

5

DOCUMENTO DE TRABAJO

El derecho a la salud de niños niñas y adolescentes

¿De qué se trata este documento de trabajo?

El presente documento de trabajo contiene los principales puntos a considerar para la constitucionalización del derecho a la salud, a partir de los estándares de la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN) y del derecho internacional de los derechos humanos, con especial énfasis en niños, niñas y adolescentes. Así, en primer lugar, se contextualiza el derecho a la salud en Chile, para luego analizar los principales estándares internacionales de derechos humanos en este ámbito, en especial desde una perspectiva de la niñez y adolescencia. Posteriormente, se revisa cómo otras constituciones han abordado el derecho a la salud de niños, niñas y adolescentes, para después revisar cuáles son los puntos centrales a considerar en la constitucionalización del derecho a la salud. Finalmente, se plantean algunas recomendaciones en la materia.

¿Por qué es importante esta temática en la nueva Constitución?

La elaboración de una nueva Constitución brinda la oportunidad de poner en el centro los derechos de los niños, niñas y adolescentes, entre ellos, el derecho a la salud, el cual ha sido una de las principales demandas y necesidades sociales manifestadas en las últimas décadas. Si bien Chile cuenta con un sistema de salud con cobertura universal, éste se caracteriza por ser un sistema dual, carente del principio de solidaridad, que asegura la atención de salud con distintos estándares de calidad y oportunidad según el seguro o fondo al que pertenezca. Por otro lado, el contexto en el que las personas nacen, crecen y viven determina su nivel de salud y de ahí la relevancia de atender constitucionalmente los llamados determinantes sociales de la salud, que considere las condiciones necesarias para que todo niño, niña y adolescente pueda alcanzar su máximo potencial deseado y garantizar las medidas que pone a disposición el Estado para prevenir, proteger, promover la salud y el desarrollo deben estar en el marco de la discusión constitucional.

En este documento de trabajo encontrarás...

- Una contextualización del derecho a la salud en Chile.
- La regulación del derecho a la salud en el Derecho Internacional de los Derechos Humanos.
- Qué elementos del derecho a la salud han integrado otros países en sus constituciones.
- Los principales aspectos relevantes a constitucionalizar sobre el derecho a la salud.
- Principales conclusiones sobre el derecho a la salud en la nueva Constitución, especialmente desde un enfoque de la niñez y la adolescencia.

I. Contextualización

El derecho a la salud históricamente ha sido una de las preocupaciones constantes de la sociedad chilena. Ya en 1990, el Estudio Social y de Opinión Pública del Centro de Estudios Públicos mostraba a la salud como la preocupación que debía ocupar mayor esfuerzo por parte del gobierno con un 50% de las preferencias¹, lo cual mantuvo porcentajes altos en las décadas posteriores con el 41% el 2000², y un 36% el 2010³. En el 2015, según la Encuesta Nacional de Derechos Humanos del Instituto Nacional de Derechos Humanos, “el 65,7% de los encuestados considera que es de cargo del Estado la garantía y protección del derecho a la salud; el 30%, responsabilidad compartida por igual entre el Estado y la persona, y el 3,2% pensaba que es una responsabilidad que recae principalmente en la persona”⁴. Asimismo, en el marco del proceso constituyente, llevado a cabo durante el gobierno de la expresidenta Bachelet, el derecho a la salud estuvo entre los cinco derechos priorizados en la etapa participativa de dicho proceso⁵. Finalmente, en el Estudio Social y de Opinión Pública del 2019, “salud” fue el segundo tema con más menciones (46%)⁶.

El reconocimiento del derecho al más alto nivel posible de salud como derecho fundamental en la Constitución, que refleje normativamente la protección jurídica internacional del derecho a la salud, es el fundamento de la salud igualitaria, justa y sin discriminación, ya que proporciona un mecanismo fundamental para abordar los sistemas de salud y sus determinantes sociales bajo un enfoque de derechos, reforzando el deber del Estado de proteger y garantizar la salud de la población, en especial de niños, niñas y adolescentes.

Chile tiene una larga historia en la elaboración de políticas públicas eficaces en materia de salud, cumpliendo estas un rol importante para garantizar este derecho, como es el caso de las Garantías Explícitas en Salud (GES), el seguro de desempleo, las pensiones solidarias y la política de Chile Solidario contra la extrema pobreza⁷. Con todo, pese a estos avances, persisten desafíos en este campo relacionados con problemas de discriminación y equidad asociados

1 Centro de Estudios Públicos, Estudio Social y de Opinión Pública N°14, junio 1990, Centro de Estudios Públicos.

2 Centro de Estudios Públicos, Estudio Social y de Opinión Pública, marzo - abril 2000, Centro de Estudios Públicos.

3 Centro de Estudios Públicos, Estudio Nacional de Opinión Pública N°62, junio-Julio 2010, Centro de Estudios Públicos.

4 Allard Soto, Raúl; Hennig Leal, Mónica; y Galdamez Zelada, Liliana; El derecho a la salud y su (des)protección en el estado subsidiario. Estudios constitucionales [online]. 2016, vol.14, n.1, págs. 95-138.

5 Sistematización de la Etapa Participativa del Proceso Constituyente abierto a la ciudadanía, Comité de Sistematización, 2017.

6 Centro de Estudios Públicos, Estudio Nacional de Opinión Pública N°84, diciembre 2019.

7 Larrañaga, O. y D. Contreras (2010), Chile Solidario y el combate a la pobreza”, Las nuevas políticas de protección social en Chile, O. Larrañaga y D. Contreras (eds.), Santiago de Chile, Uqbar.

a los altos índices de desigualdad, tanto en el acceso a los servicios básicos como en las importantes brechas entre distintos grupos de la población representados en indicadores de mortalidad infantil, esperanza de vida y discapacidad. Esto merece una especial atención por parte de los y las tomadores de decisiones, y elaboradores de políticas para que estas busquen una mayor equidad en la calidad y oportunidad en el acceso a estos servicios⁸.

En cuanto a indicadores de prevalencia de condiciones de salud, es importante relevar algunos en relación al derecho a la salud de niños, niñas y adolescentes. Así, existen 1,7 más muertes de niños menores de 5 años por cada 1.000 nacidos vivos en el quintil de las regiones con mayor población rural, comparado con el quintil de las regiones con menor población rural en el 2014 y 23% más de mortalidad de niños menores de 5 años en las regiones del quintil con mayor población rural respecto al quintil de las regiones con menor población rural en el 2014⁹. Respecto a la salud adolescente, ocurren 3,8 muertes por suicidio por cada 100.000 adolescentes más en el quintil de las regiones con menores ingresos, comparado con el quintil de las regiones con mayores ingresos en el 2014, y 2 veces más suicidios adolescentes en las regiones del quintil con menores ingresos comparado con el quintil de las regiones de mayor ingreso en el 2014. En materias de fecundidad y salud sexual y reproductiva, existen 2,3 nacimientos más por cada 1.000 mujeres adolescentes (10 a 19 años) en regiones del quintil con menor escolaridad, comparado con las regiones del quintil con mayor escolaridad en el 2014; 9% más de fecundidad adolescente en las regiones del quintil con menor escolaridad comparado con el quintil de las regiones de mayor escolaridad en el 2014; 7 nacimientos más por cada 1.000 mujeres adolescentes en las regiones del quintil con mayor población migrante, comparado con las regiones del quintil con menor población migrante en el 2014, y 30% más de fecundidad adolescente en las regiones del quintil con mayor población migrante, comparado con el quintil de las regiones con menor población migrante en el 2014¹⁰.

En este contexto, el reconocimiento constitucional de niños, niñas y adolescentes como sujetos de derechos, debe ir de la mano con el establecimiento de derechos específicos en razón de su etapa de crecimiento, maduración y desarrollo que les caracteriza y con el debido resguardo de su interés superior. En tal sentido, el derecho a la salud no debe entenderse de forma aislada, sino que, dentro del contexto de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales (DESC), cuyo ejercicio implica, desde un enfoque interdependiente, establecer condiciones de vida que sean dignas e igualitarias en su acceso (vivienda, alimentación, educación, salud, entre otros), especialmente para niños, niñas y adolescentes, establecen armonía con la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN).

8 Vásquez F, Paraje G, Estay M. Income-related inequality in health and health care utilization in Chile, 2000–2009. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 2013;33(2):98–106.

9 Ministerio de Salud. Resúmenes Estadísticos Mensuales (REM) 2010–2014; Instituto Nacional de Estadísticas. Proyecciones población actualizada 2014 y Ministerio de Desarrollo Social. Encuesta de Caracterización Socioeconómica 2009 y 2013.

10 Instituto Nacional de Estadísticas. Proyecciones población actualizada 2014.

II. El derecho a la salud en el Derecho Internacional de los Derechos Humanos

1. El derecho a la salud como Derecho Económico, Social y Cultural (DESC)

Acorde al Derecho Internacional de los Derechos Humanos, una de las características de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales (DESC), entre los cuales está el derecho a la salud, es su **progresividad**, la cual está reconocida expresamente en diversos tratados internacionales, como es el artículo 2 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (PIDCP) y el artículo 26 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos (CADH). Por su parte, en la CDN, y justamente sobre el derecho a la salud, el artículo 24.4 establece que “Los Estados Partes se comprometen a promover y alentar la cooperación internacional con miras a lograr progresivamente la plena realización del derecho reconocido en el presente artículo”. Para el Comité de DESC esta progresividad no se ha de interpretar “equivocadamente como que priva a la obligación de todo contenido significativo. Se debe interpretar a la luz del objetivo general, en realidad la razón de ser del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), que es establecer claras obligaciones para los Estados Partes con respecto a la plena efectividad de los derechos de que se trata. Este impone así una obligación de proceder lo más expedita y eficazmente posible con miras a lograr ese objetivo”¹¹. Por su parte, la Corte Interamericana de Derechos Humanos (Corte IDH) ha señalado la importancia de distinguir entre aquellos aspectos de los derechos sociales sujetos a progresividad y aquellos aspectos sujetos a exigibilidad inmediata. Sobre estas últimas, dicho tribunal sentenció que “consisten en adoptar medidas eficaces, a fin de garantizar el acceso sin discriminación a las prestaciones reconocidas para cada derecho. Dichas medidas deben ser adecuadas, deliberadas y concretas en aras de la plena realización de tales derechos”¹².

Como consecuencia de la progresividad, se debe tener en cuenta también la obligación de **no regresividad**. En palabras del Comité DESC, “todas las medidas de carácter deliberadamente retroactivo en este aspecto requerirán la consideración más cuidadosa y deberán justificarse plenamente por referencia a la totalidad de los derechos previstos en el Pacto y en el contexto del aprovechamiento pleno del máximo de los recursos de que se disponga”¹³.

11 Comité DESC, Observación General N° 3, La índole de las obligaciones de los Estados Partes (párrafo 1 del artículo 2 del Pacto), 1990, párr. 9.

12 Corte IDH, Caso Vinicio Poblete Vilches y Otros vs. Chile, sentencia de 8 de marzo de 2018, párr. 104.

13 Comité DESC, Observación General N° 3, La índole de las obligaciones de los Estados Partes (párrafo 1 del artículo 2 del Pacto), 1990, párr. 9.

Para comprender mejor el alcance y aplicación práctica de las obligaciones en torno a los derechos sociales, se han establecido las denominadas “características interrelacionadas”¹⁴ de los DESC, las que cubren cuatro aspectos. Estos son: (i) disponibilidad; (ii) accesibilidad; (iii) aceptabilidad; y (iv) adaptabilidad. El concepto de estas y cómo entenderlas para el derecho a la salud es posible verlo en el cuadro N°1.

Un aspecto presente siempre en el debate respecto a los derechos sociales es aquella relativa a su **exigibilidad**. A este respecto cabe distinguir de mecanismos amplios de exigibilidad de estos derechos, los que van desde políticas públicas con enfoque de derechos hasta la posibilidad de reclamos ante instancias público-administrativas; de la **justiciabilidad** de estos derechos, que implica la posibilidad de recurrir a los tribunales de justicia para exigir su reparación cuando estos han sido vulnerados. Acorde a la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH), “Tanto la CIDH como la Corte IDH han identificado la necesidad de proveer medidas procesales que permitan el resguardo inmediato de los derechos sociales, y que estas deben cumplir con determinadas características esenciales con las que estas medidas deben contar para ser consideradas idóneas a la luz de la Convención Americana [sobre Derechos Humanos]. Así, ha postulado que debe tratarse de recursos sencillos, urgentes, informales, accesibles y tramitados por órganos independientes; que deben poder tramitarse como recursos individuales y como acciones cautelares colectivas a fin de resguardar los derechos de un grupo determinado o determinable”¹⁵.

El artículo 12 del PIDESC establece que:

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

14 En su informe preliminar a la Comisión de Derechos Humanos, la Relatora Especial sobre el derecho a la educación menciona “cuatro características fundamentales que deben tener las escuelas primarias: la disponibilidad, la accesibilidad, la aceptabilidad y la adaptabilidad” (E/CN.4/1999/49, párr. 50”).

15 Comisión Interamericana de Derechos Humanos. El acceso a la justicia como garantía de los derechos económicos, sociales y culturales. Estudio de los estándares fijados por el sistema interamericano de derechos humanos, 2007, párrafos 325 y 326.

2. El derecho a la salud en los tratados internacionales

La constitución de la OMS de 1946 fue el primer instrumento internacional que articuló el derecho a la salud al declarar que el “goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano”¹⁶. Dos años más tarde, la Declaración Universal de los Derechos Humanos (DUDH) reconoció el derecho de toda persona a “un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios”¹⁷. Desde entonces, la protección jurídica internacional del derecho a la salud se ha visto ampliamente reforzada mediante su inclusión sistemática en los principales tratados internacionales de derechos humanos, lo que ha reforzado su condición de derecho humano¹⁸.

La Observación General N° 14 del Comité de los DESC sobre el derecho a la salud explica que ésta incluye tanto las libertades como los derechos para garantizar el más alto nivel posible de salud. Entre las libertades figura el derecho a controlar su salud y su cuerpo, autonomía corporal, con inclusión de la libertad sexual y genésica, y el derecho a no padecer injerencias, como el derecho a no ser sometido a torturas ni a tratamientos y experimentos médicos no consensuales. Por su parte, entre los derechos figura el relativo a un sistema de protección de la salud que brinde a las personas igualdad de oportunidades para disfrutar del más alto nivel posible de salud. Como parte de esta obligación los Estados deben garantizar que las instalaciones, los bienes y los servicios sanitarios estén (i) disponibles en cantidades suficientes; (ii) accesibles desde el punto de vista financiero, geográfico y de no discriminación; (iii) aceptables, incluso en términos de respeto al género y a la ética médica; y (iv) de buena calidad.

Por su parte, la Corte IDH¹⁹, en una reciente sentencia contra Chile, estableció que “la obligación general de protección a la salud se traduce en el deber estatal de asegurar el acceso de las personas a servicios esenciales de salud, garantizando una prestación

¹⁶ Declaración Universal de los Derechos Humanos, artículo 25, 1948.

¹⁷ Declaración Universal de los Derechos Humanos, artículo 25, 1948.

¹⁸ Así, el derecho a la salud encuentra reconocimiento y protección legal en los siguientes tratados: el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966); la Convención sobre la Eliminación de Toda las Formas de Discriminación Racial (1969); la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (1979); la Convención sobre los Derechos del Niño (1989); y la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (2006), todos ratificados por el Estado de Chile y se encuentran plenamente vigentes. Además, dicho derecho está protegido por declaraciones y tratados regionales, como el Protocolo Adicional a la Convención Americana de Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, conocido como “Protocolo de San Salvador”.

médica de calidad y eficaz, así como de impulsar el mejoramiento de las condiciones de salud de la población. Este derecho abarca la atención de salud oportuna y apropiada conforme a los principios de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad, cuya aplicación dependerá de las condiciones prevalecientes en cada Estado. El cumplimiento de la obligación del Estado de respetar y garantizar este derecho deberá dar especial cuidado a los grupos vulnerables y marginados, y deberá realizarse de conformidad con los recursos disponibles de manera progresiva y de la legislación nacional aplicable”¹⁹.

3. El derecho a la salud de niños, niñas y adolescentes

En cuanto al derecho a la salud de niños, niñas y adolescentes, este es abordado tanto de manera genérica como específica por la CDN. En un primer nivel general, este derecho se enmarca dentro de uno de los pilares centrales de este tratado, como el principio de vida, supervivencia y desarrollo (artículo 6); mientras que en un segundo nivel -específico-, lo hace regulando directamente el derecho a la salud propiamente tal en el artículo 24 del tratado. Revisaremos a continuación ambos niveles.

El artículo 6 de la CDN establece el derecho a la vida, supervivencia y desarrollo de niños, niñas y adolescentes en términos tales que “Los Estados Partes reconocen que todo niño tiene el derecho intrínseco a la vida”, agregando en el párrafo segundo que los Estados “garantizarán en la máxima medida posible la supervivencia y el desarrollo del niño”. Específicamente sobre el derecho a la vida, este ha transitado desde una visión tradicional entendido como una abstención del Estado consistente en evitar privar en forma arbitraria de la vida a las personas, a una interpretación más compleja vinculada con las condiciones materiales y espirituales de vida ligadas a una “calidad de vida” o “vida digna” que el Estado debe garantizar a las personas. Como es obvio, esto supone pasar de una interpretación del derecho a la vida como un derecho básicamente de abstención, a una interpretación con un contenido prestacional importante. El mismo Comité de Derechos Humanos ha planteado que “la expresión *el derecho a la vida es inherente a la persona humana* no puede entenderse de manera restrictiva y la protección de este derecho exige que los Estados adopten medidas positivas. A este respecto, el Comité considera que sería oportuno que los Estados Parte tomarán todas las medidas posibles para disminuir la mortalidad infantil y aumentar la esperanza de vida, en especial adoptando medidas para eliminar la malnutrición y las epidemias”²⁰.

De este modo, el Comité de los Derechos del Niño ha desarrollado una amplia interpretación del artículo 6, donde su primer párrafo (derecho a la vida) debe entenderse en armonía con el párrafo segundo (supervivencia y desarrollo). Así, acerca

¹⁹ Corte IDH, Caso Vera Rojas y otros vs. Chile, sentencia de 1 de octubre de 2021, párr. 100.

²⁰ Comité de Derechos Humanos, Observación General No. 6. 1982, párr. 5.

de lo que debe entenderse por “desarrollo” en los términos del 6.2 de la CDN: “[...] El Comité espera que los Estados interpreten el término ‘desarrollo’ en su sentido más amplio, como concepto holístico que abarca el desarrollo físico, mental, espiritual, moral, psicológico y social del niño. Las medidas de aplicación deben estar dirigidas a conseguir el desarrollo óptimo de todos los niños”²¹. Asimismo, el Comité ha establecido que esta visión amplia del derecho a la vida, a la supervivencia y al desarrollo debe ser un parámetro para el diseño e implementación de políticas públicas en distintos ámbitos. En este sentido, se ha pronunciado respecto del derecho a la salud: “En el artículo 6 se pone de relieve la obligación de los Estados Partes de garantizar la supervivencia, el crecimiento y el desarrollo del niño, en particular las dimensiones físicas, mentales, espirituales y sociales de su desarrollo. Hay que determinar sistemáticamente los numerosos riesgos y factores de protección que determinan la vida, la supervivencia, el crecimiento y el desarrollo del niño para idear y poner en práctica intervenciones de base empírica encaminadas a hacer frente a los diversos determinantes que surgen durante la trayectoria vital. El Comité reconoce que, para la realización del derecho del niño a la salud, deben tenerse en cuenta varios determinantes, algunos de orden individual como la edad, el sexo, el rendimiento escolar, la condición socioeconómica y el domicilio; otros que operan en el entorno inmediato formado por las familias, los compañeros, los maestros y los proveedores de servicios, en particular con respecto a la violencia que pone en peligro la vida y la supervivencia del niño en su entorno inmediato; y determinantes estructurales como políticas, estructuras y sistemas administrativos, valores sociales y culturales y normas”²².

Esta interpretación del derecho a la vida, supervivencia y desarrollo ha sido vinculada por el Comité con los principios generales de la CDN, como es el resguardo del interés superior del niño, respecto del cual señaló que “los Estados deben crear un entorno que respete la dignidad humana y asegure el desarrollo holístico de todos los niños. Al evaluar y determinar el interés superior del niño, el Estado debe garantizar el pleno respeto de su derecho intrínseco a la vida, la supervivencia y el desarrollo”²³. Respecto a la relación entre este derecho y la salud, la Corte IDH recientemente falló que “el principio del interés superior constituye un mandato de priorización de los derechos de las niñas y niños frente a cualquier decisión que pueda afectarlos (positiva o negativamente), tanto en el ámbito judicial, administrativo y legislativo. De esta forma, el Estado debe garantizar que las normas y actos estatales no afecte el derecho de los niños y niñas a gozar el más alto nivel de salud y acceso a tratamiento de enfermedades, ni que este derecho se vea afectado por actos de terceros”²⁴.

21 Comité de los Derechos del Niño, Observación General No. 5, 2003, párr. 12.

22 Comité de los Derechos del Niño, Observación General No. 14, 2013b, párrs. 16 y 17.

23 Comité de los Derechos del Niño, Observación General No. 14, 2013, párr. 42.

24 Corte IDH, Caso Vera Rojas y otros vs. Chile, sentencia de 1 de octubre de 2021, párr. 108.

Junto con el derecho a la vida, el derecho a la integridad física y psíquica cumple un rol importante para una comprensión integral del derecho a la salud. El artículo 5 de la CADH establece que “toda persona tiene derecho a que se respete su integridad física, psíquica y moral”. La Corte IDH, en la sentencia del Caso Vinicio Poblete Vilches y otros vs. Chile, apuntó a la relación entre ambos derechos, concluyendo que “a los efectos de dar cumplimiento a la obligación de garantizar el derecho a la integridad personal y en el marco de la salud, los Estados deben establecer un marco normativo adecuado que regule la prestación de servicios de salud, estableciendo estándares de calidad para las instituciones públicas y privadas, que permita prevenir cualquier amenaza de vulneración a la integridad personal en dichas prestaciones”²⁵.

Por su parte, el artículo 24 de la CDN hace mención específica al derecho a la salud de niños, niñas y adolescentes, de manera tal que “los Estados Partes reconocen el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud. Los Estados Partes se esforzarán por asegurar que ningún niño sea privado de su derecho al disfrute de esos servicios sanitarios”. El Comité de los Derechos del Niño, en su Observación General N°15, estableció que este derecho constituye un “derecho inclusivo que no solo abarca la prevención oportuna y apropiada, la promoción de la salud y los servicios paliativos, de curación y de rehabilitación, sino también el derecho del niño a crecer y desarrollarse al máximo de sus posibilidades y vivir en condiciones que le permitan disfrutar del más alto nivel posible de salud, mediante la ejecución de programas centrados en los factores subyacentes que determinan la salud. El enfoque integral en materia de salud sitúa la realización del derecho del niño a la salud en el contexto más amplio de las obligaciones internacionales en materia de derechos humanos”²⁶.

Asimismo, el párrafo segundo del artículo 24 dispone la obligación de los Estados de adoptar medidas para el logro de diversos objetivos en materia de salud, entre ellos, la mortalidad infantil, potenciar la atención primaria, combatir la malnutrición infantil o desarrollar la atención sanitaria preventiva. Cabe destacar que estas medidas no solo están planificadas en pro de los derechos de niños, niñas y adolescentes, sino que también de otros integrantes de la familia como, por ejemplo, asegurar la atención sanitaria pre y post natal de la madre, o incluso de la sociedad, como es la importancia de fomentar el conocimiento de los principios básicos de la salud en toda la comunidad.

Para el Comité de los Derechos del Niño, en virtud del artículo 24 de la CDN, los Estados adquieren al menos las siguientes obligaciones centrales:

25 Corte IDH, Caso Vinicio Poblete Vilches y Otros vs. Chile, sentencia de 8 de marzo de 2018, párr. 152.

26 Comité de los Derechos del Niño, Observación General N° 15, sobre el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 24), 2013, párrafo 2.

- a. Revisar el entorno jurídico y normativo nacional y subnacional y, cuando proceda, enmendar las leyes y políticas;
- b. Garantizar la cobertura universal de servicios de calidad de atención primaria de salud, en particular en la esfera de la prevención, la promoción de la salud, los servicios de atención y tratamiento y los medicamentos básicos;
- c. Dar respuesta adecuada a los factores subyacentes que determinan la salud del niño; y
- d. Elaborar, ejecutar, supervisar y evaluar políticas y planes de acción presupuestados que conformen un enfoque basado en los derechos humanos para hacer efectivo el derecho del niño a la salud.

Finalmente, el Comité ha aplicado las características interrelacionadas antes señaladas al derecho a la salud de niños, niñas y adolescentes del siguiente modo:

Cuadro N°1:
Salud y características interrelacionadas

Característica interrelacionada ²⁷	Aplicación práctica al derecho a la salud de niños, niñas y adolescentes
<p>Disponibilidad Debe haber una institucionalidad y una infraestructura adecuada para la satisfacción de los DESC.</p>	<p>Los Estados deben velar por el funcionamiento en cantidad suficiente de instalaciones, bienes, servicios y programas de salud infantil. El Estado ha de asegurarse de que dispone en su territorio de hospitales, clínicas, profesionales de la salud, equipos e instalaciones móviles, trabajadores sanitarios comunitarios, equipos y medicamentos esenciales suficientes para proporcionar atención sanitaria a todos los niños, las embarazadas y las madres.</p>
<p>Accesibilidad Entendida en diversas dimensiones, como la económica, material y de información</p>	<p>a) No discriminación: Los servicios de atención de la salud y servicios conexos, los equipos y los suministros deben estar al alcance de todos los niños, embarazadas y madres, en la ley y en la práctica, sin discriminación de ningún tipo.</p> <p>b) Accesibilidad física: Las instalaciones de atención de la salud deben estar en un radio accesible para todos los niños, embarazadas y madres.</p> <p>c) Accesibilidad económica/asequibilidad: La falta de capacidad para pagar los servicios, suministros o medicamentos no debe traducirse en una denegación de acceso.</p> <p>d) Accesibilidad de la información: Debe proporcionarse a los niños y sus cuidadores información sobre promoción de la salud, estado de salud y opciones de tratamiento en un idioma y un formato que sean accesibles y claramente inteligibles.</p>

²⁷ Definiciones obtenidas a partir del Comité DESC, Observación General N° 13: EL derecho a la educación (artículo 13, 1999; y Observación General N°14: El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, 2000.

<p>Aceptabilidad</p> <p>La satisfacción de estos derechos por parte del Estado debe ser a través programas pertinentes, adecuados culturalmente y de buena calidad</p>	<p>Todas las instalaciones, bienes y servicios relacionados con la salud se diseñen y usen de una forma que tenga plenamente en cuenta y respete la ética médica, así como las necesidades, expectativas, cultura e idioma de los niños, prestando especial atención, cuando proceda, a determinados grupos.</p>
<p>Adaptabilidad</p> <p>Contar con la flexibilidad necesaria para adaptarse a las necesidades de sociedades y comunidades en transformación</p>	<p>Para garantizar la calidad es preciso, entre otras cosas, que: a) los tratamientos, intervenciones y medicamentos se basen en las mejores pruebas disponibles; b) el personal médico esté debidamente facultado y disponga de capacitación adecuada en salud materna e infantil, así como en los principios y disposiciones de la Convención; c) el equipo hospitalario esté científicamente aprobado y sea adecuado para los niños; d) los medicamentos estén científicamente aprobados y no caducados, estén destinados a los niños (cuando sea necesario) y sean objeto de seguimiento por si se producen reacciones adversas; y e) se evalúe periódicamente la calidad de la atención dispensada en las instituciones sanitarias.</p>

Fuente: CRC, Observación General N° 15, sobre el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 24), 2013, párrafos 113 a 116. Las citas explicativas de cada criterio son textuales de la Observación General.

III. Regulación del derecho a la salud en el Derecho Comparado

Acorde a un estudio realizado por grupo de la Universidad de Cornell, más de dos tercios de las constituciones evaluadas (134 de 195) incluyen disposiciones sobre salud o asistencia sanitaria. Un análisis de las disposiciones de estas 134 constituciones muestra que los derechos a la salud se reconocen de diferentes maneras en todo el mundo²⁸. El 41% de las constituciones reconocen el derecho a la salud como justiciable y el 28% como aspiracional²⁹. Cabe destacar la alta prevalencia de constituciones en América Latina que protegen el derecho a la salud de alguna manera (89%). Aunque la mayoría de estas constituciones son relativamente nuevas, los DESC se han ido introduciendo progresivamente en las constituciones latinoamericanas desde la trascendental Constitución mexicana de 1917, que fue la primera en el mundo en incluir estos derechos, siendo pionera en lo que se conoce como “constitucionalismo social”. Brasil hizo lo mismo en 1937; Bolivia en 1938; Cuba en 1940; Uruguay en 1942; Ecuador y Guatemala en 1945; y Argentina y Costa Rica en 1949.

A continuación, se presenta cómo otras constituciones han incorporado el derecho de niños, niñas y adolescentes a la salud:

28 Kinney, E. y Clark, B. (2004) ‘Disposiciones sobre salud y asistencia sanitaria en las constituciones de los países del mundo’, Cornell International Law Journal, págs. 285- 355.

29 Jung, C., Hirschl, R. y Rosevear, E. (2014) ‘Economic and Social Rights in National Constitutions’, American Journal of Comparative Law, págs. 1043-1094.

Cuadro N°2:

Regulación comparada del derecho a la salud de niños, niñas y adolescentes

País y artículo	Texto (extractos)
Colombia Art. 44	<p>Son derechos fundamentales de los niños: la vida, la integridad física, la salud y la seguridad social, la alimentación equilibrada, su nombre y nacionalidad, tener una familia y no ser separados de ella, el cuidado y amor, la educación y la cultura, la recreación y la libre expresión de su opinión. Serán protegidos contra toda forma de abandono, violencia física o moral, secuestro, venta, abuso sexual, explotación laboral o económica y trabajos riesgosos. Gozarán también de los demás derechos consagrados en la Constitución, en las leyes y en los tratados internacionales ratificados por Colombia.</p>
Ecuador Art. 45	<p>Las niñas, niños y adolescentes gozarán de los derechos comunes del ser humano, además de los específicos de su edad. El Estado reconocerá y garantizará la vida, incluido el cuidado y protección desde la concepción. Las niñas, niños y adolescentes tienen derecho a la integridad física y psíquica; a su identidad, nombre y ciudadanía; a la salud integral y nutrición; a la educación y cultura, al deporte y recreación; a la seguridad social; a tener una familia y disfrutar de la convivencia familiar y comunitaria; a la participación social; al respeto de su libertad y dignidad; a ser consultados en los asuntos que les afecten; a educarse de manera prioritaria en su idioma y en los contextos culturales propios de sus pueblos y nacionalidades; y a recibir información acerca de sus progenitores o familiares ausentes, salvo que fuera perjudicial para su bienestar.</p>
Paraguay Art. 54 “De la protección al niño”	<p>La familia, la sociedad y el Estado tienen la obligación de garantizar al niño su desarrollo armónico e integral, así como el ejercicio pleno de sus derechos protegiéndolo contra el abandono, la desnutrición, la violencia, el abuso, el tráfico y la explotación.</p>
Brasil Art. 227	<p>La familia, la sociedad y el gobierno tienen el deber de garantizar a los niños, adolescentes y jóvenes, con absoluta prioridad, los derechos a la vida, la salud, la alimentación, la educación, el ocio, la formación profesional, la cultura, la dignidad, libertad y armonía familiar y comunitaria, además de salvaguardarlos contra toda forma de negligencia, discriminación, explotación, violencia, crueldad y opresión.</p> <p>1°. El Gobierno promoverá programas integrales de asistencia sanitaria para niños, adolescentes y jóvenes que permitan la participación de entidades no gubernamentales y que obedezcan los siguientes preceptos:</p> <p>asignación de un porcentaje de los fondos de salud pública para ayudar a las madres y los lactantes;</p> <p>la creación de programas de atención preventiva y especializada para los discapacitados físicos, sensoriales o mentales, así como programas de integración social para adolescentes o jóvenes discapacitados, mediante la capacitación laboral y la convivencia en la comunidad y la facilitación del acceso a instalaciones y servicios públicos eliminando prejuicios y obstáculos arquitectónicos.</p>
Noruega Art. 104	<p>Los niños tienen derecho a ser respetados por su valor humano. Tienen derecho a ser escuchados en las cuestiones que los involucran, y debe dársele peso a su opinión de acuerdo con su edad y madurez.</p> <p>El interés superior del niño debe ser una preocupación fundamental en las acciones y decisiones relativas a un niño. Los niños tienen derecho a la protección de su integridad personal. Las autoridades del Estado crearán las condiciones que permitan el desarrollo del niño. Por lo tanto, asegurarán su seguridad económica y social, así como los estándares necesarios relativos a la salud del niño, preferiblemente dentro de su propia familia.</p>

<p>Polonia Art. 68</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Todos tienen derecho a la protección de su salud. 2. La igualdad de acceso a los servicios sanitarios, financiados con fondos públicos, se asegurarán a los ciudadanos, independientemente de su situación económica. Las condiciones y el alcance de la provisión de servicios se determinarán por ley. 3. Los poderes públicos garantizarán un servicio médico especial a los niños, mujeres embarazadas, personas discapacitadas y personas de edad avanzada. 4. Los poderes públicos combatirán las enfermedades epidémicas y prevendrán las consecuencias de la degradación del medioambiente negativas para la salud. 5. Los poderes públicos apoyarán el desarrollo de la cultura física, particularmente entre los niños y jóvenes.
<p>Portugal Art. 64 (Salud) Art. 69 (De la infancia) Art. 70. De la juventud)</p>	<p>Art. 64.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Todos tienen derecho a la protección de la salud y el deber de defenderla y promoverla. 2. El derecho a la protección de la salud, se realiza: <ol style="list-style-type: none"> a. A través de un servicio nacional de salud universal y general que, teniendo en cuenta las condiciones económicas y sociales de los ciudadanos, será tendencialmente gratuito; b. Mediante la creación de las condiciones económicas, sociales, culturales y ambientales que garanticen específicamente la protección de la infancia, la juventud y la vejez, y por la mejora sistemática de las condiciones de vida y de trabajo, así como por la promoción de la cultura física y deportiva, escolar y popular y también por el desarrollo de la educación sanitaria del pueblo y por las prácticas de vida saludable. 3. Para asegurar el derecho a la protección de la salud, incumbe prioritariamente al Estado: <ol style="list-style-type: none"> a. Garantizar el acceso de todos los ciudadanos, con independencia de su condición económica, a los cuidados de la medicina preventiva, curativa y de rehabilitación. b. Garantizar una cobertura racional y eficiente de todo el país mediante recursos humanos y unidades de salud. c. Trabajar hacia la financiación pública de los costes de los cuidados médicos y de los medicamentos. d. Disciplinar y controlar las formas empresariales privadas de medicina, articulándolas por el Servicio Nacional de Salud, como forma de asegurar en las instituciones de salud tanto públicas como privadas, patrones adecuados de eficiencia y de calidad. e. Disciplinar y controlar la producción, distribución, comercialización y uso de los productos químicos, biológicos y farmacéuticos y otros medios de tratamiento y diagnóstico. f. Establecer políticas de prevención de tratamiento de la tóxico-dependencia.

4. El servicio Nacional de Salud tiene gestión descentralizada y participada.

Art. 69.

1. Los niños tienen derecho a la protección de la sociedad y del Estado, con vistas a su desarrollo integral, especialmente contra todas las formas de abandono, de discriminación y de opresión, y contra el ejercicio abusivo de la autoridad en la familia y en las demás instituciones.
2. El Estado asegura la especial protección de los niños huérfanos, abandonados, o de cualquier otra forma privados de un ambiente familiar normal.
3. Se prohíbe, en los términos de la ley, el trabajo de los menores en edad escolar.

Art. 70.

1. Los jóvenes gozan de protección especial para hacer efectivos sus derechos económicos, sociales y culturales, especialmente:
 - a. En educación, formación profesional y cultura;
 - b. En el acceso al primer empleo, al trabajo y a la Seguridad Social;
 - c. En el acceso a la vivienda;
 - d. En la educación física y el deporte;
 - e. en el aprovechamiento del tiempo libre.
2. La política de juventud deberá tener, como objetivos prioritarios el desarrollo de la personalidad de los jóvenes, la creación de condiciones para su efectiva integración en la vida activa, y el gusto por la libre creación y el sentido del servicio a la comunidad.
3. El Estado, en colaboración con las familias, las escuelas, las empresas, las organizaciones ciudadanas, asociaciones y fundaciones de fines culturales y colectividades de cultura y recreo, fomenta y apoya las organizaciones juveniles en la prosecución de aquellos objetivos, así como en el intercambio internacional de la juventud.

Fuente: Elaboración interna a partir de la información en constitutionproject.org

IV. Aspectos relevantes a considerar sobre el derecho a la salud en la Constitución

Al momento de consagrar en un texto constitucional el derecho a la salud, existen una serie de aspectos necesarios de considerar, entre ellos:

1. Conceptualización del derecho a la salud

El derecho a la salud se extiende más allá de la asistencia médica y sanitaria, comprendiendo otros determinantes de la salud. La mencionada Observación General N° 14 del Comité DESC apunta justamente a la interdependencia de este derecho con otros como al acceso al agua potable y a un saneamiento adecuado, a un suministro adecuado de alimentos seguros, nutrición, vivienda, condiciones laborales y medioambientales saludables y al acceso a la educación e información relacionadas con la salud, incluida la salud sexual y reproductiva³⁰. Más recientemente, el Comité de DESC ha destacado que el derecho a la salud incluye los “determinantes sociales de la salud”, definidos por la OMS como “aquellos determinantes estructurales y las condiciones de vida que son causa de buena parte de las inequidades sanitarias entre los países y dentro de cada país. Se trata en particular de: la distribución del poder, los ingresos y los bienes y servicios; las circunstancias que rodean la vida de las personas, tales como su acceso a la atención sanitaria, la escolarización y la educación; sus condiciones de trabajo y ocio; y el estado de su vivienda y entorno físico. La expresión «determinantes sociales» resume pues el conjunto de factores sociales, políticos, económicos, ambientales y culturales que ejercen gran influencia en el estado de salud”³¹. La complejidad de estos determinantes refleja que, para cumplir el derecho a la salud, se necesita una amplia gama de medidas en todos los sectores y niveles, no sólo para abordar los síntomas, sino también las causas evitables que permitan garantizar este derecho.

Particularmente, se debe prestar atención al impacto diferenciados que tienen estos determinantes en niños y niñas, quienes son los más sensibles al contexto en el cual crecen y viven, en razón de su desarrollo. En este sentido, las acciones que realiza el Estado para garantizar las condiciones para que todo niño y niña pueda desarrollar su máximo potencial deben estar presentes en la discusión constitucional. Para ello, se deben reconocer como obligaciones básicas mínimas del Estado³²:

30 Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación general No. 14, 2000, párr. 11.

31 Organización Mundial de la Salud, Comisión sobre Determinantes, A62/9, 2009, par. 2.

32 Obtenido de: Salud para Chile: reflexiones y aportes de la facultad de medicina UC a la discusión pública, disponible en: https://facultadmedicina.uc.cl/wp-content/uploads/2021/08/2021_Doc_FaMedUC_SaludparaChile.pdf

1. Proteger el libre e igualitario acceso a acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación del individuo.
2. Al Estado le corresponde coordinar y controlar las acciones relacionadas con la salud. Esto implica un conjunto de acciones estatales orientadas a fijar políticas, coordinar apoyos e integrar esfuerzos entre y para las instituciones públicas y privadas de salud.
3. Es deber preferente del Estado garantizar la ejecución de acciones de salud, ya sea que su prestación se verifique en el sistema público o privado. Conforme a esto, el Estado fija las prestaciones de carácter promocional, preventivo, curativo, paliativo y de rehabilitación.

2. Responsabilidad del Estado en su rol garante del derecho a la salud

Los Estados tienen tres tipos de obligaciones con respecto al derecho al más alto nivel posible de salud. Tienen la obligación de **respetar** el derecho a la salud, es decir, no interferir ilegítimamente en el ejercicio de este derecho; **proteger** el derecho a la salud contra los daños causados por terceros, incluida la supervisión y regulación de los agentes del sector sanitario privado; y **garantizar** el derecho a la salud, es decir, adoptar las medidas legislativas, administrativas, presupuestarias, judiciales, de promoción y/o de otro tipo, adecuadas para la plena realización del derecho a la salud. Dado que los determinantes sociales de la salud se ven afectados por la legislación y la formulación de políticas en ámbitos distintos del sanitario, esto pone de manifiesto la importancia de un proceso legislativo y político intersectorial conjunto que trate de hacer realidad el derecho a la salud en los distintos ámbitos de gobernanza. La constitucionalización de este derecho debe integrar estas obligaciones las que, para adquirir un enfoque de niñez y adolescencia, deben ser entendidas a la luz de los pilares de la CDN, como son el resguardo del interés superior, garantizar el derecho a ser oído, asegurar la igualdad y no discriminación, y la vida, supervivencia y desarrollo.

3. Judicialización del derecho a la salud y el riesgo de la inequidad

El derecho a la salud, como todo derecho social, está sujeto a limitaciones de recursos y debe garantizarse de forma equitativa y sin discriminación. Tal como se analizó, los Estados tienen la obligación de adoptar medidas progresivas para lograr la efectividad de este derecho hasta el máximo de los recursos que disponga³³ sin que

33 Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 1966. Artículo 2.1

esto implique, en modo alguno, una excusa para el Estado para el incumplimiento de esta obligación. Sin embargo, la realización progresiva y la obligación de tomar medidas significan que el derecho a la salud no es un derecho ilimitado de todos los individuos a todos los bienes y servicios que puedan ser necesarios para optimizar su salud y bienestar. Tal como ha afirmado el Comité de DESC: “las inversiones no deben favorecer desproporcionadamente a los servicios curativos caros que suelen ser accesibles únicamente a una pequeña fracción privilegiada de la población, en detrimento de la atención primaria y preventiva de salud en beneficio de una parte mayor de la población”³⁴. Este principio se refleja en el concepto de *obligaciones básicas* -reconocido en algunas disposiciones constitucionales como el mínimo vital-, que son obligaciones inmediatas, entre ellas, la de proporcionar bienes y servicios primarios básicos para la salud. Por lo tanto, los Estados también tienen la obligación fundamental de garantizar el acceso a los establecimientos, bienes y servicios sanitarios de forma no discriminatoria, especialmente para los grupos marginados y vulnerables; y garantizar la distribución equitativa de todos los establecimientos, bienes y servicios sanitarios³⁵. Para asignar los recursos, incluidos los presupuestarios, y determinar la disponibilidad de los servicios, los Estados deben tener en cuenta las necesidades de los diferentes grupos, especialmente aquellos vulnerables y marginados como son niños, niñas y adolescentes.

El enfoque del Comité de DESC demuestra que, aunque el derecho a la salud se enmarca como un derecho individual, tiene fuertes dimensiones colectivas por su naturaleza de derecho económico, social y cultural³⁶. Por lo tanto, cuando el derecho a la salud está constitucionalizado, al resolver las reclamaciones de asistencia sanitaria, los tribunales deben enmarcar el derecho a la salud y otros derechos relacionados con la salud en el contexto de obligaciones más amplias de igualdad y no discriminación, tomando en consideración los objetivos más amplios de equidad y solidaridad de un sistema público de asistencia sanitaria³⁷. Si bien el derecho a la salud, como todo derecho fundamental, debe ser objeto de reclamación ante los tribunales de justicia, su constitucionalización debe equilibrar que el mecanismo judicial que se adopte no desincentive, a través de resoluciones que solo tendrán efecto relativo a las partes del proceso, políticas públicas universales que garanticen el acceso igualitario a las prestaciones de salud en

34 Ibid. párr. 43(a)

35 Ibid. párr. 43(a) y (e).

36 Chapman, A., *Global Health, Human Rights and the Challenge of Neoliberal*. Cambridge: Cambridge University Press, 2016.

37 Gostin, L. et al., *The Legal Determinants of Health: Harnessing the Power of Law for Global Health and Sustainable Development*, *The Lancet*, págs. 1857-1910, 2019.

un sentido amplio, especialmente en lo referente a niños, niñas y adolescentes, quienes además enfrentan obstáculos diferenciados en el acceso a la justicia. En tal sentido, y siguiendo los criterios jurisprudenciales de la Corte IDH en esta materia³⁸, diferenciar los ámbitos del derecho a la salud que están sujetos a la exigibilidad inmediata respecto de aquellos que quedan sujetos a la progresividad, constituiría un criterio constitucional objetivo y razonable para la *justiciabilidad* del derecho a la salud.

Recomendaciones

1. Con relación al **derecho a la salud en el texto constitucional**, UNICEF recomienda considerar como marco el articulado del PIDESC en materia de salud, esto es, que **“Los Estados Partes reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, para lo cual deben disponer medidas a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho en materias de sobriedad, desarrollo, higiene, medio ambiente, prevención y el tratamiento de enfermedades y condiciones que aseguren a todos asistencia y servicios médicos en caso de enfermedad”**.

En este sentido, al consagrar en la nueva Constitución el derecho a la salud, uno de los énfasis primordiales es cómo el texto constitucional puede permitir la mejora en la provisión de servicios de salud en Chile con un efecto directo en la salud y bienestar de las personas que habitan su territorio, especialmente niños, niñas y adolescentes. Es por esto que es fundamental reconocer y acordar los elementos esenciales del derecho a la salud, cuáles de éstos sería necesario constitucionalizar, y cómo hacerlo. En tal sentido, una norma meramente programática resulta débil para garantizar plenamente este derecho, requiriéndose que su constitucionalización no solo refleje elementos esenciales del derecho acorde a los tratados internacionales de derechos humanos, sino que permitan efectivamente su desarrollo mediante políticas públicas universales basadas en un enfoque de derechos y con la flexibilidad y apertura suficiente para adaptarse a nuevos escenarios y alternativas que puedan presentarse en las próximas décadas.

2. Respecto a la **conceptualización de la salud, su extensión y márgenes**, UNICEF recomienda considerar a ésta como el completo bienestar físico, psicológico y social, y no solo la ausencia de enfermedad, lo que obliga al Estado a **abordar la provisión de servicios de salud, así como los determinantes sociales de ésta, y con ello establecer medidas en todas las políticas, sectores y niveles para garantizar íntegramente el ejercicio de este derecho**.

38 Corte IDH, Caso Vinicio Poblete Vilches y Otros vs. Chile, sentencia de 8 de marzo de 2018.

3. Respecto a la **administración y provisión de servicios de salud**, no hay impedimento de que exista una provisión de administración mixta de la salud (pública y privada), no obstante, el aseguramiento y la provisión en salud debe estar enmarcada dentro de las políticas de seguridad social, los principios de universalidad, solidaridad, equidad y justicia, guiada por una mirada de bien público, y regulada por el Estado para asegurar el cumplimiento de los mínimos vitales establecidos.

4. Particularmente, **el reconocimiento, protección y promoción del ejercicio del derecho a la salud en niños, niñas y adolescentes** se hace ineludible, principalmente porque a través de su ejercicio se permite el ejercicio de otros derechos que, en conjunto, permiten el cumplimiento de los principios de justicia, dignidad, y equidad en la posibilidad de que todas las personas, sin discriminación alguna, puedan alcanzar su máximo potencial deseado. Recogiendo las recomendaciones del Comité de los Derechos del Niño, específicamente en su Observación General N° 15, el texto constitucional debiera tener en consideración las obligaciones del Estado en cuanto a **garantizar la cobertura universal de servicios de calidad de atención primaria de salud, en particular en la esfera de la prevención, la promoción de la salud, los servicios de atención y tratamiento y los medicamentos básicos, dar respuesta adecuada a los factores subyacentes que determinan la salud del niño y elaborar, ejecutar, supervisar y evaluar políticas y planes de acción presupuestados que conformen un enfoque basado en los derechos humanos para hacer efectivo el derecho del niño a la salud.**