no significa desconocer las dificultades que conlleva, por diferentes motivos (desconocimiento, miedos y/o prácticas naturalizadas, etc.), la implementación práctica de estos nuevos conceptos.

7) Para sortear estas dificultades es esencial **la formación del personal de salud en la evaluación del grado de desarrollo y madurez de un NNyA** para la toma de decisiones autónomas, a cuyos fines **dicha evaluación debe ser siempre individual y contextualizada.**

Para despejar ambigüedades de ciertos conceptos se elaboró la **Resolución 65/2015 del MSA** de la que se destaca:

8) Las **prácticas** sanitarias que requieren **acompañamiento** para la decisión en el período comprendido entre los **13 y los 16 años**, son aquellas en las que existe **evidencia científica** que muestre **una probabilidad considerable (alta) de riesgo o se generen secuelas físicas** para el NNyA, y no solo en aquellas que tal consecuencia pudiera existir.

9) Desde **los 13 años** (salvo en los casos en que fuera de aplicación una norma especial que otorgase mejor derecho desde una menor edad) las personas **pueden acceder a los métodos anticonceptivos transitorios en forma autónoma, como también al diagnóstico de VIH y al test de embarazo.**

10) La **restricción de capacidad es excepcional** y cobra vigencia estrictamente en los términos de la **sentencia judicial** que así lo declare.

Situaciones de la práctica sanitaria

Por último y para dilucidar en algo estos puntos teóricos nos parece acertado presentar cuatro situaciones de la práctica asistencial cotidiana y la forma de proceder más adecuada para garantizar el derecho a la salud de NNyA.

Este no es de ninguna manera una serie de recetas o protocolos que pueden seguirse invariablemente en todas las situaciones semejantes. Es decir, cada situación con un niño, niña o adolescente es particular y distinta a otra de las mismas características que se dé en otro niño, niña o adolescente. Por lo que se debe analizar una a una las situaciones, contextualizarlas y resolverlas para su mejor bienestar, a la luz de los derechos que le corresponden.

Situación 1:

Agustín tiene 12 años, concurre solo al hospital, se dirige a la ventanilla de gestión de pacientes y realiza la cola para la solicitud de turnos. Cuando accede a la persona que está atendiendo, le solicita turno para él con un médico/a generalista o pediatra, a lo cual la agente de salud le pregunta ¿cuántos años tenés? Agustín le contesta su edad.

¿Qué actitud debe tomarse?

El turno debe ser otorgado. Es deseable que cada niño, niña o adolescente contacte al sistema de salud acompañado por un adulto de confianza, de preferencia sus padres. Sin embargo, cuando esto no es posible, es función de los integrantes del equipo de salud asegurarle las condiciones para acceder al ejercicio pleno de su derecho a la salud (MSN, SAP y UNICEF, 2010).

Más allá de la edad que tenga, **el interés superior** del niño habilita a resolver a favor del acceso, en tanto es la única forma de interpretar armónicamente todo el marco normativo vigente y sobre todo, garantizar la protección y acceso al derecho a la salud que detenta.

La consulta a cualquier miembro del equipo de salud independientemente de su función específica debe asegurar al NNyA un ámbito de confiabilidad (confianza en los profesionales, centros de salud y/o institución), confidencialidad y privacidad, informando de las excepciones cuando la responsabilidad deba ser compartida con sus padres o representantes.

Ante esta situación se recomienda:

- ✓ Otorgarle el turno, este debe ser lo más próximo posible en el tiempo, en un horario que Agustín pueda asistir y con un profesional que lo contenga en la consulta.
- ✓ Mostrar receptividad por parte del personal de salud hacia la consulta.
- ✓ Luego, en la consulta propiamente dicha, el/la profesional evaluará la pertinencia de la presencia o no de un adulto referente.
- ✓ Considerar la posibilidad que este niño puede no tener un adulto referente, en cuyo caso, tendrán que actuar otros integrantes del equipo de salud para resolver la situación acorde al mejor interés de Agustín.

Situación 2:

Mariana tiene 14 años, llega al consultorio de ginecología manifestando que quiere tomar pastillas anticonceptivas porque ya comenzó a tener relaciones sexuales con su novio.

¿Qué actitud debe tomarse?

Se la debe orientar con toda la información científica disponible para evitar que ponga en riesgo su vida e integridad física, y de esta manera hacer efectivos los derechos a la salud y a la información.

Como se mencionó anteriormente, la Convención de los Derechos del Niño (artículo 24), la ley nacional 26061 de Protección Integral de Niños, Niñas y Adolescentes (artículo 14), y la Ley N° 26.529 de Derechos del Paciente (artículo 2 inc a), contemplan que los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a disfrutar del más alto nivel posible de salud y de servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación.

Se reconoce un marco de libre decisión sobre la propia vida y el propio cuerpo, que impide al Estado –y a otros sujetos- interferir negativamente con sus decisiones y acciones libremente adoptadas, receptadas por el artículo 16 de la CDN.

La CDN toma como principio rector "*el interés superior del niño*" y reconoce su autonomía progresiva, introduciendo la idea de "competencia" de los niños para la toma de decisiones relativas a su cuerpo y su salud; los niños son sujetos plenos de derechos y van adquiriendo cada vez mayor capacidad para el ejercicio de los mismos (autonomía progresiva). En este contexto, las facultades de representación otorgadas a los padres son dadas en función del deber de brindarles las herramientas que permitan el ejercicio pleno de sus derechos reconocidos (CDN, artículo 5).

El ejercicio de un derecho que implica la atención básica en salud, sea ésta una decisión referida a información sobre el propio cuerpo (solicitarla y recibirla), métodos anticonceptivos y su aprovechamiento, prestaciones y servicios de salud, son hechos lícitos o actos no negociables y no actos jurídicos. Su concreción se vincula a la posibilidad de expresión de la voluntad, previa comprensión del acto médico y de sus consecuencias para la vida y la salud.

En cumplimiento de todo el cuerpo normativo jurídico, antes citados, se debe dar asistencia completa tal como lo solicita la adolescente.

En todos los casos debemos generar un vínculo de confianza para que ese o esa adolescente regrese a la consulta, ya que ello garantiza poder trabajar sobre lo que le pase y sobre la posibilidad de que haya otro que lo acompañe, ya sean los padres o un adulto de confianza.

Algunos días después de esta consulta, la madre de Mariana enterada que su hija ha concurrido al servicio reclama saber qué sucedió.

Frente a la madre **¿Qué actitud debe tomarse?**

Lo más recomendable es explicarle que el deber profesional (incluye información y confidencialidad) es para con su hija, que está ejerciendo su derecho a la salud.

La responsabilidad parental no puede ser validada como obstáculo para la protección y formación integral de los hijos.

El art. 638 del nuevo Código Civil ya no habla de patria potestad sino de **responsabilidad parental** y la define como *el conjunto de deberes y derechos que corresponden a los padres sobre las personas y bienes de los hijos, para su protección, desarrollo y formación integral, mientras sean menores de edad y no se hayan emancipado.*

La autoridad que el Código Civil reconoce a los padres no es un fin en sí misma. El objetivo es proteger los derechos de los niños y adolescentes, y promover su formación integral (artículo 639). La patria potestad requiere que los niños y adolescentes sean titulares de todos los derechos personalísimos (artículo 646, incisos c y d).

Esto no significa desconocer o no jerarquizar la importancia para un NYA de estar acompañado/a de sus padres o un adulto responsable en este proceso.

Sin embargo, el ejercicio de la responsabilidad parental encuentra sus limitaciones en cualquier práctica por parte de los padres que vulnere los derechos que establece la CDN, ya que tiene como finalidad preparar al niño para asumir una vida responsable en una sociedad libre.

Situación 3:

Florencia de 15 años consulta, sin acompañamiento de un adulto porque tiene miedo de estar embarazada. Ante la confirmación mediante el test de detección rápida, manifiesta dudas sobre la continuación del mismo; le pide al médico que la atendió que no le brinde información a ningún familiar.

¿Qué actitud debe tomarse?

En primera instancia, realizar el examen físico completo y un diagnóstico de situación: ¿Por qué la paciente no quiere incluir a su familia en la consulta? ¿Hay pareja acompañante? ¿Existe la posibilidad de abuso? ¿Tiene la joven un trastorno mental?

Si se trata de una adolescente sana física y mentalmente y no se sospecha una situación de abuso o riesgo inminente, por los derechos a la salud, información y confidencialidad, se deberá asegurar la asistencia y acompañamiento de la paciente, preservando la confidencialidad y el interés superior de la joven. De no respetar la confidencialidad pedida es muy probable que no regrese a la consulta pudiendo incurrir en conductas que pongan en riesgo su vida.

Por tratarse de una situación compleja, como estrategia de abordaje, es importante organizar una red de contención que pueda ayudarla y sostenerla a hacer ejercicio de su derecho a la salud y a la autonomía. Como primera medida, es conveniente generar un equipo (médico/a general o ginecólogo/a junto a un profesional de la salud mental o trabajador social). Y, luego, buscar la red social.

Ante esta situación, se recomienda:

- ✓ Comunicar a la adolescente la conveniencia de informar a un adulto responsable de su cuidado sobre la situación, y acordar con ella la forma de hacerlo (contexto, lugar, momento, etc.).
- ✓ Postergar la comunicación al adulto hasta lograr el consentimiento de la adolescente de no mediar emergencias médicas, legales, sociales y/o de salud mental.
- ✓ Ofrecer un contacto previo con otro adulto referente, a elección de la adolescente.
- ✓ De no lograr la referencia a un adulto continente se asegurará la asistencia y acompañamiento de Florencia.
- ✓ Asegurarle a Florencia la confidencialidad de la consulta.
- ✓ Realizar el seguimiento, especialmente en los casos en que se presuma una reacción familiar violenta.
- ✓ Frente a un caso en que se sospeche la **existencia de violación o amenaza en el ejercicio de los derechos de la joven** y no se cuente con entorno continente, (no necesariamente familiar sino sin adulto de confianza) habrá que dar intervención a las Oficinas locales de Protección de Derechos de cada distrito o ciudad (Defensoría de los Derechos del NNyA), conforme lo manda el art. 30 y 31 de la **Ley 26.061** y el art. 31 de su decreto reglamentario (415/2006).

Situación 4:

Francisco de 16 años concurre a la consulta solo, manifiesta haber incurrido en prácticas sexuales de riesgo y expresa su deseo de hacerse un test de VIH.

¿Qué actitud debe tomarse?

Teniendo en cuenta nuestro marco normativo debemos brindarle completa asistencia, sin exigirle autorización previa de adulto responsable. Garantizando los derechos a la salud, a la información y a la confidencialidad de Francisco.

Ante esta situación se recomienda:

- ✓ Solicitar el consentimiento informado firmado por el adolescente para hacerse el test de VIH.
- ✓ Brindarle a Francisco asesoramiento sobre el significado del test y sus resultados posibles.
- ✓ Brindarle a Francisco información y consejería sobre enfermedades de transmisión sexual, conductas de riesgo y prevención de las mismas.
- ✓ Asegurar la confidencialidad de la consulta.

REFERENCIAS

Este documento ha sido confeccionado gracias a la orientación de los textos citados a continuación. No todo lo vertido en el mismo implica necesariamente el pensamiento de los mencionados autores.

- Casado, M. (2007). Bioética para un contexto plural; en Casado, M (comp.): Nuevos materiales de bioética y derecho. Barcelona: Universitat de Barcelona.
- Cook, R Y Cusack, S. (2010). *Estereotipos de Género: Perspectivas Legales Transnacionales*. Bogotá: Profamilia, (Traducción de Andrea Parra). Título original: Gender Stereotyping: Transnational Legal Perspectives. University of Pennsylvania Press, 2009.
- Corte de Suprema de Justicia de la Nación [CSJN]. (2012). Fallo "N.N. D., v. s/ protección guarda de personas".
- Hottois, G. (2004). *Qué es la Bioética*. Bogotá: Universidad El Bosque.
- Kemelmajer de Carlucci, A. (2001). El derecho del menor a su propio cuerpo, en Borda, Guillermo A., (Dir.), *La persona humana*, Buenos Aires: La Ley, p. 256.
- Lamm, E. (2015) El Derecho de Niños, Niñas y Adolescentes al Cuidado de su Propio Cuerpo. Una cuestión de Autonomía, Libertad, Integridad, Libre Desarrollo de la Personalidad y Dignidad. En Fernández, Silvia (Dir.). *Tratado de Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes*. Thomson Reuters.
- Macías, A. (2015). La especificidad de la bioética en América Latina: derechos humanos, determinantes sociales de la salud y bioética en la práctica sanitaria. *Revista Patagónica de Bioética*, n° 2, p. 57 – 64. Recuperado de: <http://bioetica.saludneuquen.gob.ar/RPB002.pdf>
- Ministerio de Salud de Argentina, Sociedad Argentina de Pediatría y UNICEF. (2010). *Guía de recomendaciones para la Atención Integral de Adolescentes en espacios de salud amigables y de calidad*. Recuperado de: https://www.unicef.org/argentina/spanish/2012_Guia_Clinica_Sap_Unicef.pdf
- Ministerio de Salud de Argentina [MSA]. (2015). Resolución 65/2015. Recuperada de: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/verNorma.do;jsessionid=1986F5BBD2C6141457795C0504CF37B7?id=257649>
- Nino, C. (1989). *Ética y derechos Humanos*. Ed. Astrea.
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2008). Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud – Informe final. Recuperado de: http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/es/
- Organización de Naciones Unidas [ONU]. (2008). Principios de Yogyakarta: Principios sobre la aplicación de la legislación internacional de derechos humanos en relación con la orientación sexual y la identidad de género. Recuperado de: http://www.yogyakartaprinciples.org/principles_sp.pdf
- Segura del Pozo, J. (2011). *Desigualdades Sociales en Salud: conceptos, estudios e intervenciones (1980- 2010)*; Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- Recuperado de: https://saludpublicayotrasdudas.files.wordpress.com/2013/09/desigualdades-sociales_final.pdf
- Sen, A. (2002). ¿Por qué la equidad en salud? Rev. Panam. Salud Publica/Pan Am J Public.
- Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura [UNESCO]. (2005). Declaración de Bioética y Derechos Humanos. Recuperado de: http://portal.unesco.org/es/ev.php-URL_ID=31058&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html