

# Aborto en adolescentes: Consideraciones y propuestas

---

AA APC Dr. Miguel Gutiérrez Ramos

*Director General de Pathfinder Internacional, Perú.*

*Ex Presidente de la Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología*

---

## Consideraciones previas

Este tema es sumamente importante y actual; la salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes en los últimos tiempos, no es de las mejores. Sobre este tema hay muchas cosas que debemos debatir, no sólo el aborto, lo cual es una consecuencia de no tener políticas adecuadas en lo referente a la salud los adolescentes.

El aborto es un problema muy antiguo. Sin embargo, puede decirse que en el siglo XX ha aparecido en forma definida su regulación por parte de los Estados. Esto ha sucedido gracias al rol que han ejercido los Estados Laicos, en los que, más allá de las consideraciones religiosas que puedan existir entre las personas, existen las que están relacionadas a los derechos humanos, reconocidos por los Estados en el año 1948, y en especial los derechos sexuales y reproductivos de todas las personas, donde la salud debe ser preservada como derecho fundamental.

Otro factor muy importante a tener en consideración es la bioética, disciplina presente en las decisiones que debemos hacer para muchos temas complejos, donde los principios básicos bien aplicados han llevado a que, en muchos países a la fecha reconozcan como aborto legal situaciones en las que se busca preservar la vida o la salud de las personas o en los casos de violación, malformaciones congénitas, etc. (1)

En el Perú, se despenalizó el aborto el año 1924, en los casos en los que esté en riesgo la vida o la salud de la mujer gestante (artículo 119 del Código Penal) (2). Después de 90 años, es decir hace solamente un año, el Ministerio de Salud aprobó el 27 de junio del 2014 con

RM N° 486-2014/MINSA la “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”, nombre bastante largo, que creo lo podemos resumir como la “Guía para el aborto terapéutico”. (3)

## ¿Cuál es la fuente principal de los abortos inducidos?

La fuente principal de los abortos es el embarazo no deseado, definido como aquel que ocurre en momentos poco favorables en una mujer que ya está satisfecha ya con el número de hijos, que se designa también como inoportuno o accidental (4). Hay muchos factores que están involucrados en el embarazo no deseado. En algunos casos es la carencia de recursos para criar un hijo, en otros casos han sido víctimas de violencia sexual, no han terminado estudios, no tienen una relación estable, su pareja no puede o no desea mantener a su hijo, no está contemplada la maternidad en su proyecto de vida, hay temor a perder el empleo. En los adolescentes además esta esa sensación de omnipotencia que les impide sentir algún riesgo en sus relaciones sexuales, de tener un embarazo no planeado o no deseado, hasta que les ocurre.

El embarazo que inicialmente es no planificado y que en muchos casos acaba siendo un embarazo no deseado, plantea varias alternativas a quien le ocurre. Una de ellas es la adopción, otra es continuar la gestación y tener hijos no deseados, con los graves problemas en el desarrollo de esos niños. En algunos casos los embarazos son finalmente aceptados y protegidos. En

muchos casos se decide por un aborto. En cualquiera de estos casos se presentan efectos sobre la salud física, emocional y social, de las mujeres, familias y la misma sociedad.

Cuando se decide por un aborto, y este es inducido, clandestino e inseguro, los efectos en la salud física y mental son enormes. Esta situación sobre todo ocurre en personas pobres, con menores recursos económicos o del sector rural, o en adolescentes. Por esa razón el aborto que ocurre con mucha frecuencia y con esas características es considerado como problema de salud pública ya que reúne tres características básicas para ello: 1. La frecuencia de abortos inducidos clandestinos inseguros, es muy frecuente. Se estima en más de 300,000 casos al año en Perú (5). 2. El riesgo de afectar la salud incluso con la muerte es muy alto en las mujeres que lo realizan. 3. Los altos costos económicos que ocasiona la atención de las complicaciones al Estado y el alto costo social que padecen las mujeres. Así lo ha entendido el Estado y por eso es que ha definido que el aborto es un problema de salud pública en el Perú.

### ¿Los adolescentes se exponen a un embarazo no deseado?

De acuerdo a los últimos reportes de la ENDES desde el año 1996 al 2014 (6) las relaciones sexuales en adolescentes se inician en regiones como Ucayali, San Martín o Huánuco antes de los 15 años, con alto riesgo de presentar un embarazo no deseado y también una infección de transmisión sexual.

**Tabla 1. Exposición al embarazo en mujeres adolescentes, Perú 1991/92 – 2014**

	% 15 – 19* que ya tuvo RS	% c/actividad sexual reciente (4 semanas)*	% primera RS <15	Uso de MAC modernos en unidas	Uso de MAC modernos en activas**
1991/92	18,4	11,5	3,6	---	---
1996	20,3	11,4	4,6	46,0	32,7
2000	22,2	11,5	5,1	31,0	26,6
2004/6	23,5	12,1	4,8	43,6	51,9
2014	30,7	15,1	6,3	42,9	62,6

Fuente: INEI. ENDES 1986, 1991/92, 1996, 2000, 2004/6, y 2014, elaboración Walter Mendoza \* Las entrevistadas tenían de 15 – 19 al momento de la entrevista. \*\* Comprende a quienes tuvieron relaciones sexuales en el mes anterior a la encuesta (6)

En la Tabla 1, se puede observar que el porcentaje de adolescentes de 15 a 19 años que ya han tenido relaciones sexuales es cada vez mayor. En la segunda columna, la actividad sexual reciente en las últimas cuatro semanas se incrementa el año 2014 y llega al 15%; así mismo, en la tercera columna el porcentaje de la primera relación en menores de 15 años se incrementa a 6.3%. Por otro lado, en la columna final, el uso de métodos modernos en las mujeres activas se elevó a 62% .

**Tabla 2. Intención Reproductiva de Mujeres adolescentes Perú 1991/1992-2014**

Planificación de la fecundidad	ENDES 1991/92	ENDES 1996	ENDES 2000	ENDES 2009	ENDES 2014
Lo quería entonces	52,6	49,0	44,4	35,7	30,6
Lo quería después	35,2	36,6	41,8	56,2	59,4
No quería más	12,1	14,1	13,5	8,1	10,0

Fuente: INEI. ENDES 1986, 1991/92, 1996, 2000, 2009 y 2014, elaboración Walter Mendoza. \*

Las entrevistadas tenían de 15 – 19 al momento de la entrevista. (6)

En la Tabla 2, podemos observar que el 59.4% de adolescentes que habían tenido hijos en los últimos 5 años, lo quería después. Un 10% de las entrevistadas dijo que ya no quería tener más hijos. Por otro lado, cada vez hay más embarazos en la adolescencia, y en las zonas de la selva el incremento es mayor.

### ¿Es posible evitar un embarazo no deseado?

Sí, es posible evitar un embarazo no deseado- Para ello debemos contar con servicios integrales en salud sexual y reproductiva basados en los derechos, educación sexual basados en criterios científicos, contar con redes de apoyo para programas de adopción, apoyo a madres solteras y programas de control prenatal, parto y puerperio de calidad en la prevención del segundo embarazo en adolescentes.

Por otro lado, debemos saber que hay un Plan Multisectorial para la reducción del embarazo en adolescentes en el país (7), que lamentablemente después de dos años no vemos su efecto. No encontramos aún servicios para adolescentes en los hospitales y menos para la prevención del embarazo no deseado, donde se brinde una información adecuada a quienes ya tienen relaciones sexuales. Hay que implementar los programas

de educación sexual en los colegios, para ello debemos tener profesores preparados para dar cursos de educación sexual o sexualidad, que no tenemos.

En la actualidad hay métodos modernos en el país, incluso los de larga duración y la anticoncepción de emergencia que pueden prevenir embarazos en los adolescentes con mucha eficacia. Es decir, prevenir un embarazo no deseado en los adolescentes ¿es posible?. Sí, es posible. Sin embargo, no hay programas adecuados de educación sexual y además existe una Ley General de Salud (8) que nos dice que un adolescente que ya inició sus relaciones sexuales, que tiene pareja, que está teniendo relaciones, no puede recibir métodos anticonceptivos si no va con un tutor, por estar comprendidos dentro de medicamentos. Una pregunta pertinente es, si nosotros fuésemos adolescentes, ¿iríamos con nuestro papá o con nuestra mamá para que nos den algún método anticonceptivo? Es por esta Ley General de Salud, que hay temor de parte de los prestadores de salud de dar métodos anticonceptivos a los adolescentes, si no van con sus padres o tutor. Solamente cuando las adolescentes ya tienen hijos, no hay ninguna justificación en no dar anticoncepción para prevenir embarazos subsecuentes.

### **¿Qué metodología anticonceptiva es aquella que puede disminuir la posibilidad de un embarazo no deseado?**

El uso de métodos anticonceptivos no es garantía de que no se produzca un embarazo no deseado. Cuando usamos los métodos de corta duración, dentro de ellos los que más conocemos son: las píldoras, parches, anillos, etc. Pueden fallar, y es más se considera que uno de 4 embarazos no deseados es por falla del uso de los métodos de corta duración. En USA hay entre 800 mil a un millón de embarazos no deseados producto de la falla en el uso del método de la píldora. (9)

En los últimos años una estrategia que se está usando en todo el mundo, son los métodos de larga duración, cuya eficacia es muy elevada, debido a que su uso no depende de la usuaria, ya que son colocados para un uso de varios años. Estos métodos conocidos como los LARCs, son los dispositivos intrauterinos y los implantes. Ambos, que son sumamente efectivos, incluso son tan

efectivos como la vasectomía y la ligadura de trompa. La reversibilidad es inmediata en ambos métodos de larga duración.

Por otro lado, la falla de los anticonceptivos es mayor en los jóvenes y adolescentes que en las adultas. Además si una adolescente ya es madre, tiene un 20% de volver a embarazarse dentro de los siguientes dos años. Esto se puede evitar iniciando un DIU o un implante inmediatamente post-aborto, iniciando el uso de un implante inmediatamente post parto.

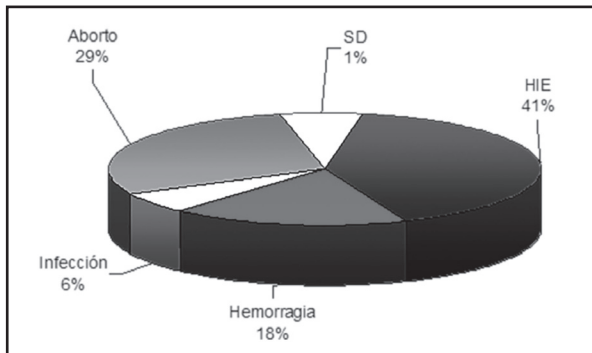
El Proyecto CHOICE conducido en St. Louis, Missouri-USA en el 2007 (10) redujo el embarazo no deseado en adolescentes cuando se utilizaron los métodos de larga duración. En nuestro país, recientemente se han incorporado los implantes a la mezcla anticonceptiva que usa el país en el sector público, y que se ofrece gratuitamente en los establecimientos del país. En el sector privado los implantes cuestan más de mil soles. Es decir, el Perú ya cuenta con los LARCs en el sector público, y pueden ser utilizados por los adolescentes. Hay barreras y mitos para no utilizar los DIUs pero como ya se ha demostrado en los Criterios Médicos de Elegibilidad de la OMS- 2015 para los anticonceptivos (11), no existen contraindicaciones de su uso en mujeres nulíparas y adolescentes.

### **¿Qué riesgos presenta la adolescente cuando se embaraza?**

Ya se señaló que no solamente hay riesgos para su salud física, sino también para la salud mental y social. En relación a la salud física la adolescente tiene mayor riesgo de hemorragias, pre eclampsia, aborto, salud mental, mayor depresión. Riesgo para la salud social, menor escolaridad, inestabilidad familiar. Pero la mortalidad materna se ve sumamente incrementada cuando hablamos del aborto. De acuerdo a la Dirección General de Epidemiología del MINSA del año 2012 (12), el aborto fue la causa de muerte materna en un 29%. Algo muy preocupante es que entre las causas indirectas de muerte materna algo que se ha incrementado sostenidamente son los casos de suicidio (Figura 1). El año 2012 el 56% de las causas indirectas de mortalidad materna fue el suicidio, y todas debido a un embarazo no deseado (Figura 2).

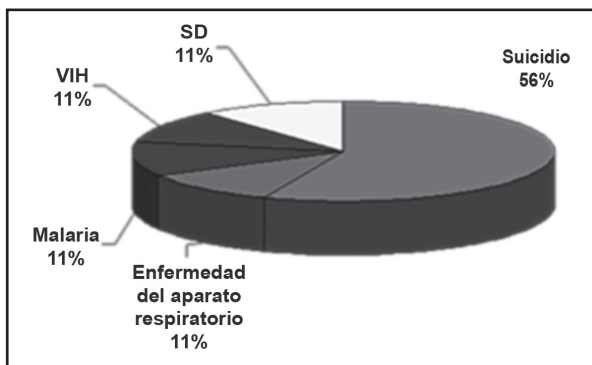
**Figura 1. Muertes Maternas en Adolescentes 2012 DGE MINSA**

**Causas Directas**



**Figura 2. Muertes Maternas en Adolescentes 2012 DGE MINSA**

**Causas Indirectas**



**¿Qué datos estadísticos, estimados y de incidencia tenemos en relación al aborto en la adolescencia?**

Mucha gente no cree en los datos sobre abortos, algunas personas piensan que son inventos, y piensan que no existen embarazos no deseados y por lo tanto no deberían usarse métodos anticonceptivos. Sin embargo, hay datos concretos que demuestra una existencia preocupante del aborto en la adolescencia.

De acuerdo a la ENDES 2012 (13) el embarazo no deseado asciende al 57,8% en las mujeres menores de 20 años. El embarazo en la adolescencia es de 13,9% (ENDES 2013) y la tasa de tasa de fecundidad es de 64 por 1000 (14). Según la ENDES 2012, un 8,5% de las mujeres de 25-49 manifestó haber tenido relaciones sexuales antes de cumplir los 15 años y un 41,0% antes de los 18 años.

De acuerdo con el reporte de la DGE MINSA, para el año 2008 (15), fueron atendidos en establecimientos del

Ministerio de Salud, un total de 51,449 complicaciones de abortos, de los cuales 8,342, han correspondido a población adolescente, lo que equivale al 16,21% del total de abortos incompletos atendidos. Amazonas, Madre de Dios y Lambayeque son las regiones con mayor porcentaje de abortos atendidos en adolescentes. 52,7 %, 25,45%, y 24,69% respectivamente. Este porcentaje se mantiene en los últimos reportes del MINSA.

El aborto, es la segunda causa obstétrica más frecuente que se atiende en los establecimientos del sector público, la primera causa es la atención del parto. Después vienen las demás complicaciones y lo que representa en costos para su atención es sumamente elevado. En el 2012 de acuerdo a la Oficina General de Estadística e Informática del MINSA (16) se atendieron 32 casos de menores de 12 años, y 3,000 casos entre los 12-17 años. Estos casos son las complicaciones que se registran en hospitales, no sabemos cuántos se interrumpen y no se complican o se atienden en otros centros. Se calcula que el 20% de los abortos son inducidos y no todos llegan al hospital.

**¿Cómo conocer las tasas de aborto inducidos?**

Ya no es por registro, es por estudios directos con encuestas de base poblacional o indirectos con reportes hospitalarios. Los estudios liderados por la Fundación Allan Guttmacher que utiliza la metodología de Susheela Singh estimaron que en el año 1994 hubo 270,000 abortos clandestinos inducidos en el Perú (17). Utilizando la misma metodología, Delicia Ferrando (Pathfinder International/ CMP Flora Tristán) estimó para el año 2006 que habían 371 mil abortos clandestinos.(18)

La pregunta que se plantea de inmediato es si esas cifras tendrán algo de verdad. Veamos, si el MINSA informa que cada año atienden entre 50,000 a 60,000 casos y nos falta incorporar a los hospitales de la seguridad social, hospitales militares y los establecimientos del sector privado, y además, hay muchos casos que no se registran, una mujer que se induce un aborto no registra su aborto, yo pienso que las cifras de los estudios son muy cercanas a lo que ocurre en la realidad.

Hay un trabajo muy interesante del Dr. Bernabé Ortiz (19) en el que se realizó una encuesta poblacional entre mujeres de 18 a 29 años en 20 ciudades de Perú. Se hicieron preguntas sobre sus antecedentes de abortos espontáneos e inducidos, utilizando técnicas para alentar la divulgación. En los resultados se encuentra que entre las 7962 mujeres que participaron en la encuesta, la

prevalencia del aborto inducido fue del 11,6% (intervalo de confianza del 95% [IC] del 10,9% -12,4%). Entre las 6559 mujeres que informaron haber sido sexualmente activas fue 13,6% (IC 95% 12,8% -14,5%) y la incidencia anual de aborto inducido fue del 3,1% (IC del 95%: 2,9% -3,3%) entre las mujeres que alguna vez habían sido sexualmente activas. Entre las participantes de 18 años de edad, el grupo más joven del estudio, 55% tenían relaciones sexuales y el 7,5% de ellas había tenido un aborto inducido.

Comparando con estudios de otros países, se aprecia que la incidencia del aborto inducido clandestino potencialmente inseguro en el Perú es tan alta o más alta que las tasas en muchos países donde el aborto inducido es legal y seguro. La provisión de los anticonceptivos y provisión de sexo seguro para aquellos que lo requieren necesita ser mejorado y podría reducir la tasa de aborto inducido.

### Conclusiones

No intentemos pensar como adultos para resolver el problema de los adolescentes. En eso caemos todo el tiempo, pensamos como adultos y deberíamos regresar a la adolescencia para saber cómo eran nuestras conductas cuando éramos adolescentes y a ver si es que ellas se pueden sujetar a lo que nosotros los adultos estamos decidiendo.

Así mismo, el embarazo no deseado implica un gran riesgo a la salud de las adolescentes. Dadas las condiciones legales del aborto en el Perú, donde sólo el aborto terapéutico es legal, y la particular situación del adolescente, el aborto inducido tiene la particularidad de ser clandestino e inseguro.

Eliminar los abortos inseguros es un componente clave para el cuidado de la salud sexual y reproductiva en la adolescencia.

La educación sexual adecuada y la anticoncepción sobretodo la metodología anticonceptiva de larga duración (LARCs) en la adolescencia previenen el embarazo no deseado, y por ende previene el aborto inducido, salvan vidas.

Se requiere una mayor inversión y atención de los derechos de los adolescentes para una sexualidad libre de violencia y sin riesgos.

Se debería eliminar el artículo cuarto de la ley general de salud, que impide dar anticonceptivos a aquellos adolescentes que ya empezaron su relación sexual.

### Bibliografía:

1. Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura División de la Ética de las Ciencias y de las Tecnologías Sector de Ciencias Humanas y Sociales 1, rue Miollis - 75732 Paris Cedex 15 - Francia [www.unesco.org/shs/ethics](http://www.unesco.org/shs/ethics) SHS/EST/BIO/06/1 © UNESCO, 2006
2. Código Penal. Decreto Legislativo N°635. Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. Décimo Segunda Edición Oficial: Mayo 2016
3. 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 119º del código penal. MINSA 2016
4. Jóvenes y aborto. Una conversación necesaria. 2005. En [http://www.ipas.org/Publications/asset\\_upload\\_file\\_749\\_2785.pdf](http://www.ipas.org/Publications/asset_upload_file_749_2785.pdf). Consultado el 22 de enero 2012
5. D Ferrando. Aborto Clandestino en el Perú. Pathfinder International- CMP Flora Tristán. Dic. 2006
6. INEI. ENDES 1986, 1991/92, 1996, 2000, 2004/6, y 2014
7. Plan Multisectorial para la Reducción del Embarazo en Adolescentes 2013-2021- Decreto Supremo N° 012-2013-SA-MINSA
8. Ley General de Salud N° 26842 MINSA
9. U.S. Teenage Pregnancies, Births and Abortions, 2008: National Trends by Age, Race and Ethnicity. Guttmacher Institute.
10. The Contraceptive CHOICE Project: reducing barriers to long-acting reversible contraception. Am J Obstet Gynecol 2010;203:115.e1-7.
11. Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos. Quinta edición. OMS. 2015
12. MINSA. Dirección General de Epidemiología Informe Muerte Materna. 2012
13. ENDES 2012,
14. ENDES 2013
15. MINSA. Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. 2009
16. MINSA. Oficina General de Estadística e Informática del MINSA. Reporte de actividades de SSR. 2012
17. The Alan Guttmacher Institute. El aborto clandestino: una realidad latinoamericana. Nueva York: The Allan Guttmacher Institute; 1994
18. D Ferrando. Aborto Clandestino en el Perú. Pathfinder International- CMP Flora Tristán. Dic. 2006
19. Bernabé-Ortiz A, et al. Clandestine induced abortion: prevalence, incidence and risk factors among women in Latin American country. CMAJ; 180(3): 298-304.