

SIMPOSIO ASPECTOS ÉTICOS EN LA GESTANTE Y REPRODUCCIÓN ASISTIDA

1. Médico ginecoobstetra, FACOG, Presidente del Comité de Derechos sexuales y Reproductivos SPOG, ex - Presidente de SPOG, Ex - Presidente de la Sociedad Peruana de Fertilidad, Académico de Número de la Academia Peruana de Cirugía, Editor Científico de la RPGO, Miembro Honorario de 6 Sociedades de Obstetricia y Ginecología de América Latina, Ex - Director Ejecutivo de FLASOG, Ex - Jefe del Departamento Materno-Infantil, UNFV, Maestro Latinoamericano de Ginecología y Obstetricia, Medalla al Mérito Extraordinario del CMP, Ex - Viceministro de Salud.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2603-3607>

Declaración de conflicto de intereses. El autor declara no tener ningún conflicto de intereses en esta publicación

Financiamiento: del propio autor

Consideraciones éticas. No teniendo este trabajo un componente de revisión de historias clínicas ni entrevistas con personas no ha existido la necesidad de consentimiento informado

Recibido: 29 mayo 2023

Aceptado: 5 junio 2023

Publicación en línea: 5 julio 2023

Correspondencia:

Luis Távara Orozco

✉ luis.tavara@gmail.com

Citar como: Távara Orozco L. Aspectos bioéticos del aborto terapéutico en niñas y adolescentes menores de 15 años. *Rev peru ginecol obstet.* 2023;69(2). DOI: 10.31403/rpgo.v69i2515

Aspectos bioéticos del aborto terapéutico en niñas y adolescentes menores de 15 años

Bioethical aspects of therapeutic abortion in girls and adolescents under 15 years of age

Luis Távara Orozco¹

DOI: 10.31403/rpgo.v69i2515

RESUMEN

El objetivo de este trabajo es identificar y discutir los argumentos científicos y bioéticos que justifiquen el aborto terapéutico en niñas y adolescentes menores de 15 años. Para ello se hizo búsqueda bibliográfica no sistemática en fuentes nacionales y extranjeras en las diferentes indexadoras. Se encontró que existe suficiente evidencia de carácter científico que identifica al embarazo no intencional en niñas y adolescentes menores de 15 años como una urgencia médica y de alto riesgo por las diferentes complicaciones severas que se pueden dar y argumentos de carácter bioético en favor del aborto terapéutico. En conclusión, las evidencias científicas y los argumentos bioéticos sustentan suficientemente la atención del aborto terapéutico en niñas y adolescentes menores de 15 años.

Palabras clave. Adolescentes, Aborto terapéutico, Niñas, Madres adolescentes, Derechos humanos

ABSTRACT

The objective of this paper is to identify and discuss the scientific and bioethical arguments that justify therapeutic abortion in girls and adolescents under 15 years of age. For this purpose, a non-systematic bibliographic search was made in national and foreign sources in the different indexers. It was found that there is sufficient scientific evidence that identifies unintended pregnancy in girls and adolescents under 15 years of age as a medical emergency and of high risk due to the different severe complications that can occur and bioethical arguments in favor of therapeutic abortion. In conclusion, scientific evidence and bioethical arguments sufficiently support therapeutic abortion care for girls and adolescents under 15 years of age.

Key words: Adolescents, Therapeutic abortion, Girls, Adolescent mothers, Human rights

LUCÍA: NICARAGUA

Cuando tenía 13 años enfrentó la violencia sexual y sus consecuencias por parte de un sacerdote de su ciudad.

Sin tener acceso a información o educación sexual integral, fue obligada a dar a luz a pesar de que manifestó su deseo de no ser madre y no estar preparada ni física ni emocionalmente para serlo.

Su agresor continúa libre.

Fuente: *Movimiento Regional Niñas, No Madres. Una Campaña, un Movimiento.* 2022

INTRODUCCIÓN

Tratar del embarazo no intencional y el aborto en niñas y adolescentes (N/A) menores de 15 años, es hablar de un problema de derechos humanos (DH) y de salud pública, que a pesar de su frecuencia en países como el nuestro y que tiene repercusiones sobre la salud física, emocional y social de estas personas, carece aún de un enfoque de salud, multisectorial y de contenido ético. Es realmente el grupo poblacional más desprotegido en salud⁽¹⁾.

La OMS define la adolescencia como el período entre los 10 y los 19 años de edad. Dentro de este período se distinguen dos etapas: la ado-



lescencia precoz (10 a 14 años) y la tardía (15 a 19 años)⁽²⁾. La adolescencia es el paso crítico entre la niñez y la edad adulta temprana, período en el que se producen los cambios individuales, de comportamiento y de salud, y un período en el que también se pueden prevenir o mejorar las conductas problemáticas o perjudiciales. En el caso de las niñas, muchos de los cambios de desarrollo relacionados con las capacidades reproductivas adultas se suelen completar antes de que maduren totalmente las capacidades intelectuales, la toma de decisiones, se desarrollen las capacidades evolutivas y se refuercen los roles específicos de cada género⁽³⁾.

En una publicación nuestra decimos: 'La sexualidad de las adolescentes se caracteriza por la dificultad de acordar un modelo de comportamiento con sus parejas, así como por relaciones inestables, conflictos emocionales, secretos, actitudes rebeldes y, con frecuencia, relaciones sexuales no protegidas, especialmente en los primeros momentos de su actividad sexual. Asimismo, las adolescentes se ven expuestas con frecuencia a la violencia basada en género (VBG) y especialmente a la violencia sexual (VS). Consecuencia de estas condiciones, muchos embarazos no deseados se producen en el curso de la adolescencia, cuando las muchachas y sus parejas inician su actividad sexual, sin tener en cuenta la anticoncepción (MAC) o sin haber accedido a servicios apropiados⁽⁴⁾.

La atención de la salud reproductiva (SR) y particularmente el aborto, posterior a un embarazo no intencional en las N/A <15 años con frecuencia plantea problemas médicos, éticos y bioéticos de manera compleja. Una definición de embarazo en adolescentes expresa... 'Es un embarazo no planeado ni esperado que ocurre en una mujer o en una pareja que está(n) económicamente dependiendo de otros, no tienen una relación estable, usualmente se ven forzadas a interrumpir su proceso de desarrollo (escolarización, empleo, planes de vida), abandonada por su pareja y/o familia y para el cual no ha adquirido una madurez ni física ni psicológica⁽⁵⁾.

Resolver estos problemas puede dar lugar a dilemas entre los principios éticos de la relación de una paciente y los proveedores de salud, los mismos que vamos a desarrollar más adelante⁽⁶⁾. La responsabilidad frente a estos problemas corresponde a todos los sectores sociales

del Estado; sin embargo, el rol del sector salud es determinante en su abordaje⁽⁷⁾.

¿POR QUÉ OCURRE EL EMBARAZO EN LAS ADOLESCENTES MENORES DE 15 AÑOS?

En la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar-ENDES Perú 2020 se advierte que la tasa específica de fecundidad (TEF) calculada para <15 años es 2 por cada 1,000 adolescentes, mientras que para adolescentes de 15 a 19 años es 31 por 1000 y que la tasa de embarazos en <15 años es 0,3%⁽⁸⁾. Una reciente publicación del Instituto Nacional de Estadística e Informática-INEI reporta que la proporción de nacidos vivos en el Perú en N/A <15 años ha permanecido constante, 0,3%, en los últimos 5 años⁽⁹⁾. La evidencia muestra que los mayores niveles de fecundidad en N/A <15 años, así como de uniones o matrimonios infantiles, se concentran en los niveles socioeconómicos más bajos y en contextos rurales o indígenas⁽¹⁰⁾.

En las N/A muy jóvenes el inicio de relaciones sexuales no siempre es una decisión consciente o libre ni una decisión que prevea riesgos. Aunque sean relaciones consentidas o aceptadas, muchas veces las adolescentes tienen poco control sobre la iniciación sexual, además de otros factores, como el adelanto de la menarquia⁽¹¹⁾. Entender con qué recursos una N/A se enfrenta a la toma de decisiones sobre su cuerpo, debe considerar el grado de madurez evolutiva en relación con el desarrollo de su autonomía y asertividad, que tiene un componente biológico y otro, asociado a su entorno social y económico-cultural que puede facilitar o limitar el ejercicio de la misma. Una revisión Cochrane realizada en 2016 acerca de la reducción del embarazo en la adolescencia concluye que uno de los factores que deben contemplar es el de la postergación del inicio de las relaciones sexuales⁽¹²⁾.

En líneas generales, podemos decir que el embarazo en N/A <15 años es de causa multifactorial en donde están comprometidos todos los integrantes de una sociedad. Enunciamos algunas causas⁽¹³⁾: uniones a temprana edad, desigualdad de género, obstáculos a los derechos humanos, pobreza, violencia y coacción sexual, políticas nacionales que restringen el acceso a anticonceptivos y a educación sexual, falta de acceso a educación y servicios de salud reproductiva, subinversión en el capital humano de niñas adolescentes, entre otros.



El modelo ecológico desarrollado por Robert Blum en la Escuela de Salud Pública Johns Hopkins Bloomberg comunica la diversidad de factores que afectan a las N/A y aumentan la posibilidad de quedar embarazadas. Presenta una sistematización de las fuerzas desde un nivel nacional, como políticas para el acceso de adolescentes a MAC o la falta de aplicación de leyes que prohíben la unión infantil, la comunidad, la escuela, los pares, la familia, hasta un nivel personal, como la socialización de una niña y la manera en la que forma su opinión sobre el embarazo. La mayoría de los factores determinantes en este modelo operan en más de un nivel⁽¹³⁾.

En conclusión, los factores determinantes del embarazo en N/A son complejos, tienen muchos orígenes, tienen muchas dimensiones y varían entre regiones, países, grupos etarios y de ingresos, familias y comunidades, siendo más frecuentes en los sectores menos favorecidos.

RIESGOS DEL EMBARAZO EN LA SALUD DE LAS N/A MENORES DE 15 AÑOS

Predomina aún el enfoque biomédico, que focaliza los diagnósticos en la salud física, dejando de lado el concepto de la salud asumida como un estado de bienestar físico, mental y social⁽¹⁴⁾. Las N/A <15 años están sometidas a riesgo elevado para su salud durante el embarazo, lo que puede exponerlas incluso a la posibilidad de muerte materna, incluso llevarlas al suicidio^(1,15).

RIESGOS EN LA SALUD FÍSICA

Las menores de 15 años tienen mayores riesgos biomédicos que están relacionados con el embarazo y con el parto, comparadas con las de 15 a 19 años. Un embarazo puede complicar la condición de la N/A, en tanto que el recién nacido es más proclive a tener peso bajo y morir, hallazgos similares a los encontrados en nuestro estudio sobre adolescentes <15 años en 4 regiones del Perú^(1,16). En dicho estudio encontramos infección urinaria, preeclampsia-eclampsia, parto prematuro, hemorragia postparto, infección puerperal y anemia como complicaciones frecuentes⁽¹⁾. Una publicación de la OMS expresa que las N/A que se embarazan a los 14 años o menos son más proclives a parto prematuro, peso bajo al nacer, mortalidad perinatal y problemas de salud del recién

nacido. Estos riesgos crecen en las niñas malnutridas y el niño está sometido al riesgo de muerte⁽¹⁷⁾.

La publicación del CLAP sobre más de tres millones de nacimientos en América Latina encontró que la mortalidad materna en el grupo de adolescentes de 10 a 14 años es de 146,5, mientras que la hallada en el grupo de 15 a 19 es 79,9 y en el de 20 a 40 años es 88,9 por 100.000 nacidos vivos. Además, se encontró que las niñas <15 años tenían mayor riesgo de trabajo de parto prolongado, cesárea o parto instrumentado⁽¹⁸⁾. En otras latitudes se encuentra la fístula obstétrica⁽¹⁹⁾.

En la publicación del INEI sobre nacidos vivos (NV) en el Perú en adolescentes <15 años y adolescentes entre 15 y 19 años en los años 2019 y 2020 se advierten diferencias en ambos grupos, que evidencian el mayor riesgo de las más jóvenes⁽⁹⁾.

En el Perú no tenemos información exacta de la mortalidad materna (MM) en <15 años, pero, de acuerdo con el Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades del MINSA diremos que la muerte en estas N/A no ha cambiado mucho en los últimos 6 años, ya que entre el año 2015 hasta la semana 35 del 2021 se ha mantenido entre 5,1% y 8,0% del total de muertes maternas.

Los datos sobre los abortos seguros o en condiciones de riesgo en N/A entre 10 y 14 años en países en desarrollo son escasos, pero se realizaron cálculos aproximados para el grupo con edades de 15 a 19 años, donde se registran alrededor de 3,2 millones por año de abortos en condiciones de riesgo⁽²⁰⁾.

RIESGOS EN LA SALUD MENTAL

La N/A <15 años puede sentirse estigmatizada por un embarazo a edad temprana y querer acudir a un aborto que, como en muchos países, se da en un marco de ilegalidad, con un desenlace negativo para su salud. El parto y puerperio, sumado a tener que cargar con la responsabilidad de cuidar de un recién nacido, también trae riesgos específicos para su salud mental. Se han observado altas tasas de síntomas de depresión y ansiedad en las adolescentes durante el embarazo y el posparto, que son más altas que en las adultas^(1,21).



La publicación de *Planned Parenthood Global* del estudio realizado en Ecuador, Guatemala, Perú y Nicaragua sobre las consecuencias para la salud de N/A entre 9 y 14 años embarazadas revela que la mayoría de ellas sufrió alguna complicación en el embarazo. Mas importante aún, este estudio indagó sobre las consecuencias en la salud mental de estas niñas: una gran proporción manifestó tener síntomas de depresión, ansiedad, y en aquellas víctimas de violencia sexual, estrés postraumático. En Perú y en Nicaragua, entre 7 a 14% de las entrevistadas consideró el suicidio durante el embarazo, así como situaciones de estrés postraumático^(1,22).

Los riesgos biomédicos y psicológicos y el embarazo como producto de un abuso sexual y la maternidad como consecuencia de un embarazo no deseado constituyen un daño a la salud integral de N/A. Al verse obligadas a ser madres en una situación de falta de recursos y apoyo familiar, aumenta su vulnerabilidad frente a la pobreza, la exclusión, la violencia y la dependencia. En este sentido, obligar a una N/A llevar un embarazo forzado o no deseado es una violación de sus DH⁽²³⁾.

RIESGOS EN LA SALUD SOCIAL

El embarazo no intencional impacta en el progreso económico y social y mantiene el ciclo de reproducción intergeneracional de la pobreza; aumenta las personas inactivas laboralmente⁽²⁴⁾. En el estudio de N/A en 4 regiones del Perú, el impacto más grave del embarazo estuvo en la esfera social: abandono escolar, pobreza familiar, serias dificultades laborales, estigmatización en los servicios de salud, dentro de la familia y en el entorno familiar⁽¹⁾.

RIESGOS EN EL LARGO PLAZO

Si las N/A <15 años no viven con sus padres ni van a la escuela, existen muchas probabilidades de que no reciban apoyo de la familia ni de los pares para enfrentar los problemas que surgen después del embarazo y no tienen las oportunidades para integrarse como agentes productivos de la sociedad. Estas N/A se pueden convertir en trabajadoras domésticas. Tienen menos posibilidad de buscar y recibir servicios sociales y, por tanto, necesitan ayuda para minimizar su vulnerabilidad a la explotación⁽¹⁾.

El hijo de madre adolescente está expuesto a sufrir abuso físico, negligencia en sus cuidados, desnutrición y retardo del desarrollo. Pocos tienen beneficios sociales para el cuidado de su salud, porque sus padres no tienen trabajo que cuenten con esos beneficios. En el padre adolescente es frecuente el abandono escolar para poder mantener su familia. También es común que tengan peores trabajos y menor remuneración que sus padres y estén sometidos a estrés. En general, todo ello condiciona trastornos emocionales que dificultan el ejercicio de una paternidad feliz y continúan el círculo de pobreza intergeneracional⁽²⁵⁾.

ATENCIÓN DEL EMBARAZO NO INTENCIONAL EN N/A <15 AÑOS

Existen barreras, retos y mitos acerca del aborto en la adolescencia temprana y esto responde a varias razones: naturalización del embarazo en N/A, falta de entrenamiento de proveedores, falta de regulación y de recursos, entre otros, obligando a estas N/A al embarazo forzado o exponiéndolas a prácticas inseguras, con grave riesgo de su salud⁽²⁶⁾. En caso no se compruebe que existe violencia, el solo hecho del embarazo temprano indica la vulneración de otros derechos como el acceso a la anticoncepción, a la educación sexual y otros. En todos los casos de N/A <15 años existe suficiente evidencia del riesgo para la salud y la vida que conlleva continuar la gestación, por lo que puede darse curso al aborto terapéutico, superando la sospecha de VS⁽²⁷⁾.

Perú tiene aprobado desde 1924 el Aborto Terapéutico dentro del Código Penal, el mismo que fue actualizado en 1991. La presencia de esta ley dio paso a la Guía Nacional para Atención del Aborto Terapéutico, aprobada en 2014⁽²⁸⁾, la misma que fue confirmada en su contenido por el Tribunal Constitucional. No tenemos estadísticas oficiales acerca de los abortos realizados en niñas de 10 a 14 años, sea de manera segura (aunque en la clandestinidad) o en condiciones de riesgo. 'Si el aborto es realizado por personal debidamente capacitado en condiciones médicas modernas, es sumamente raro que se produzcan complicaciones y el riesgo de muerte es insignificante^(19,29).

El embarazo en N/A <15 años debiera considerarse que representa una urgencia médica, por-



que es de alto riesgo y como tal debe seguir los siguientes lineamientos^(27,28,30):

- Diagnóstico oportuno
- Consejería en derechos, opciones
- Continuación del embarazo o aborto terapéutico
- Consejería y entrega de anticonceptivos
- Seguimiento.

Cuidar de no hacer durante la atención^(3,30):

- Asumir la naturalización ni el deseo de embarazo en niñas y adolescentes.
- Asumir relaciones sexuales consentidas y por tanto convocar a la pareja de la niña o adolescente sin una evaluación integral y expreso consentimiento de ella.
- Invisibilizar la coacción, la violencia y el abuso al que pueden estar sometidas N/A en su entorno familiar y social que puede ser un determinante que ha contribuido al embarazo.
- Asumir que la N/A «no se cuidó porque no quería». El acceso a información y métodos anticonceptivos es aún restringido.

SUSTENTO BIOÉTICO DEL ABORTO TERAPÉUTICO EN N/A <15 AÑOS

Antes de desarrollar un análisis bioético del aborto terapéutico en N/A, bien vale la pena revisar algunas publicaciones de expertos en temas de carácter ético acerca del aborto.

El Código de Ética y Deontología del CMP, que es de obligatorio cumplimiento para todos los médicos, establece⁽³¹⁾:

‘EL ROL DE LA MEDICINA. El rol de la medicina se orienta al respeto a la vida y al logro de la más alta calidad de la misma, es una profesión científica y humanista cuya misión es el cuidado de la salud tanto individual como colectiva, lo que implica promoverla y preservarla, así como prevenir, tratar, aliviar y reconfortar al paciente y sus allegados, acompañándolos respetuosa y empáticamente en el curso de la agonía y la muerte’.

‘LA ÉTICA Y LA DEONTOLOGÍA MÉDICAS. La ética médica orienta la conducta de los médicos hacia el bien, a buscar lo correcto, lo ideal y la excelencia. La deontología médica establece qué deben y qué no deben hacer los médicos. El Código de Ética y Deontología contiene un conjunto de orientaciones y preceptos cuyo cumplimiento garantiza un ejercicio profesional digno, autónomo e integral de los miembros del Colegio Médico del Perú, en el marco del respeto a los derechos de los pacientes. Rige para todos los colegiados y concierne al ámbito de su moral personal y social.

...La dignidad de la persona obliga moralmente al médico a tratar a toda otra persona, en situación de salud o enfermedad, siempre como un fin y no únicamente como un medio y, por lo tanto, con diligencia, empatía, compasión, lealtad y responsabilidad.

... La salud es reconocida como un derecho inherente a la dignidad humana, de tal forma que el bienestar físico, mental y social que pueda alcanzar el ser humano constituye un derecho que el Estado está obligado a garantizar, teniendo en cuenta los diferentes determinantes que intervinieren en el estado de salud de las personas...’

‘Art.32º El médico debe respetar el derecho de las mujeres, sin discriminación alguna, de acceder al aborto terapéutico cuando esta medida sea el único modo para salvar la vida de la madre gestante o evitar un daño permanente a su salud, ciñéndose a las pautas establecidas’.

‘Art.33º Sí el médico tuviera, en razón de sus valores morales o religiosos, una posición contraria al aborto terapéutico (objeción de conciencia) tiene la potestad de negarse a realizar el acto. Sin embargo, es su deber asegurarse que la madre gestante reciba la atención debida, o brindársela él mismo si se tratara de una emergencia y no hubiera otro profesional que pudiera hacerse cargo de la paciente’.

‘Art.34º El médico que atiende a adolescentes que tienen relaciones sexuales tiene el deber de orientar sobre la importancia de asumir su sexualidad de manera responsable y de utilizar métodos anticonceptivos apropiados para prevenir los embarazos no deseados e Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), respetando su decisión libre, consciente y voluntaria, preservando su confidencialidad’.



La Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FLASOG) emitió la Declaración de Santa Cruz en 2002 que asume la defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos, uno de los cuales es el derecho de las mujeres a acceder al aborto en concordancia con la legislación de cada país⁽³²⁾.

FIGO, dentro de sus consideraciones éticas en Obstetricia y Ginecología expresa: 'Existe un amplio consenso de que el aborto es éticamente justificado cuando se efectúa por razones médicas para proteger la vida y la salud de la madre... Las asociaciones y los ginecoobstetras deben alentar las reformas a las leyes y políticas que restringen el acceso de los jóvenes a los servicios de salud reproductiva, fomentar la educación sexual y reproductiva de los jóvenes y su derecho a tener acceso a los servicios, garantizando su confidencialidad... El deber de conciencia primordial de los ginecoobstetras será en todo momento el de tratar y beneficiar o impedir el daño de las pacientes de cuyo cuidado son responsables. En el tratamiento de las pacientes, toda objeción de conciencia será secundaria al antedicho deber primordial'⁽³³⁾. Una encuesta realizada hace algunos años en muchos países revela el progresivo cumplimiento de estas recomendaciones⁽³⁴⁾.

De otro lado el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG) considera que el servicio de aborto es esencial para el cuidado de la salud reproductiva⁽³⁵⁾ y por ello los ginecoobstetras generales deberían proveer este procedimiento⁽³⁶⁾.

El aborto es tan antiguo como la civilización humana. Se practicaba en Egipto antiguo y fue tal vez el primer método de control de la fecundidad. A pesar de la declaración de Hipócrates, en la Grecia antigua también se practicó el aborto, así como en Roma, en la cultura árabe y en la cultura bizantina⁽³⁷⁾. A pesar de ser un dilema ético, se continúa practicando en Grecia contemporánea⁽³⁸⁾.

Las distintas religiones existentes han participado en la discusión sobre el tema, sin embargo, podemos incluir en este artículo algunos puntos de vista encontrados en la literatura.

Turquía es uno de los tres países islámicos que aceptan el aborto a demanda⁽³⁹⁾. Las consideraciones éticas y legales han conducido a la India

a la aceptación del aborto, lo que ha contribuido a un intento de equidad con las mujeres⁽⁴⁰⁾. En Israel, son los comités de ética de los hospitales los que autorizan la realización de un aborto a solicitud de las mujeres⁽⁴¹⁾. La religión católica se ha caracterizada por ser muy resistente a aceptar el aborto, con excepción del llamado segundo efecto. Sin embargo, el S.J. y ginecólogo español F. Abel expresa que es necesario una conducta reflexiva desde la ética médica con relación al aborto. Propone más flexibilidad en el tema del aborto terapéutico para lograr una convivencia pacífica y respetuosa entre los diferentes puntos de vista de la población⁽⁴²⁾.

El prestigioso médico colombiano ya extinto Jorge Villarreal nos dice que el origen del aborto inducido se encuentra en el embarazo no deseado, que se asocia con factores médicos y no médicos. Agrega que el aborto debe ser enfocado desde una perspectiva bioética, que es ante todo una ética que tiene un fondo científico y no confesional. Nos convoca a acercarnos al tema con humildad, con conocimiento y actitud mental, sin tratar de imponer nuestra ética⁽⁴³⁾.

El reputado eticista y médico ginecoobstetra americano FA Chervenak nos dice que la respuesta médica al conflicto del aborto no se debe sustentar en un estado moral acerca del feto. La conciencia moral del obstetra se debe fijar que antes que el feto sea viable se justifica éticamente el aborto, cuando la mujer lo solicita y lo consiente⁽⁴⁴⁾.

Otros autores anteponen al aborto una reflexión ética y bioética que debe ser ejercida para justificar una decisión, a pesar de las diferentes discusiones de carácter científico, sociológico, religioso y de otra índole^(45,46).

Los médicos que atienden y tratan personas con algún tipo de sufrimiento pueden considerar que el embarazo producido por violación en una adolescente debe ser calificado como de riesgo alto o una crisis de angustia posterior a una violación, justifican éticamente un aborto. Esta intervención está dirigida a la protección de los derechos y a la autonomía de las menores^(47,48).

ANÁLISIS BIOÉTICO

Después de los horrores de la II Guerra Mundial, las Naciones del Mundo firmaron la Declaración



Universal de los Derechos Humanos, que significan la defensa de la dignidad de las personas. El adelanto de la ciencia y la tecnología dio paso al cuidado de los daños potenciales a la vida y la salud de los pacientes, por lo que Potter escribió su libro en 1971 'Bioética, puente hacia el futuro'. Después del Informe Belmont, Beauchamp y Childress establecieron en 1979 los cuatro principios de la bioética: autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia, en consonancia con los Derechos Humanos. La Declaración de Lisboa de la Asociación Médica Mundial acerca de los derechos de los pacientes fue asumida por muchos Estados en el mundo, y el Perú los incorporó también^(31,49). Hoy, la Bioética ocupa un lugar destacado en las ciencias médicas⁽⁵⁰⁾, particularmente en el tema del aborto^(51,52).

Andrés Calle, prestigioso ginecobstetra ecuatoriano, escribe que la medicina se rige por lineamientos éticos que se fundan en conceptos filosóficos de 'hacer el bien y no causar daño', este último atribuido a Hipócrates. Desde sus orígenes, la ética médica respeta un conjunto de virtudes que deben exhibir los médicos, entre los cuales la reflexión bioética ocupa lugar importante. Destaca en su escrito los principios de justicia y beneficencia, pero cuando se trata de una relación médico-paciente, incluye los principios de autonomía y no maleficencia⁽⁵³⁾.

El conflicto bioético del aborto no es posible que sea ganado por nadie, dado que existen posiciones radicales que se confunden con posturas religiosas, hasta posiciones más moderadas que apelan al principialismo para afrontar la crisis y se enfatiza el principio de justicia que va más allá de las posturas religiosas y políticas⁽⁵⁴⁾.

Es harto conocido que en los países en donde el aborto está restringido, las tasas de complicaciones y las muertes maternas por aborto inducido son más altas. De allí la necesidad de hacer un abordaje del aborto terapéutico en N/A <15 años en términos de los cuatro principios de la bioética, incorporando el conocimiento científico, por encima de las posiciones ideológicas⁽⁵⁵⁾. Es lo que vamos a aplicar en el siguiente análisis.

El solo hecho de que el embarazo en N/A <15 años es una urgencia médica que se da en personas que no han alcanzado aún su madurez biológica, mental y social, que se origina como un embarazo no intencional y con frecuencia forzado, que

es pasible de complicaciones severas durante el embarazo, parto, puerperio y aún a mediano y largo plazo, es suficiente argumento para otorgar atención privilegiada a estas jóvenes y si su decisión es la interrupción del mismo, representa realmente un aborto terapéutico. Apliquemos a esta discusión los principios de la bioética.

El principio de Autonomía es respetar los DH, la equidad de género y el respeto por la interculturalidad, puesto que debemos aceptar la libertad de decidir en cada mujer sobre procrear o no procrear. En el caso de las N/A <15 años hablamos de la autonomía progresiva evitando las restricciones, propias de algunas tendencias. Aceptar tal decisión obliga al profesional de la salud a entregar suficiente información acerca del embarazo y su posible evolución y a presentar opciones a considerar de seguir o no seguir con la gestación. Para ello es requisito fundamental el consentimiento informado. Este principio puede estar limitado por la objeción de conciencia del profesional, quien tendrá la obligación de referir el caso a otro profesional o resolver el mismo si es que fuera el único profesional en la jurisdicción en donde se presenta el caso. El médico debe aplicar prioritariamente su conciencia profesional antes que su conciencia individual⁽⁵⁶⁻⁵⁹⁾.

El principio de Beneficencia establece la obligación de hacer el bien y cuidar la salud, evitando complicaciones. Frente a un caso problema, como el embarazo en N/A <15 años, siempre poner en la balanza riesgos contra beneficios. Este principio incluye prestar servicios de calidad, quiere decir dar adecuada información, hacer un buen manejo del caso, contar con capacidad técnica, mantener buenas relaciones personales y asegurar continuidad y constelación de servicios. Tener en cuenta que el embarazo no deseado por causales de salud significa un gran riesgo de aborto clandestino, posibilidades de complicación y muerte materna que deben ser evitadas^(56,60-62).

Desde Hipócrates conocemos el *primum non nocere* que en verdad es el principio de No Maleficencia, que obliga a no hacer daño, cautelar la salud y la vida de las mujeres y en este caso de las N/A <15 años que son muy vulnerables a las complicaciones en su salud física, mental y social, y en su vida a mediano y largo plazo conforme lo definimos anteriormente; por tanto,



hacer todo lo necesario para evitar el daño. En la interrupción terapéutica del embarazo se trata a una N/A <15 años, con alto riesgo, no solo por causar un daño, se trata de proteger sus DH; esto significa no exponerla más para evitar daños en su salud^(1,56).

El principio de Justicia es un concepto de carácter social y se basa en el principio de equidad; es un derecho de todos, que el Estado y la sociedad deben garantizar. Para ello será necesario evitar desigualdades para la interrupción terapéutica del embarazo en las N/A <15 años, sin discriminación vinculada a edad, raza, etnia, educación, nivel socioeconómico; puesto que vemos que las mujeres más pobres tienen más restricciones en el cuidado médico y son víctimas del aborto clandestino, de complicaciones y muerte materna al ser obligadas a llevar un embarazo que no desean^(56,63).

En conclusión, cuando discutimos el embarazo y el aborto terapéutico en N/A <15 años en base a los valores y principios bioéticos es pertinente referirse a las concepciones de los especialistas y de las personas en general, puesto que los criterios éticos nos ayudan a reducir el sufrimiento de las niñas, al reconocer el derecho de estas jóvenes que dentro de su autonomía progresiva pueden decidir, cuidando de hacer el bien en todo momento, evitar el daño y actuando con justicia social^(64,65).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Távora L, Orderique L, Sacsá D, Oña J, Galecio Y, y col. Impacto del embarazo en la salud de las adolescentes. Lima, Perú: Promsex 2015, p84.
2. UNFPA/UNAIDS/WHO. Seen but not heard ... Very young adolescents aged 10-14 years. Geneva: UNAIDS, 2004.
3. Ministerio de Salud de la Nación. Atención de niñas y adolescentes menores de 15 años embarazadas: Hoja de ruta. Herramientas para orientar el trabajo de los equipos de salud. Buenos Aires, Argentina: Dirección de Adolescencias y Juventudes. Ministerio de Salud de la Nación/UNICEF 2021, 57p.
4. Távora L. Contribución de las adolescentes a la muerte materna en el Perú. *Rev Peru Ginecol Obstet.* 2004;50(2):111-22.
5. Gans JE, McManus MA, Newacheck PW. Adolescent health care: use, costs, and problems of access. *JAMA.* 1991;2:3-7.
6. Fathalla MF. From Obstetrics and Gynecology to women's health: the road ahead. New York and London: Parthenon, 1997.
7. Ministerio de Salud y Protección Social. Protocolo de atención de la menor de 15 años embarazada. Bogotá-Colombia: MSPS/UNFPA 2014, 143p.
8. INEI. Encuesta Nacional de demografía y salud 2020. Lima, Perú: INEI 2021.
9. INEI. Perú: Nacidos vivos de madres adolescentes 2019-2020. Lima-Perú: INEI, Diciembre 2021.
10. Escobar JC, Navarrete SA, Keller V. Embarazo y maternidad en niñas y adolescentes menores de 15 años. Lima-Perú: CLACAI, 2019, p71.
11. Downing J, Bellis MA. Early pubertal onset and its relationship with sexual risk taking, substance use and anti-social behaviour: a preliminary cross-sectional study. *BMC Public Health.* 2009;9:446.
12. Oringanje C, Meremikwu MM, Eko H, Esu E, Meremikwu A, Ehiri JE. Interventions for preventing unintended pregnancies among adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2016, Issue 2.
13. Blum, R. W. A Global Look at Adolescent Pregnancy Prevention: Strategies for Success. Office of Adolescent Health webcast. Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health May 2, 2013. Washington, D.C.: U.S. Department of Health and Human Services.
14. Leppälahti S, Gissler M, Mentula M, Heikinheimo O. Is teenage pregnancy an obstetric risk in a welfare society? A population-based study in Finland, from 2006 to 2011. *BMJ open.* 2013;3(8):e003225.
15. Ganchimeg T, Ota E, Morisaki N, Laopaiboon M, Lumbiganon P, Zhang J, et al. Pregnancy and childbirth outcomes among adolescent mothers: a WHO multicountry study. *BJOG: An Int J Obstet Gynecol.* 2014;121(s1):40-8.
16. WHO. Adolescent pregnancy. Issues on Adolescent Health and Development. Geneva: WHO, 2004.
17. World Health Organization. Guidelines for Preventing Early Pregnancy and Poor Reproductive Outcomes among Adolescents in Developing Countries. Geneva: WHO, 2012.
18. Conde-Agudelo A, Belizán JM, Lammers C. Maternal-perinatal morbidity and mortality associated with adolescent pregnancy in Latin America: Cross-sectional study. *Am J Obstet Gynecol.* 2005;192(2):342-9.
19. UNFPA. Estado de la población mundial. Embarazo en menores de 15 años (Maternidad en la niñez). New York: UNFPA 2013.
20. Bearak J, Popinchalk A, Ganatra B, Moller AB, Tunçalp Ö, Beavin C, Kwok L, Alkema L. Unintended pregnancy and abortion by income, region, and the legal status of abortion: estimates from a comprehensive model for 1990-2019. *Lancet.* July 22, 2020. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(20\)30315-6](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(20)30315-6)
21. Mendoza B, Saldivia, S. Actualización en depresión postparto: el desafío permanente de optimizar su detección y abordaje. *Rev Méd Chile.* 2015;143(7):887-94.
22. Casas Isaza X, Cabrera O, Reingold R, Grossman D. Vídas Robadas. Un estudio multipaís sobre los efectos en la salud de las maternidades forzadas en niñas de 9-14 años. *PPFA* April-2016.
23. Phipps M, Ware C, Stout RL, Raker CA, Zlotnick C. Reducing the Risk for Postpartum Depression in Adolescent Mothers. A Randomized Controlled Trial. *Obstet Gynecol.* 2020;136(3):313-621.



24. UNFPA. Consecuencias socioeconómicas del embarazo adolescente en Argentina. Implementación de la metodología para estimar el impacto socioeconómico del embarazo y la maternidad adolescentes en países de América latina y el Caribe. Buenos Aires: UNFPA, 2019.
25. Issler J. Embarazo en la adolescencia. Revista de Posgrado de la Cátedra VIa Medicina N (Colombia). 2001;107:11-23.
26. WHO. The sexual and reproductive health of younger adolescents: research issues in developing countries. Geneva: 2011.
27. CLACAI/FLASOG. Lineamientos para diseño de protocolo de atención de niñas y adolescentes menores de 15 años con embarazo no intencional. Lima-Perú: Clacai, Julio 2020, 54p.
28. Ministerio de Salud. Guía técnica nacional para la estandarización del procedimiento de la atención integral de la gestante en la interrupción voluntaria por indicación terapéutica del embarazo menor de 22 semanas con consentimiento informado en el marco de lo dispuesto en el artículo 119° del código penal. Lima, Perú: Ministerio de Salud, 2014.
29. OMS. Aborto sin riesgos: Guía técnica y de políticas para sistemas de salud. 2da ed. Montevideo, Uruguay: OMS 2012.
30. Ortiz G. Guía Técnica de Atención integral del aborto en menores de 15 años. Lima-Perú: CLACAI-IPAS 2020.
31. Colegio Médico del Perú. Código de ética y deontología. Lima, Perú: CMP 2021.
32. FLASOG. Declaración de Santa Cruz. Santa Cruz, Bolivia: FLASOG 2002.
33. FIGO. Ethical issues in Obstetrics and Gynecology. London: FIGO Committee for the study of ethical aspects on Human Reproduction and women's health, October 2009.
34. McKay HE, Rogo KO, Dixon DB. FIGO society survey: acceptance and use of new ethical guidelines regarding induced abortion for non-medical reasons. *Int J Gynaec Obstet*. 2001;75(3):327-36. doi: 10.1016/s0020-7292(01)00472-6
35. ACOG Weekly Digest. Abortion Is Essential Health Care. May 2023.
36. Fay Kathryn E, Diouf K, Butler Sharlay K. Abortion as Essential Health Care and the Critical Role Your Practice Can Play in protecting Abortion Access. *Obstet Gynecol*. 2022;140(5):729-37. DOI: 10.1097/AOG.0000000000004949
37. Congourdeau MH. Concerning a chapter of "Ephodia": abortion and Greek physicians. *Rev Stud Biz*. 1997;55:261-77.
38. Theofanidis D, Fountouki A, Peditadiki O. To abort or not? A Greek dilemma--case study. *Nurse Educ Today*. 2013 Jun;33(6):644-7. doi: 10.1016/j.nedt.2012.01.003
39. Ekmeksi P. Abortion in Islamic Ethics, and How it is Perceived in Turkey: A Secular, Muslim Country. *J Relig Health*. 2017;56(3):884-95. doi: 10.1007/s10943-016-0277-9
40. Johari V, Jadhav U. Abortion rights judgment: a ray of hope! *Indian J Medical Ethics*. 2017;2:180-3. doi: 10.20529/IJME.2017.044
41. Rimon-Zarfaty N, Jotkowitz A. The Israeli abortion committees' process of decision making: an ethical analysis. *J Medical Ethics*. 2012;38(1):26-30. doi: 10.1136/jme.2009.032797
42. Abel F, SJ. El aborto desde la perspectiva de la ética médica. *Bioética Debat*. 2008;14(51):6-8.
43. Villarreal J. Aspectos ético-médicos del aborto. *Rev Colomb Obstet Ginecol*. 1998;49(1):5-9.
44. Chervenak FA, McCullough LB. Does obstetric ethics have any role in the obstetrician's response to the abortion controversy? *Am J Obstet Gynecol*. 1990;163(5Pt1):1425-9.
45. Gual-Castro C. Ethical dilemmas in medicine. The interruption of pregnancy in woman. *Gac Med Mex*. 2016;152:475-9.
46. Michelini DJ. El aborto como cuestión moral. Una perspectiva ético-discursiva. *Rev Redbioética/UNESCO*. 2015;2(12):101-14.
47. Echeverría BC, Serani MA, Arriagada UAM, Goic GA, Herrera CC, Quintana VC, Rojas OA, Ruiz-Esquide G, Salinas RR, Taboada RP, Vacarezza YR. An ethical and medical perspective on the voluntary termination of pregnancy. *Rev Med Chile*. 2015;143:1478-83. doi: 10.4067/S0034-98872015001100014
48. Silber T. Abortion in adolescence: the ethical dimension. *Adolescence*. 1980 Summer;15(58):461-74.
49. Benavides A. Aspectos bioéticos del acto médico. Seminario taller "Bioética y salud sexual y reproductiva". Reporte Final. Lima: CMP, FLASOG, Promsex 2009.
50. Izquierdo DL. Bioethics theories, the protection of life and natural law. *Cuad Bioet*. 2019;30(100):263-74.
51. Ludvigsson J. Ethics must be more important than the law in late abortions. *Lakartidningen*. 2017 Aug 24;114:ESZR.
52. Lyerly AD, Little MO, Faden RR. A critique of the 'fetus as patient'. *Am J Bioeth*. 2008;8:42-4; discussion W4-6. doi: 10.1080/15265160802331678
53. Calle A. Bioética y aborto. *Rev ecuat ginecol obstet*. 2010;XVII:31-6
54. Góngora-Lastra CM, Pichardo-Urrutia AC. Consideraciones bioéticas sobre el aborto. *Acta Médica Grupo Ángeles*. 2011;9(1):43-4.
55. Cambra-Badii I, Mastandrea PB, Martínez D, Paragis MP. Perspectiva bioética sobre el aborto en Argentina a través del aporte del cine. *Acta Bioética*. 2019;25(2):253-64.
56. Távora L. Bioética y la atención del aborto terapéutico. Seminario taller "Bioética y salud sexual y reproductiva". Reporte Final. Lima: CMP, FLASOG, Promsex 2009.
57. Desai A, Holliday R, Wallis M, Thornewill A, Bahraine NH, Borges LM. Policy Changes as a Context for Moral Injury Development in the Wake of Dobbs v Jackson Women's Health Organization. *Obstet Gynecol*. 2023;141(1):15-21. doi: 10.1097/AOG.0000000000005009
58. Canario C, Figueiredo B, Ricou M. Abortion: legal, deontological and ethical framework. *Acta Med Port*. 2011 Dec;24 Suppl 4:791-8.
59. Chervenak FA, McCullough LB. The ethics of direct and indirect referral for termination of pregnancy. *Am J Obstet Gynecol*. 2008;199:232.e1-3. doi: 10.1016/j.ajog.2008.06.007
60. Chervenak FA, McCullough LB, Skupski D, Chasen ST. Ethical issues in the management of pregnancies complicated by fetal anomalies. *Obstet Gynecol Surv*. 2003;58(7):473-83.



- doi: 10.1097/01.OGX.0000071485.75220.AE
61. Chervenak FA, McCullough LB, Skupski D, Chasen ST. Ethical issues in the management of pregnancies complicated by fetal anomalies. *Obstet Gynecol Surv.* 2003;58(7):473-83. doi: 10.1097/01.OGX.0000071485.75220.AE
 62. Chervenak FA, McCullough LB. An ethically justified practical approach to offering, recommending, performing, and referring for induced abortion and feticide. *Am J Obstet Gynecol.* 2009;201:560.e1-6. doi: 10.1016/j.ajog.2009.05.057
 63. Watson K. The Ethics of Access: Reframing the Need for Abortion Care as a Health Disparity. *Am J Bioeth.* 2022;22(8):22-30. doi: 10.1080/15265161.2022.2075976
 64. Dumsday T. Why Governments That Fund Elective Abortion Are Obligated to Attempt a Reduction in the Elective Abortion Rate. *J Bioeth Inq.* 2016;13(1):87-94. doi: 10.1007/s11673-015-9687-8
 65. ACOG Committee Opinion, Number 81. Increasing Access to Abortion. *Obstet Gynecol.* 2020;136(6):e107-e115. DOI: 10.1097/AOG.00000000000004176