

El aborto entre las menores de edad. Un análisis bioético comparativo entre Francia e Italia

Abortion among underage girls. A comparative bioethical analysis between France and Italy

Maroun Badr*

UNESCO Chair in Bioethics and Human Rights, Rome, Italy

Fabiano Nigris**

Facoltà di Bioetica, Ateneo Pontificio Regina Apostolorum,
Rome, Italy

<https://doi.org/10.36105/mye.2025v36n3.06>

Resumen

En las últimas décadas, el comportamiento sexual de las mujeres ha cambiado al invocar el principio de autodeterminación/autonomía y la gestión de sus propios cuerpos. La autodeterminación se ejerce a través de la libertad de elección. La capacidad de decidir requiere madurez, que se adquiere en la edad adulta, generalmente a los 18

* Doctor en bioética, becario de investigación. Cátedra UNESCO de Bioética y Derechos Humanos, Via degli Aldobrandeschi 190, Roma 00163, Italia. Correo electrónico: contact@marounbadr.fr <https://orcid.org/0000-0001-9378-6273>

** Pediatra, neonatólogo y candidato a doctor en bioética. Correo electrónico: nigris@virgilio.it <https://orcid.org/0009-0003-4348-6514>

Recepción: 07/04/2025 Aceptación: 22/04/2025

CÓMO CITAR: Badr, M., Nigris, F. (2025). El aborto entre las menores de edad. Un análisis bioético comparativo entre Francia e Italia. *Medicina y ética*, vol. 36, núm. 3. DOI: <https://doi.org/10.36105/mye.2025v36n3.06>



Esta obra está protegida bajo una Licencia Creative Commons Atribución-No Comercial 4.0 Internacional.

años. El inicio temprano de la actividad sexual a una edad temprana puede resultar en embarazos no planificados y no deseados. Números factores llevan a las menores a optar por la interrupción del embarazo a través de los servicios de salud estatales, lo que cuestiona la validez de dicha decisión. El objetivo de este artículo es realizar un análisis comparativo de esta práctica en Francia e Italia, destacando los desafíos y las cuestiones bioéticas que conlleva.

Palabras clave: aborto, autonomía, salud de la mujer, madurez.

1. Introducción

El Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) publicó en 2019 un documento titulado “Mi Cuerpo, Mi Vida, Mi Mundo” (1), que sitúa a las personas jóvenes en el centro de las estrategias internacionales para alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) de la Agenda 2030. Su objetivo es empoderar a todas las mujeres y niñas y promover su salud mediante la reducción del embarazo adolescente, la igualdad de género y el desarrollo de la independencia económica. Esta promoción debe pasar por el acceso a la salud y los derechos sexuales y reproductivos. El aborto seguro, sinónimo de aborto legalizado o interrupción voluntaria del embarazo¹ (IVE), es uno de estos servicios (2,3). Hasta septiembre de 2024, el 6,0 % de las mujeres de entre 15 y 17 años recurrieron al aborto en Francia (4, p. 4). En Italia, en 2022,2 se registraron el 0,3 % de abortos en menores de 15 años y el 7,1 % en niñas de entre 15 y 19 años (5, p. 6). Aunque estas cifras puedan parecer insignificantes, el acceso a la interrupción voluntaria del embarazo³ en menores de edad no

¹ De ahora en adelante, como en muchos artículos y para facilitar la lectura, utilizaremos el término “aborto” para referirnos a la interrupción voluntaria del embarazo. Si nos referimos a otras concepciones, se especificará.

² En Italia, no hay datos directamente accesibles para 2024, que se procesarán dos años después. Los únicos datos existentes son para uso interno del Sistema de Salud.

³ De ahora en adelante, en el resto del texto, y salvo contraindicación, el término “aborto” indica “interrupción voluntaria del embarazo”.

debería serlo. Si bien el aborto sigue estando legalmente regulado en Francia e Italia [2], las razones por las que las menores recurren a él parecen ser las mismas [3]. Esto plantea cuestiones bioéticas subyacentes [4] que no deben tomarse a la ligera.

2. El marco legal en Francia e Italia

La autodeterminación y la apropiación corporal se consideran una expresión de la emancipación de las niñas, al brindarles la oportunidad no solo de tomar decisiones informadas sobre sus propios cuerpos, sino también “los medios para controlar y decidir libre y responsablemente sobre asuntos relacionados con su sexualidad” (6, § 44). Este control, a menudo vinculado al acceso a la anticoncepción y al aborto, se ha implementado a través de una larga evolución legislativa tanto en Francia [2.1] como en Italia [2.2].

2.1. *En Francia*

Con la despenalización⁴ (7) del aborto mediante la Ley Veil⁵ (8) de 1975, las menores de edad deben someterse a una entrevista social previa al VIP con autorización de sus padres. Según la Ley (9) n.º 79-2004 del 31 de diciembre de 1979 (conocida como Ley Pelletier), este requisito debe ir acompañado del consentimiento de la menor,⁶ que debe otorgarse sin la presencia de sus padres (art. L. 162-7).

⁴ Los textos de los códigos legales, leyes, decretos, decisiones, declaraciones y jurisprudencia franceses proceden del sitio web oficial nacional “Légifrance”.

⁵ La ley lleva el nombre de la ministra de Salud, Simone Veil.

⁶ Tanto en la legislación francesa como en la italiana, no se distingue entre “asentimiento” y “consentimiento”. Solo existe un tipo de consentimiento, el mismo para adultos y menores, denominado “consentimiento informado” o simplemente “consentimiento”. Se proporciona según lo establecido en Francia por la Ley n.º 2001-588 del 4 de julio de 2001 sobre el aborto, actualizada por la Ley n.º 2016-41 del 26 de enero de 2016 y otras leyes (véanse los arts. L. 2212-1 y L. 2212-7 del Código de Salud Pública francés) y en Italia por la Ley 219/2017, art. 3, § 2.

Según la Ley (10) n.º 2001-588 del 4 de julio de 2001, ya no se requiere la autorización de los padres. Sin embargo, la menor “debe ser informada sobre la elección del adulto” (art. 5). La Ley (11) n.º 2014-873 del 4 de agosto de 2014 suprime la frase “que su estado la coloca en una situación de sufrimiento” y la sustituye por “que no desee continuar un embarazo” (art. 24). La Ley (12) n 2016-41, de 26 de enero de 2016, suprime, para las mujeres adultas, pero no para las menores, el periodo de reflexión obligatorio de siete días entre las dos consultas previas al aborto (art. 82). La Ley (13) n 2022-295, de 2 de marzo de 2022, suprime el periodo de reflexión de dos días tras la entrevista psicosocial; esta entrevista sigue siendo obligatoria para las mujeres menores no emancipadas (art. 3). Con esta ley, ya no existe periodo de reflexión obligatorio para los abortos.

En este contexto, las estadísticas en Francia indican un acceso más fácil al aborto. Si bien el informe de la DREES⁷ (14) de 2022 indica que continúa disminuyendo la tasa de recurrencia al aborto entre las personas más jóvenes (8,7 ‰ en 2014, 6,0 ‰ en 2019, 5,1 ‰ en 2020 y 4,9 ‰ en 2021), el informe de 2023⁸ (15) muestra un nuevo aumento para el año 2022, hasta el 5 ‰, teniendo en cuenta que el período en el que se observa esta disminución es el de la pandemia de COVID-19.

2.2. *En Italia*

En Italia, el aborto está regulado por la Ley n.º 194 del 22 de mayo de 1978, y el procedimiento de aborto para mujeres menores de 18 años o bajo tutela está regulado por el artículo 12 (16).

Este artículo establece que, para abortar, una mujer menor de 18 años debe contar con la autorización de la persona que ejerce la

⁷ DREES: Dirección de Investigación, Estudios, Evaluación y Estadística (Dirección de Investigación, Estudios, Evaluación y Estadística).

⁸ Cabe señalar que entre los informes de 2022 y 2023, las cifras de años anteriores no son idénticas. Mientras que el informe de 2022 indica que entre los menores de edad hubo un 5,1 ‰ en 2020 y un 4,9 ‰ en 2021, el informe de 2023 indica un 5,0 ‰ en 2020 y un 4,8 ‰ en 2021.

patria potestad o, en ausencia de los padres, de su tutor. No obstante, durante los primeros noventa días, cuando existan razones graves que impidan o desaconsejen la consulta a los padres o al tutor, o si, al ser consultados, estos deniegan su consentimiento o emiten una opinión discordante, podrán encargarse los servicios de orientación familiar de la zona, un centro de salud o un médico de confianza, quienes ejercerán las funciones previstas en el artículo 5 de la misma ley, elaborando un informe en el plazo de siete días para su recurso ante el juez tutelar, quien resolverá en firme.

No obstante, si el médico determina la urgencia de la intervención debido a un grave peligro para la salud del menor de dieciocho años, independientemente del consentimiento de la persona que ejerce la patria potestad o la tutela, sin remitir el asunto al juez tutelar, certificará la existencia de las condiciones que justifican la interrupción del embarazo. Esta certificación es motivo para obtener una intervención de emergencia y, de ser necesario, la hospitalización.

El procedimiento de aborto puede ser quirúrgico o farmacológico. En el Informe Anual sobre la Interrupción Voluntaria del Embarazo (17), el último disponible de 2024 con referencia a 2022, se observa que el uso de la interrupción voluntaria del embarazo (VIP) ha aumentado en todos los grupos de edad en comparación con 2021, excepto en las personas de entre 40 y 49 años. Las tasas de aborto más altas se mantienen entre las mujeres de 25 a 34 años. Entre las mujeres menores de edad, la tasa de aborto en 2022 fue de 2,2 por cada 1000 mujeres. El número de mujeres menores de 18 años que se realizaron una VIP fue de 1861, lo que representa el 2,8 % de todas las operaciones realizadas en Italia. Esta cifra está aumentando en comparación con 2021, pero se mantiene consistentemente por debajo de la de otros países europeos con sistemas sociales y sanitarios similares. En 2022, por primera vez, la VIP farmacológica, realizada con mifepristona asociada o no a prostaglandinas, o con prostaglandinas solas, tuvo una mayor frecuencia que la VIP quirúrgica realizada con aspiración uterina o legrado (52,0% frente al 46,6%) (17, p. 54). El informe describe el otorgamiento del consentimiento para la VIP, necesario para autorizar la operación en el caso de una

menor de edad. En 2022, el porcentaje de consentimientos emitidos por los padres fue del 82,4%, en comparación con el 83,0% en 2021. El juez intervino en el 16,6% de las autorizaciones (5, p. 22). En el grupo de menores de 15 años, se produjeron 180 VIP, lo que representa un aumento del 0,3% con respecto a 2021 (5, p. 6).

3. Razones para recurrir al aborto

En Francia, desde la ley n.º 2001-588, de 4 de julio de 2001, hasta 2020, los procedimientos de anonimización se han reservado exclusivamente a los menores (10). Con la Ley n.º 2020-1576 del 14 de diciembre de 2020, las mujeres adultas también se benefician de este anonimato y secreto (18). Además, la ley francesa permite a cualquier mujer embarazada solicitar la interrupción del embarazo sin tener que proporcionar ninguna justificación (19). En Italia, ocurre la misma situación: la Ley 194/78 habla, en el art. 4, genéricamente de un embarazo que pone en peligro la salud física o psíquica de la mujer (16), además de otras situaciones socioeconómicas y familiares descritas; estos aspectos son aún más evidentes y reales si la mujer embarazada es menor de 18 años. Incluso en este contexto, es difícil rastrear las causas de la solicitud de aborto; esto imposibilita activar todas las acciones destinadas a prevenir la elección del aborto, como la propia ley prevé en el art. 5. Por consiguiente, es difícil obtener datos suficientes sobre las razones para recurrir a tal acto.

Sin embargo, estudios realizados en años anteriores, así como estudios realizados en otros países, permiten agrupar las razones para recurrir al aborto en cuatro categorías (20): personales [3.1], interpersonales/relacionadas con otras personas [3.2], socioeconómicas [3.3] y de salud [3.4].

3.1. *Personal*

Según varios estudios, las principales razones personales son las siguientes: la corta edad (21,22), el deseo de autodeterminación (23,24),

el deseo de continuar estudios o carreras profesionales (21,22,25,-26), el deseo de no querer un hijo o el hecho de no estar preparada para ser madre (22,25,27).

Un elemento importante entre las motivaciones personales es el miedo al estigma (28) derivado del embarazo precoz y la posterior decisión de abortar, que se considera una conducta desviada (29). La percepción personal se produce a través de la presión de procesos sociales y políticos que favorecen el surgimiento, la perpetuación y la normalización del estigma del aborto, ya que esta decisión personal transgrede tres ideales “femeninos” considerados fundamentales: la fertilidad perpetua, la inevitabilidad de la maternidad y ser, por naturaleza, madres cariñosas y protectoras (30).

La estigmatización del aborto influye en la divulgación de la decisión de abortar, lo que puede limitar el apoyo social; esta actitud justifica el miedo a revelar el embarazo, lo que perjudica a las adolescentes (31), especialmente en un contexto social y una mentalidad como el presente en Italia.

3.2. *Interpersonal*

Las razones interpersonales incluyen el miedo a las reacciones y la presión parental (22-27), la relación inestable con la pareja (22,24,25,32,33) (separación o falta de apoyo) y la posibilidad de un embarazo cercano o la existencia de otro hijo (32,34).

3.3. *Socioeconómico*

Estudios revelan diversos factores socioeconómicos que influyen en la decisión de una menor de interrumpir un embarazo, como los delitos sexuales (24,25,27,34,35) (violación e incesto), las dificultades económicas (22,25-27,32,34) y la motivación religiosa (22,23,32). También se ha observado que los embarazos no planificados en menores, y consecuentemente los abortos, están sobrerrepresentados

entre quienes viven en familias monoparentales (22,36). Sin establecer una relación causal, es importante señalar que, en Francia, el recurso al aborto en menores ha aumentado desde que la educación sexual se volvió obligatoria en las escuelas en 2011 (37), pero ha comenzado a disminuir desde 2019 (14).

3.4. *Uso de anticonceptivos*

Es importante destacar el papel de la anticoncepción en la decisión de interrumpir un embarazo. Los estudios muestran dos aspectos de este papel. Por un lado, una proporción de menores que recurren al aborto no cuentan con suficiente información sobre anticoncepción para evitar un embarazo no planificado o no utilizan un método anticonceptivo, “principalmente porque pensaban que no corrían riesgo de embarazo o porque no habían planeado tener relaciones sexuales” (22). Por otro lado, la falla de un método anticonceptivo juega un papel importante en la decisión de interrumpir un embarazo. De hecho, casi la mitad de las adolescentes declaró usar un método anticonceptivo al inicio del embarazo (32,38). Sin embargo, la idea del aborto como una de las muchas opciones anticonceptivas surge para las adolescentes, ya que no tienen clara la diferencia entre la píldora abortiva, con la que el embarazo ya está establecido, y la anticoncepción de emergencia, con la que, en cambio, el embarazo puede iniciarse y detenerse (39).

4. Cuestiones bioéticas

En este complejo panorama, se pueden abordar diversos desafíos y cuestiones bioéticas: minoría de edad y patria potestad [4.1], aborto como acto médico [4.2], consentimiento informado [4.3], protección de la salud [4.4], autonomía y capacidad de decisión [4.5] y el rol del padre como hijo [4.6].

4.1. *Minoría de edad y patria potestad*

Es lógico plantearse la pregunta fundamental: ¿quién es menor de edad? El primer artículo de la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN) define al niño como “todo ser humano menor de dieciocho años, salvo que, en virtud de la ley que le sea aplicable, haya alcanzado antes la mayoría de edad”. El Preámbulo de la CDN establece que “el niño, por su falta de madurez física y mental, necesita protección y cuidado especiales, incluso la debida protección legal, tanto antes como después del nacimiento”. Por lo tanto, la minoría de edad requiere protección adecuada, dado que el niño no es adulto.

Según el art. Español 388 del Código Civil Francés (CCF), “un menor es un individuo de cualquier sexo que aún no ha alcanzado la edad de dieciocho años”. La misma definición se utiliza en Italia donde el menor es el sujeto que aún no ha alcanzado la edad de dieciocho años; esta condición tiene relevancia civil para la capacidad relativa para actuar (40) (art. 2). Esto indica la capacidad del sujeto para manifestar válida y conscientemente su voluntad en la realización de actos jurídicos, en la adquisición o ejercicio de derechos, o asumiendo conscientemente obligaciones. Además, según la ley francesa (art. 413-1, 413-2 y 413-3 del CCF), la emancipación puede tener lugar ya sea por matrimonio o por decisión del juez de tutela, por justa causa, “a petición del padre y la madre o uno de ellos” o “a petición del consejo de familia” si los padres ya no están presentes. La ley del Código Civil Italiano también introduce la definición de un “menor emancipado” (40) (art. 84); Se trata de un menor mayor de 16 años que ya no está sujeto a la patria potestad en relación con el matrimonio, si este se celebró con el consentimiento del menor. Además, según el derecho penal francés, los menores de 13 años o más pueden ser considerados penalmente responsables (41). El Código Penal italiano, por otro lado, define la imputabilidad de un menor y la fija en 14 años (42) (art. 17). La imputabilidad nos obliga a reflexionar sobre la distinción en el contexto del menor: el menor de 13/14 años y el menor de entre 13/14 y 18 años, y la capacidad de elegir la interrupción del embarazo sin la intervención de los padres.

La jurisprudencia italiana también ha introducido otras definiciones de menor, como “menor maduro”, “menor mayor” y “menor mayor”,⁹ con una preferencia aceptada por este último. La definición se da en función del grado de madurez expresado por el menor y no de su edad (43). También en Italia, una mujer menor de 18 años está sujeta al consentimiento para ejercer la patria potestad. No obstante, si existen razones graves que impidan o desaconsejen la consulta con los padres o el tutor, el personal sanitario al que acuda la mujer se dirigirá en un plazo de 7 días al juez tutelar, quien resolverá en un plazo de 5 días sin posibilidad de recurso (16) (art. 12, 2). Si el médico determina la urgencia de la operación debido a un grave peligro para la salud de la menor, extenderá un certificado de urgencia sin la opinión de los padres ni del juez; con este certificado, la menor podrá acceder al centro para practicarse el aborto (16) (art. 12, 3).

En este contexto, es posible afirmar que la protección del menor la brindan los padres en virtud de la patria potestad. El artículo 371-1 del Código Civil Francés define la patria potestad como “el conjunto de derechos y deberes destinados a proteger los intereses del niño”. Dado que el niño es legalmente “incapaz” (art. L. 1146 del Código Civil Francés), los padres tienen la facultad de tomar decisiones que lo involucren en función de su edad y madurez, con el fin de protegerlo en diversas áreas, como la salud, la moral, la educación, el desarrollo y el respeto debido a su persona (art. 371-1 del Código Civil Francés). La legislación francesa sobre el aborto utiliza la expresión “menor no emancipada”, lo que significa que aún se encuentra bajo la patria potestad (o tutela legal).

En consecuencia, existen dos ambigüedades. En primer lugar, según el art. L. 2212-7 del Código de Salud Pública Francés (CPF), la propia menor debe solicitar el procedimiento de aborto en ausencia de cualquier otra persona. El profesional de la salud (médico o matrona) debe primero buscar, en interés del menor, “el consentimiento de uno de los titulares de la patria potestad o, en su caso, del representante legal” (art. L. 2212-7 del FPHC). Si el menor se opone

⁹ Respectivamente en italiano: “menor maduro”, “menor grande” y “gran menor”.

y desea mantener el secreto, los procedimientos y la atención médica se llevarán a cabo con la condición de que el menor esté acompañado por un adulto de su elección [Se ha observado que, en muchos casos, la pareja del menor asume este papel (32,33)]. ¿Por qué molestarse en buscar el consentimiento de quienes tienen la patria potestad, a menos que la capacidad legal del menor sea cuestionable? En segundo lugar, una paradoja muestra cómo las leyes sobre el aborto eluden la patria potestad, como si solo contara el consentimiento del menor. Un ejemplo de otro acto de menor importancia, como el tatuaje, es flagrante. La ley prohíbe el tatuaje sin el consentimiento escrito de “una persona que tenga la patria potestad o su tutor” (art. R. 1311-11 del FPHC). La “paradoja del tatuaje” también existe en Italia, donde la actividad del tatuaje no está regulada actualmente por una legislación nacional específica. La única referencia a nivel nacional la constituyen las Circulares del 5 de febrero de 1998 n.º 2.9/156 y del 16 de julio de 1998 n.º 2.8/633, emitidas por el Ministerio de Salud, que contienen las *Directrices para la realización de procedimientos de tatuaje y perforación en condiciones seguras* (44). En cuanto a los límites de edad, está prohibido realizar tatuajes a menores de 18 años sin el consentimiento informado de sus padres o tutores. Sin embargo, en algunas regiones, está prohibido tatuar a menores de 14 años (como en Toscana) o incluso de 18 (como en Sicilia) (44). No existen regulaciones igualmente estrictas sobre la interrupción del embarazo en mujeres menores de 18 años. Por lo tanto, ¿qué criterios científicos se utilizan para determinar si una menor necesita la patria potestad para un tatuaje y si puede acceder a un aborto, un procedimiento más invasivo, sin restricciones?

De ahí la importancia de preguntar sobre el aborto como acto médico.

4.2. *El aborto como acto médico*

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), “el aborto inducido es un procedimiento sanitario sencillo y común” (2). En Francia,

el aborto se considera “un acto médico destinado a interrumpir un embarazo” (45). En Italia, numerosos movimientos afirman que el aborto “debe considerarse exclusivamente un acto médico” (46, p. 28).

Es necesario distinguir entre el aborto voluntario *per se* y los procedimientos abortivos. En este último caso, una vez que la mujer decide abortar, los procedimientos constituyen un acto médico destinado a interrumpir el embarazo en curso. El acto médico, en cambio, es un acto humano de una persona, el médico, sobre otra persona, la paciente, dirigido al verdadero bien de esta; el deber del médico es la protección de la vida, la salud física y psicológica, y el alivio del sufrimiento, respetando la libertad y la dignidad de la persona humana (47, art. 3). Implica responsabilidad hacia el individuo, la familia y la sociedad. Así, surge una primera contradicción. El procedimiento de aborto no es un acto destinado a proteger la vida que se considera un deber del médico. Si, por el contrario, el médico interviene, incluso con un procedimiento de aborto, para proteger la vida de la mujer en peligro como último recurso, su acción se enmarcaría en un acto deontológicamente permisible. Esto ocurre especialmente en casos de aborto espontáneo o en situaciones donde la ley permite el aborto terapéutico.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), “el aborto inducido es un procedimiento sanitario sencillo y común” (2). En Francia, el aborto se considera “un acto médico destinado a interrumpir un embarazo” (45). En Italia, numerosos movimientos afirman que el aborto “debe considerarse exclusivamente un acto médico” (46, p. 28).

Es necesario distinguir entre el aborto voluntario *per se* y los procedimientos abortivos. En este último caso, una vez que la mujer decide abortar, los procedimientos constituyen un acto médico destinado a interrumpir el embarazo en curso. El acto médico, en cambio, es un acto humano de una persona, el médico, sobre otra persona, la paciente, dirigido al verdadero bien de esta; el deber del médico es la protección de la vida, la salud física y psicológica, y el alivio del sufrimiento, respetando la libertad y la dignidad de la persona humana

(47, art. 3). Implica responsabilidad hacia el individuo, la familia y la sociedad. Así, surge una primera contradicción. El procedimiento de aborto no es un acto destinado a proteger la vida que se considera un deber del médico. Si, por el contrario, el médico interviene, incluso con un procedimiento de aborto, para proteger la vida de la mujer en peligro como último recurso, su acción se enmarcaría en un acto deontológicamente permisible. Esto ocurre especialmente en casos de aborto espontáneo o en situaciones donde la ley permite el aborto terapéutico.

El procedimiento de aborto quirúrgico o, con mayor frecuencia, farmacológico contradice el “juramento hipocrático”, un texto clásico, en la parte donde afirma “ni jamás proporcionaré a una mujer un medio para procurar un aborto” (48, p. 1). Esta prescripción ha sido eliminada en la versión moderna y transformada en una más genérica, pero igualmente obligatoria. La versión francesa establece: “Mi primera preocupación será restaurar, preservar o promover la salud en todos sus elementos, física y mental, individual y social. [...] Incluso bajo presión, no usaré mis conocimientos contra las leyes de la humanidad” (49). Por su parte, la versión italiana establece: “Consciente de la importancia y solemnidad del acto que realizo y del compromiso que asumo, juro [...] acatar en mi actividad los principios éticos de la solidaridad humana, contra los cuales, con respeto a la vida y a la persona, nunca usaré mis conocimientos” (48, p. 2).

La protección de la salud física y psicológica de la mujer menor de 18 años que solicita un aborto no puede integrarse plenamente en el acto médico, ya que no se tiene en cuenta la presencia del embrión o feto, que representa otra entidad viva, biológicamente separada de la madre y albergada por ella. Los movimientos europeos por el derecho al aborto (50), presentes también en Francia e Italia, sitúan el aborto, la autodeterminación de las mujeres y la salud reproductiva en el mismo plano de debate, entrando de hecho en contradicción con las leyes francesas (51) e italianas,¹⁰ que especifican que el procedimiento de aborto no debe constituir un método anticonceptivo.

¹⁰ Ley 194/78.

Si el aborto es un acto médico, debe respetar las condiciones deontológicas en las que se realiza. Según el art. 16-3, párrafo 1, del CFC, solo es posible realizar un acto médico que atente contra la integridad del cuerpo humano en caso de necesidad médica o interés terapéutico. La patria potestad es necesaria para todos los procedimientos médicos realizados en menores¹¹ (52) (art. 372 del CFC), pues estos actos afectan la integridad física, que es un “bien” inherente al cuerpo.

El artículo 54 del Código Penal italiano permite al personal médico intervenir en estado de necesidad, es decir, ante un peligro de daño grave para la persona. La intervención debe ser proporcional al peligro; esto puede realizarse sin el consentimiento del paciente o de sus padres o tutores en el caso de menores (42). Una vez superado el peligro para la vida del paciente, persiste la obligación de obtener un consentimiento válido para la realización de otros servicios. Esto no ocurre con el aborto en pacientes menores de edad. Cualquier intervención médica en menores de edad está sujeta al consentimiento paterno y puede tener en cuenta la voluntad del menor en relación con su edad y madurez; el objetivo es siempre la protección de la salud psicofísica y la vida del menor, con pleno respeto a su dignidad (53).

Sin embargo, dado que no se requiere la autorización paterna para el aborto, ¿cómo puede calificarse como un acto médico y por qué necesita un requisito legal excepcional, a través de diversas leyes, que autorice las condiciones en las que puede realizarse? ¿Qué ocurre si el aborto fracasa y surgen complicaciones que requieren hospitalización (52, p. 247)? Esto plantea la cuestión del consentimiento informado.

4.3. *Consentimiento informado*

En cuanto al consentimiento informado, lo abordamos no desde el punto de vista del contenido, sino desde el punto de vista de su prác-

¹¹ La legislación prevé ciertas excepciones, como en caso de urgencia médica (art. R. 4127-42 del CSP) o de un procedimiento rutinario.

tica, en dos niveles: periodo de reflexión [3.3.1] y urgencia en caso de complicaciones [3.3.2].

4.3.1. *Periodo de reflexión*

El consentimiento informado debe brindar a la persona la oportunidad de reflexionar antes de tomar una decisión importante. Esta oportunidad se expresa en el período de reflexión previo a la práctica de un aborto, que respeta la libertad de la joven. Esta libertad puede consistir en cambiar de opinión y retractarse de la decisión de interrumpir el embarazo. Por ello, el artículo 5 del Convenio de Oviedo (54) establece que “la persona interesada podrá revocar libremente su consentimiento en cualquier momento”.

Tras la denuncia de una paciente contra su médico, el Tribunal de Casación francés dictaminó el 26 de mayo de 2011 que el período de reflexión no puede acortarse. En esta denuncia, para obtener un aborto, una joven consultó a un ginecólogo. Como preparación para el procedimiento, el médico le administró medicación tres días después de la consulta. El aborto se realizó entre seis y ocho días después. La joven se quejó de que el médico le había causado dificultades psicológicas al haber aceptado iniciar el procedimiento de aborto “bajo el impacto emocional del descubrimiento de un embarazo no deseado, perdiendo la oportunidad de tomar su decisión con serenidad [*sin estrés tras una debida reflexión*]” (55).

Sin embargo, con la Ley n.º 2022-295 del 2 de marzo de 2022, se han abolido todos los periodos de reflexión para los abortos. Si una mujer adulta consideró la importancia de dicho periodo bajo el impacto emocional, ¿qué sentiría una menor de edad? Este tiempo de reflexión es necesario, ya que la voluntad, para ser libre, solo puede basarse en un razonamiento sólido y, por lo tanto, en la verdad, que informa, ilumina y permite un buen discernimiento. Quitarle esta posibilidad es privar a las mujeres y niñas del derecho fundamental a la verdadera libertad.

En Italia, se mantiene el periodo de reflexión de 7 días previsto por la Ley 194/78 que regula el aborto, pero existe la posibilidad de

exención en caso de urgencia, en el que se accede directamente al procedimiento con el certificado médico. No existe un protocolo que defina las condiciones de urgencia; estas solo se delegan a la decisión del médico certificador. La menor y sus padres no disponen de tiempo para una reflexión válida, que podría realizarse contactando con un bioeticista o un comité de bioética clínica.

4.3.2. *Urgencia y complicaciones*

Puede ser necesaria una transfusión de sangre durante el procedimiento de aborto. Este procedimiento requiere el consentimiento de la paciente, que no puede obtenerse si es menor de 18 años. Se requiere el consentimiento de la patria potestad en Francia y de ambos padres en Italia (Ley 219/2005, art. 24, §3). En caso de denegación, puede obtenerse tras un recurso ante el juez de tutela (56). Esta situación se complica aún más si la menor pertenece a confesiones religiosas, como los Testigos de Jehová, que rechazan las transfusiones por motivos religiosos (57,58).

Además, dado que la ley garantiza el anonimato y el secreto cuando una menor se somete a un aborto sin la autorización de sus padres, se plantea la cuestión de si se respeta el consentimiento informado cuando el aborto resulta en una emergencia médica. El levantamiento del anonimato es obligatorio por dos razones. Por un lado, se requiere el número de la seguridad social y un comprobante de pago para transmitir el expediente a la seguridad social. Esto significa que se revela la identidad de la persona y que debe violarse la confidencialidad de la información (59) relativa a un aborto. Por otro lado, ¿qué sucede si existe una necesidad imperiosa de intervención médica que requiere la autorización de los padres y que compromete el futuro de la menor, como una histerectomía o la extirpación de ovarios (60)?

Además, bajo anestesia, la menor, incluso una menor emancipada o “menor mayor”, no podría dar su consentimiento sin la presencia de sus padres o tutores. Se crea una nueva responsabilidad para el

médico y el personal sanitario, ya que cualquier decisión se tomaría sin consentimiento, lo que podría poner en riesgo la responsabilidad médica.

4.4. *Protección de la salud*

Los efectos secundarios en las menores que se someten a un aborto pueden dividirse en físicos y psicológicos; pueden presentarse en la fase aguda, cerca del procedimiento o a distancia. Durante o poco después del procedimiento de aborto, el síntoma más presente es el dolor (en el 68,9 % de los casos), seguido del sangrado vaginal (24,4 %), las náuseas y los vómitos (16,7 %) y el síncope (12,2 %) (22). Sin embargo, las mujeres menores de edad necesitan más analgésicos que las mujeres adultas: el 38 % de las adolescentes recibió opioides para el tratamiento del dolor, en comparación con el 7,9 % de las mujeres adultas. El dolor intenso se asocia con antecedentes clínicos de dismenorrea, ansiedad basal y náuseas durante el aborto, especialmente si es farmacológico. La administración de fármacos abortivos en hospitales no reduce el riesgo de dolor intenso (61).

Además de estos síntomas, se conocen complicaciones post-aborto. Algunos estudios sugieren que el aborto no es perjudicial para la salud mental de la mayoría de las mujeres menores de edad, y no se han encontrado diferencias significativas en el riesgo de trastornos psiquiátricos entre las que se sometieron a un aborto a una edad temprana y las que, en cambio, dieron a luz. Con mucha frecuencia, los trastornos de salud mental ya existían antes del embarazo (62). Sin embargo, la mayoría de las investigaciones revisadas presentaban graves problemas metodológicos. Los estudios más rigurosos han indicado que, en Estados Unidos, el riesgo relativo de problemas de salud mental entre las mujeres adultas que se someten a un único aborto legal durante el primer trimestre de un embarazo no deseado no es mayor que el riesgo entre las mujeres que dan a luz después de un embarazo no deseado (63). Las adolescentes que abortan no difieren de las que han dado a luz en cuanto al riesgo de depresión o

baja autoestima en etapas posteriores de la vida (64). Este hallazgo podría indicar que la interrupción del embarazo en una mujer menor de 18 años no perjudica su salud psicológica y no debería considerarse una razón para abortar.

4.5. *Autonomía y capacidad para tomar decisiones*

Una pregunta que debe plantearse es si las menores pueden tomar una decisión tan crucial. La toma de decisiones, la planificación, la autoconciencia y la conciencia situacional solo pueden comprenderse a la luz de la neurociencia. Todas ellas dependen del desarrollo de la corteza prefrontal. Las vías de esta corteza están vinculadas a las del sistema límbico, responsable de las reacciones al estrés (65). Según numerosos estudios neurocientíficos, la madurez cerebral, en particular la de la corteza prefrontal, no se produce hasta mediados de los veinte (66). En consecuencia, el estrés de un embarazo precoz provoca que la adolescente, vulnerable a diversas influencias socioemocionales y conductas de riesgo (67), tome decisiones apresuradas, asistemáticas y sin considerar plenamente las opciones (68). Al no alcanzar la madurez cerebral, las jóvenes no tendrían las mismas actitudes ni el mismo juicio bajo estrés, ya que las decisiones y las emociones no están suficientemente desarrolladas.

Por ello, es importante destacar que dicha decisión no tiene en cuenta las consecuencias para sí misma ni para los demás (69).

4.6. *El rol del padre en la crianza*

El rol del padre del niño concebido se olvida por completo, ya que en la mayoría de los casos es menor de edad. En este caso, la responsabilidad se transfiere a los padres del niño-padre, quienes pueden ser responsables de los daños a terceros, es decir, de la menor embarazada. Si dicha situación clínica causa un daño grave a la salud física o psíquica de la mujer, esta podría reclamar daños y perjuicios,

incluso si consintió la relación¹² (70), siendo esta la razón para recurrir al aborto. Por lo tanto, los padres son responsables tanto por no supervisar adecuadamente el comportamiento de su hijo (*culpa in vigilando*) como por no educarlo adecuadamente (*culpa in educandi*), según lo dispuesto en el artículo 2048 del Código Civil italiano (40).

5. Conclusión

Este análisis lleva a las siguientes conclusiones:

- a) Los embarazos en menores de edad son no deseados y no planificados. Se deben principalmente al acceso temprano a la actividad sexual sin un conocimiento adecuado de los métodos anticonceptivos y de aquellos que se adaptan a la fisiología hormonal femenina (71), incluyendo los métodos naturales más recientes (72) basados en el Anticuerpo Anticonceptivo Humano (HCA) - ZabBio ZB-06 film® (73).
- b) A pesar de las diferentes razones para interrumpir un embarazo, la decisión está ligada a cuatro elementos fundamentales que deben tenerse en cuenta. En primer lugar, es importante destacar la falta de madurez en las menores, relacionada con el desarrollo neurológico, emocional y psicológico. En segundo lugar, aunque las leyes puedan diferir de un país a otro, no se puede obviar la función de la patria potestad y el consentimiento. En tercer lugar, la ausencia del padre del niño concebido, o de sus padres si este es menor de edad, plantea la cuestión del significado y el papel de la responsabilidad en el

¹² En el sistema italiano, existen tres categorías de consentimiento para menores:

- Menores de 13 años: El consentimiento no es válido en ninguna circunstancia. Siempre constituye un delito, incluso si el menor ha dado su consentimiento.
- Menores de 13 años o más: El consentimiento solo es válido si la otra persona tiene entre 13 y 17 años, es decir, si la diferencia de edad no supera los 4 años.
- Menores de 14 años: Pueden dar consentimiento legalmente válido y realizar actos sexuales con personas mayores de edad”.

acto sexual. En cuarto lugar, no deben subestimarse las consecuencias y los riesgos para la salud presente y futura de las niñas, especialmente cuando ponen en peligro su vida o exponen a la menor a daños permanentes en caso de complicaciones graves.

- c) Se pueden presentar dos propuestas para mejorar la protección de los menores. Por un lado, para promover una emancipación razonable, un ejercicio equilibrado de la autonomía y un consentimiento verdaderamente informado sería conveniente recurrir al principio del “paternalismo colaborativo” (74-76). En los casos en que la decisión de abortar no se pretende revocar, el “paternalismo colaborativo” se basa en tres elementos: el discernimiento, que combina la presunción de inmadurez de los menores, el ejercicio de la patria potestad y la consideración del grado de madurez. Por otra parte, es posible acompañar a las niñas que desean continuar con su embarazo. Esto solo es posible bajo dos condiciones: en primer lugar, la sociedad y los gobiernos deben invertir en la creación de estructuras especiales y en la prestación de apoyo financiero a las niñas menores de edad embarazadas. Esto se basa en el principio de subsidiariedad (77, p. 171). Además, es esencial reevaluar el papel del “tercer pilar” (78, p. 436) como las asociaciones y comunidades que surgen de la apatía, el cinismo y la desesperación para proporcionar apoyo económico y emocional a las menores embarazadas y sus familias. Así, a través del bien integral de la persona, se puede realizar el bien común. En segundo lugar, es imperativo obligar al progenitor mediante “una aplicación más estricta de las responsabilidades financieras de los padres varones”, tal y como recomienda la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (79, § 5.4). Esto se basa en el principio de solidaridad/solidaridad (77, pp. 170-171) según el cual las acciones responsables (77, pp. 55-56, 167-168, 418) de cada ser humano, en el caso del acto sexual (77, pp. 418, 427), contribuyen a su propio bien y al de los demás.

Referencias

1. UNFPA. My Body, My Life, My World. A global strategy for adolescents and youth [Internet]. New York: United Nations; 2019 [citado 5 de julio de 2023] Report No.: 3456. Disponible en: <https://www.unfpa.org/youthstrategy>
2. World Health Organization. WHO. Abortion [Internet]. [citado 23 de noviembre de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/health-topics/abortion>
3. Fay KE, Diouf K, Butler SK, Onwuzurike C, Wilkinson BE, Johnson NR, et al. Abortion as Essential Health Care and the Critical Role Your Practice Can Play in Protecting Abortion Access. *Obstet Gynecol* [Internet]. 2022 [citado 25 de febrero de 2025]; 140(5):729–37. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9575566/>
4. Vilain A, Fresson J, Lauden C. La hausse des IVG réalisées hors établissement de santé se poursuit en 2023 [Internet]. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. DREES; 2024 [citado 21 de octubre de 2024] Report 1311. Disponible en: https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/etudes-et-resultats/240924_ER_Nombre_IVG
5. Ministero della Salute. Tabelle IVG 2023 - Relazione del Ministro della salute sulla attuazione della legge contenente norme per la tutela sociale della maternità e per l'interruzione volontaria di gravidanza (legge 194/78) - Dati 2022 [Internet]. 2024 [citado 2 de diciembre de 2024] Disponible en: <https://www.salute.gov.it/portale/donna/dettaglioPubblicazioniDonna.jsp?lingua=italiano&id=3493>
6. United Nations, Economic and Social Council. S-23/3. Further actions and initiatives to implement the Beijing Declaration and Platform for Action [Internet]. United Nations; 2000 [citado 5 de julio de 2023] Report A/RES/S-23/3. Disponible en: <https://www.girlsrightsplatform.org/entity/ukro4u3xwf?page=1&file=1566199784080zpx-cia6gten.pdf>
7. Légifrance [Internet]. [citado 1 de enero de 2022]. Légifrance - Le service public de la diffusion du droit. Disponible en: <https://www.legifrance.gouv.fr/>
8. Loi n° 75-17 du 17 janvier 1975 relative à l'interruption volontaire de la grossesse [Internet]. Disponible en: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT00000700230/>
9. Loi n° 79-1204 du 31 décembre 1979 relative à l'interruption volontaire de la grossesse. JORF du 1 janvier 1980 [Internet]. Disponible en: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000705056>
10. Loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception (1). JORF 0156 2001 [Internet]. Disponible en: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000222631/>
11. Loi n° 2014-873 du 4 août 2014 pour l'égalité réelle entre les femmes et les hommes (1) [Internet]. Disponible en: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000029330832/>
12. Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (1). JORF n°0022 2016 [Internet]. NOR : AFSX1418355L. Disponible en: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000031912641>

13. Loi n° 2022-295 du 2 mars 2022 visant à renforcer le droit à l'avortement (1). JORF n°0052 du 3 mars 2022 [Internet]. Disponible en: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000045287560>
14. Vilain A, Fresson J, Rey S. Interruptions volontaires de grossesse : la baisse des taux de recours se poursuit chez les plus jeunes en 2021 [Internet]. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. DREES; 2022 [citado 20 de abril de 2023] Report 1241. Disponible en: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/etudes-et-resultats/interruptions-volontaires-de-grossesse-la>
15. Vilain A, Fresson J. Le nombre des interruptions volontaires de grossesse augmente en 2022 [Internet]. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. DREES; 2023 [citado 20 de abril de 2023] Report 1281. Disponible en: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/etudes-et-resultats/le-nombre-des-interruptions-volontaires-de>
16. Presidenza del Consiglio dei Ministri. Legge 22 maggio 1978, n. 194 - Norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria di gravidanza [Internet]. Disponible en: https://www.gazzettaufficiale.it/atto/serie_generale/caricaArticolo?art.versione=1&art.idGruppo=3&art.flagTipoArticolo=0&art.codiceReazionale=001G0200&art.idArticolo=19&art.idSottoArticolo=1&art.idSottoArticolo1=10&art.dataPubblicazioneGazzetta=2001-04-26&art.progressivo=0
17. Ministero della Salute. Relazione del Ministro della salute sulla attuazione della legge contenente norme per la tutela sociale della maternità e per l'interruzione volontaria di gravidanza (legge 194/78) - Dati 2022 [Internet]. 2024 [citado 2 de diciembre de 2024] Disponible en: <https://www.salute.gov.it/portale/donna/detta-glioPubblicazioniDonna.jsp?lingua=italiano&id=3493>
18. Loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021 (1) [Internet]. NOR : ECOX2023815. Disponible en: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000042665307>
19. info.gouv.fr [Internet]. 2024 [citado 17 de noviembre de 2024]. IVG, la conquête d'un droit. Disponible en: <https://www.info.gouv.fr/actualite/ivg-la-conquete-dun-droit>
20. Koiwa Y, Shishido E, Horiuchi S. Factors Influencing Abortion Decision-Making of Adolescents and Young Women: A Narrative Scoping Review. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2024 [citado 21 de octubre de 2024]; 21(3). Disponible en: <https://www.mdpi.com/1660-4601/21/3/288>
21. Delotte J, Pillet E, Bafghi A, Boucoiran I, d'Angelo L, Bongain A. Demandes d'IVG des mineures. Étude de leurs motivations et influences menée au CHU de Nice. *Gynécologie Obstétrique Fertil* [Internet]. 2007 [citado 22 de noviembre de 2024]; 35(7):662–5. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1297958907002780>
22. Le Lous M, Coulais C, Boyer L, Denoel S, Leveque J, Nyangoh Timoh K, et al. Who are the minors seeking an abortion for an unplanned pregnancy? A French observational study. *J Gynecol Obstet Hum Reprod* [Internet]. 2019 [citado 22 de noviembre de 2024]; 48(8):643–7. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2468784719300054>

23. Botfield JR, Newman CE, Bateson D, Haire B, Estoesta J, Forster C. Young migrant and refugee people's views on unintended pregnancy and abortion in Sydney. *Health Sociol Rev* [Internet]. 2020 [citado 22 de noviembre de 2024]; 29(2):195–210. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/14461242.2020.1764857>
24. Chiweshe MT, Feters T, Coast E. Whose bodies are they? Conceptualising reproductive violence against adolescents in Ethiopia, Malawi and Zambia. *Agenda* [Internet]. 2021 [citado 22 de noviembre de 2024]; 35(3):12–23. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/10130950.2021.1964220>
25. Griffin S, Melo M de, Picardo JJ, Sheehy G, Madsen E, Matine J. The Role of Gender Norms in Shaping Adolescent Girls' and Young Women's Experiences of Pregnancy and Abortion in Mozambique. *Adolescents* [Internet]. 2023 [citado 22 de noviembre de 2024]; 3(2):343–65. Disponible en: <https://www.mdpi.com/2673-7051/3/2/24>
26. Hoggart L. Moral dilemmas and abortion decision-making: Lessons learnt from abortion research in England and Wales. *Glob Public Health* [Internet]. 2019 [citado 22 de noviembre de 2024]; 14(1):1–8. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/17441692.2018.1474482>
27. Ouedraogo R, Senderowicz L, Ngbichi C. "I wasn't ready": abortion decision-making pathways in Ouagadougou, Burkina Faso. *Int J Public Health* [Internet]. 2020 [citado 22 de noviembre de 2024]; 65(4):477–86. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s00038-020-01359-6>
28. Hanschmidt F, Linde K, Hilbert A, Riedel-Heller SG, Kersting A. Abortion Stigma: A Systematic Review. *Perspect Sex Reprod Health* [Internet]. 2016 [citado 23 de febrero de 2025]; 48(4):169–77. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27037848/>
29. Cockrill K, Nack A. "I'm Not That Type of Person": Managing the Stigma of Having an Abortion. *Deviant Behav* [Internet]. 2013 [citado 18 de enero de 2025]; Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/01639625.2013.800423>
30. Kumar A, Hessini L, Mitchell EMH. Conceptualising abortion stigma. *Cult Health Sex* [Internet]. 2009 [citado 7 de febrero de 2025]; 11(6):625–39. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/13691050902842741>
31. Coleman-Minahan K, Stevenson AJ, Obront E, Hays S. Adolescents Obtaining Abortion Without Parental Consent: Their Reasons and Experiences of Social Support. *Perspect Sex Reprod Health* [Internet]. 2020 [citado 21 de octubre de 2024]; 52(1):15–22. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7155056/>
32. Lagardère-Bechereau L. Étude des facteurs influençant la mineure dans le choix de la méthode d'interruption volontaire de grossesse: étude prospective au Centre Hospitalier Universitaire de Bordeaux [Internet] [Ph Thesis [Bordeaux]: Université Bordeaux-II Université, Victor Segalen; 2014 [citado 21 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01015404/document>
33. Ralph L, Gould H, Baker A, Foster DG. The Role of Parents and Partners in Minors' Decisions to Have an Abortion and Anticipated Coping After Abortion. *J Adolesc Health* [Internet]. 2014 [citado 22 de noviembre de 2024]; 54(4):428–34. Disponible en: [https://www.jahonline.org/article/S1054-139X\(13\)00520-X/fulltext](https://www.jahonline.org/article/S1054-139X(13)00520-X/fulltext)

34. Frederico M, Michielsen K, Arnaldo C, Decat P. Factors Influencing Abortion Decision-Making Processes among Young Women. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2018 [citado 22 de noviembre de 2024]; 15(2):329. Disponible en: <https://www.mdpi.com/1660-4601/15/2/329>
35. Grossesse et Viol [Internet]. Paris: Collectif Féministe Contre le Viol. CFCV; [citado 22 de noviembre de 2024]. Disponible en: <https://lms.fun-mooc.fr/asset-v1:USP-C+37011+session01+type@asset+block@piet.pdf>
36. Flory F, Manouana M, Janky E, Kadhel P. Caractéristiques sociodémographiques et médicales des interruptions volontaires de grossesse des mineures en Guadeloupe. *Gynécologie Obstétrique Fertil* [Internet]. 2014 [citado 22 de noviembre de 2024]; 42(4):240–5. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1297958913001288>
37. Mazuy M, Toulemon L, Baril É. Le nombre d'IVG est stable, mais moins de femmes y ont recours. *Population* [Internet]. 2014 [citado 29 de julio de 2023]; 69(3):365–98. Disponible en: <https://www.cairn.info/revue-population-2014-3-page-365.htm>
38. Moisy M. Les IVG chez les mineures : une prise en charge satisfaisante mais une prévention insuffisante. *Rev Fr Aff Soc* [Internet]. 2011 [citado 21 de octubre de 2024]; (1):162–98. Disponible en: <https://shs.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2011-1-page-162>
39. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG. What is the difference between abortion pills and morning-after pills? [Internet]. 2023 [citado 26 de enero de 2025]. Disponible en: <https://www.acog.org/womens-health/experts-and-stories/ask-acog/what-is-the-difference-between-abortion-pills-and-morning-after-pills>
40. Parlamento Italiano. Regio Decreto 16 marzo 1942, n. 262. Approvazione del testo del Codice civile [Internet]. Disponible en: https://www.gazzettaufficiale.it/atto/serie_generale/caricaDettaglioAtto/originario?atto.dataPubblicazioneGazzetta=1942-04-04&atto.codiceRedazionale=042U0262
41. Ministère de la Justice [Internet]. 2022 [citado 8 de febrero de 2025]. La justice pénale des mineurs. Disponible en: <https://www.justice.gouv.fr/justice-france/justice-mineurs/justice-penale-mineurs>
42. Parlamento Italiano. Regio Decreto 19 ottobre 1930, n. 1398 Approvazione del testo definitivo del Codice Penale [Internet]. Disponible en: <https://www.gazzettaufficiale.it/dettaglio/codici/codicePenale>
43. Comitato Nazionale per la Bioetica. Violenze, media e minori [Internet]. Roma: Presidenza del consiglio dei ministri dipartimento per l'informazione e l'editoria; 2001 [citado 27 de enero de 2025]. Disponible en: <https://bioetica.governo.it/it/documenti/pareri/violenze-media-e-minori/>
44. Ministero della Salute. Linee guida del Ministero della Sanità per l'esecuzione di procedure di tatuaggio e piercing in condizioni di sicurezza [Internet]. 1998 [citado 12 de febrero de 2025]. Disponible en: <https://www.epicentro.iss.it/tatuaggi/normativa>
45. Dalloz [Internet]. 2021 [citado 24 de febrero de 2025]. Interruption volontaire de grossesse - Fiches d'orientation. Disponible en: <https://www.dalloz.fr/documenta-tion/Document?id=DZ%2FOASIS%2F000556>

46. Torrisi C, Visconti E, Ferrario G. Aborto a ostacoli. Come le politiche di deterrenza minacciano l'accesso all'interruzione volontaria di gravidanza in Italia [Internet]. Roma: Medici del Mondo Italia; 2024 [citado 24 de febrero de 2025] Disponible en: https://back-medicidelmondo-it.webpkgcache.com/doc/-/s/back-medicidelmondo.it/uploads/2024/09/MDM_Report_DIGITAL_2024-1.pdf
47. Federazione Nazionale Ordini Medici Chirurghi e Odontoiatri. Commentario al Codice di Deontologia Medica [Internet]. 2014 [citado 16 de febrero de 2025] Disponible en: https://www.omceo.me.it/ordine/cod_deo/commentario.pdf
48. Giuramento di Ippocrate [Internet]. [citado 16 de febrero de 2025] Disponible en: <https://www.ordinemedct.it/wp-content/uploads/2015/02/Ippocrate.pdf>
49. Ordre des Médecins. Conseil National de l'Ordre des Médecins. 2019 [citado 24 de febrero de 2025]. Le serment d'Hippocrate - Version 2012. Disponible en: <https://www.conseil-national.medecin.fr/medecin/devoirs-droits/serment-dhippocrate>
50. Initiative citoyenne européenne [Internet]. 2024 [citado 24 de febrero de 2025]. My Voice, My Choice: Pour un avortement sans danger et accessible. Disponible en: https://citizens-initiative.europa.eu/initiatives/details/2024/000004_fr
51. Proposition de loi constitutionnelle visant à protéger le droit à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception, 378 [Internet]. 2022. Disponible en: https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/16/textes/116b0378_proposition-loi
52. Podeur A, Assouline B, Butor L, Deldossi V, Dubois J, Fouché V, et al. Circulaire n° DHOS/F4/2009/319 du 19 octobre 2009 relative aux règles de facturation des soins dispensés dans les établissements de santé - APHP DAJDP [Internet]. Ministère de la santé et des sports; 2009 Oct [citado 24 de julio de 2023]. (Bulletin Officiel 09/11 - 15 Décembre 2009). Disponible en: <https://sante.gouv.fr/ministere/documentation-et-publications-officielles/bulletins-officiels-et-documents-opposables/article/bulletins-officiels-sante-protection-sociale-solidarite-2009>
53. Parlamento Italiano. Legge 22 dicembre 2017 n. 2019 - Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento [Internet]. Disponible en: <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2018/1/16/18G00006/sg>
54. Council of Europe. Convention for the protection of Human Rights and Dignity of the Human Being with regard to the Application of Biology and Medicine: Convention on Human Rights and Biomedicine [Internet]. ETS 164, 1997. Disponible en: <https://www.coe.int/en/web/conventions/full-list?module=treaty-detail&treaty-num=164>
55. Cass. 1re civ. 26 mai 2011, 10-15.550 [Internet]. Disponible en: <https://www.legifrance.gouv.fr/juri/id/JURITEXT000024085512>
56. Ministero della Salute. Sangue e trasfusioni - Quadro normativo [Internet]. 2005 [citado 23 de febrero de 2025]. Disponible en: https://www.pnrr.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=2933&area=sangueTrasfusioni&menu=-trasfusionale
57. Giammatteo J, Cherra FP, Postorino M, Marsella LT. Autodeterminazione e responsabilità sanitaria: le trasfusioni di sangue nei pazienti Testimoni di Geova. Prat Medica Aspetti Leg [Internet]. 2017 [citado 23 de febrero de 2025]; 11(2). Disponible en: <https://journals.seedmedicalpublishers.com/index.php/PMeAL/article/view/1296>

- 1158 Medicina y Ética - Julio-Septiembre 2025 - Vol. 36 - Núm. 3
<https://doi.org/10.36105/mve.2025v36n3.06>

70. Höller D. Consenso ad atti sessuali [Internet]. Bolzano: Garante per l'infanzia e l'adolescenza; 2024 May [citado 24 de febrero de 2025] p. 2. Disponible en: <https://www.garanteinfanzia-adolescenza-bz.org/it/opuscoli.asp>
71. Badr M. Towards a new classification of contraceptive methods for a better sustainable development. A global bioethical approach. Med Ética [Internet]. 2025 [citado 10 de abril de 2025]; 36(2):665–92. Disponible en: <https://revistas.anahuac.mx/index.php/bioetica/article/view/2831>
72. Nelson AL. Questioning accepted knowledge, can it help reduce unintended pregnancy? Fertil Steril [Internet]. 2025 [citado 24 de febrero de 2025]; 123(3):403. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39756635/>
73. Thurman AR, Moench TR, Hoke M, Politch JA, Cabral H, Mausser E. ZB-06, a vaginal film containing an engineered human contraceptive antibody (HC4-N), demonstrates safety and efficacy in a phase 1 postcoital test and safety study. Am J Obstet Gynecol [Internet]. 2023 [citado 24 de febrero de 2025]; 228(6):716.e1-716.e12. Disponible en: [https://www.ajog.org/article/S0002-9378\(23\)00139-4/fulltext](https://www.ajog.org/article/S0002-9378(23)00139-4/fulltext)
74. Piker A. Balancing Liberation and Protection: A Moderate Approach to Adolescent Health Care Decision-Making. Bioethics [Internet]. 2011 [citado 3 de noviembre de 2023]; 25(4):202–8. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1467-8519.2009.01754.x>
75. Partridge B. Adolescent Pediatric Decision-Making: A Critical Reconsideration in the Light of the Data. HEC Forum [Internet]. 2014 [citado 3 de noviembre de 2023]; 26(4):299–308. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25194336/#:~:text=The%20data%20available%20indicate%20that,the%20guidance%20of%20their%20parents>
76. Rodríguez-Domínguez FJ, Osuna-García T, Guillén A, Pérez-Cárceles MD, Osuna E. Involvement and Autonomy of Minors in Medical Settings: Perceptions of Children Undergoing Surgery and Parents. Children [Internet]. 2023 [citado 25 de febrero de 2025]; 10(12):1844. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10742034/>
77. Sgreccia E. Manuel de bioéthique, Volume 1 : Les fondements et l'éthique biomédicale. Paris: Mame - Edifa; 2004.
78. Rajan RG, Vegetti M. Il terzo pilastro. La comunità dimenticata da stato e mercati. Milano: Università Bocconi Editore; 2019.
79. United Nations. ICPD Programme Action [Internet]. <https://www.unfpa.org/icpd-re-design>. UNFPA; 2014 [citado 1 de enero de 20220]. Disponible en: <https://www.unfpa.org/icpd-re-design>