

Departament de Geografia / Centre d'Estudis Demogràfics

Universitat Autònoma de Barcelona

TESI DOCTORAL

**LÒGIQUES SOCIALS I DECISIONS INDIVIDUALS DE LA  
INTERRUPCIÓ VOLUNTÀRIA DE L'EMBARÀS: ESPANYA A TRAVÉS  
D'UNA PERSPECTIVA COMPARADA**

Laia Ferrer Serret

Directora: Montse Solsona i Pairó

Novembre, 2012



## **Agraïments**

Vull agrair al Centre d'Estudis Demogràfics (CED) i en especial a la seva directora la doctora Anna Cabré l'oportunitat de dur a terme el doctorat de Demografia en un context acadèmic i professional tan estimulant. El Programa d'Estudis en Mètodes i Tècniques en l'Estudi de la Població va ser la meva porta d'entrada a l'especialització a la Demografia i al seu Doctorat. Tot i que durant la darrera etapa de la tesi doctoral no he estat presencialment al CED, ha estat el meu marc de referència en tot moment.

D'altra banda, la meva tesi doctoral no seria la que és sense el paper de la meva directora, la doctora Montse Solsona. Primerament, va saber despertar el meu interès pels estudis de gènere i sobre salut sexual i reproductiva, a continuació, va ser la meva guia durant la redacció de la memòria de recerca i, posteriorment, de la tesi doctoral. Ha estat molt gratificant poder dedicar aquests anys de vida acadèmica a un tema que m'interessa personalment, i que he estat capaç de concretar en un tema de recerca, i estar acompanyada d'algú que s'hi sentia tan atreta. La Montse Solsona em va permetre endinsar-me en el tema i en els moments que semblava que la tesi doctoral entrava en un punt mort, ha tingut l'habilitat de captar la meva atenció. La meva relació amb ella ha estat de creixement acadèmic, però també personal.

La Montse Solsona, també, m'ha aproximat a persones que m'han acompanyat en diferents moments de la tesi, i pel camí n'he conegut d'altres. Participo de sessions personalitzades engrescadores sobre metodologia qualitativa de la mà de la Cristina Brullet, discuteixo sobre salut sexual i reproductiva i embaràs amb l'Imma i la Rosa Ros del CJAS. Acompanyo i m'acompanya el suport del GIE i les hores de feina amb la Adriana Zumarán del mateix grup, comparteixo la mirada crítica amb el sistema de salut de l'Oriol Ramis i rebo, encantada, una lliçó quan escolto les preguntes suggerents de la Daba. Vull agrair la participació de la Gemma, sociòloga, en la realització d'un dels grups de discussió que presento en aquesta tesi i l'atenció rebuda per part de tots els professionals de la salut sexual i reproductiva de Bèlgica, França i Espanya que han estat els meus informants clau.

El CED no és tan sols important com a marc institucional de la meva tesi doctoral, també les persones que m'hi he trobat ho són. Vull agrair, especialment, els consells estadístics d'en Joan i el poder començar a preparar junts La Base de Dades. Vull agrair-li a ell i al Marc, els retocs, la presència i l'interès amb la comunicació que preparava per la darrera EAPS i, també, la seva bona predisposició a perdre el Nord. També les complicitats amb l'Anna, la Xiana, la Brenda, la Marta i el John i estones de lleure amb en Toni, els Albert's, el Jordi, la Joana, l'Ainoha, el Tim,... però no voldria oblidar-me d'altres moments compartits amb totes les persones amb qui he coincidit al CED i amb qui es creen afinitats per trobar-te en un terreny comú.

Ha passat força temps des de l'inici de la tesi i en aquest camí, també ha estat molt important l'experiència professional i personal al CEEISCAT. He après epidemiologia de la mà de la Cinta Folch i a través dels seus consells i expertesa he pogut millorar aspectes de la tesi, també m'han ajudat les respostes estadístiques de l'Alex, l'assessorament bibliogràfic de la Laia la psicologia i retocs a l'hora de maquetar de l'Esteve, l'anglès cartesià del Colin, així com, molt a les beceroles de la versió final de la tesi, els coneixements i l'experiència analítica del Xavier Vallès. No menys important ha estat el suport incondicional de l'Anne Gallois i la insistència sorneguera del Rafa. La flexibilitat

horària al final del recorregut per part del director del Centre, el doctor Jordi Casabona, també ha estat un gest que voldria agrair.

Quan s'aproxima el final del recorregut, tot pren més intensitat. La comprensió i el confort de la família i dels amics propers que no tenien perquè entendre el nivell de dedicació dels darrers mesos ha estat com una alè d'aire fresc en l'embranchida final de la tesi. Gràcies Imma, Irene, Eva per les converses que em connectaven amb el món exterior, gràcies per l'espera i per acceptar retardar la nostra propera trobada. Andrés, han estat molt valuoses les teves aportacions i els teus consells en l'etapa més intensiva de la tesi i estimulant la teva presència, proximitat i serena complicitat.

---

*ÍNDIX GENERAL*

---

INTRODUCCIÓ .....	1
CAPÍTOL 1. LA INTERRUPCIÓ VOLUNTÀRIA DE L'EMBARÀS. ANTECEDENTS.....	11
CAPÍTOL 2. MARC TEÒRIC I EXPLICATIU PER A L'ESTUDI DE LA INTERRUPCIÓ VOLUNTÀRIA DE L'EMBARÀS .....	29
CAPÍTOL 3. FONTS DE DADES I METODOLOGIA PER A L'ESTUDI DE LA INTERRUPCIÓ VOLUNTÀRIA DE L'EMBARÀS .....	51
CAPÍTOL 4. LA INTERRUPCIÓ VOLUNTÀRIA DE L'EMBARÀS. INTENSITAT, CARACTERÍSTIQUES I PERFIL DE LES DONES QUE AVORTEN.....	79
CAPÍTOL 5. LÒGIQUES SOCIALS DE LA INTERRUPCIÓ VOLUNTÀRIA DE L'EMBARÀS. ELS OBJECTIUS PÚBLICS .....	129
CAPÍTOL 6. EL PROCÉS INDIVIDUAL DE LA INTERRUPCIÓ VOLUNTÀRIA DE L'EMBARÀS. L'EXPERIÈNCIA DE LES DONES DE 25-34 ANYS.....	193
CAPÍTOL 7. CONCLUSIONS .....	265
MENTION EUROPÉENNE.....	279
1. INTRODUCTION .....	279
2. CONCLUSIONS.....	286
BIBLIOGRAFIA.....	301
ANNEXOS.....	317

ÍNDIX DETALLAT

<b>INTRODUCCIÓ</b> .....	<b>1</b>
1. ANTECEDENTS I OBJECTE D'ESTUDI .....	1
2. OBJECTIUS I HIPÒTESIS .....	8
3. ORGANITZACIÓ I CONTINGUT DE LA TESI.....	9
<b>CAPÍTOL 1. LA INTERRUPCIÓ VOLUNTÀRIA DE L'EMBARÀS. ANTECEDENTS</b> .....	<b>11</b>
1.1. LA IVE EN EL MARC DE LA SALUT I ELS DRETS SEXUALS I REPRODUCTIUS.....	11
<b>1.1.1. L'aparició del concepte de salut sexual i reproductiva. La Conferència Internacional de Població i Desenvolupament del Caire</b> .....	<b>12</b>
<b>1.1.2. La IVE en condicions segures, pedra de toc dels drets sexuals i reproductius</b> .....	<b>13</b>
<b>1.1.3. Avenços i estancaments de la salut i els drets sexuals i reproductius des del Caire</b> .....	<b>15</b>
<b>1.1.4. L'especificitat europea en matèria de salut sexual i reproductiva i IVE</b> .....	<b>19</b>
<b>1.1.5. La liberalització de les legislacions sobre la IVE al món</b> .....	<b>22</b>
1.2. L'ESTAT DE LA QÜESTIÓ DE L'ESTUDI DELS FACTORS EXPLICATIUS DE LA IVE .....	25
<b>1.2.1. Factors explicatius dels nivells d'IVE</b> .....	<b>25</b>
<b>1.2.2. Factors explicatius del procés individual de la IVE</b> .....	<b>27</b>
<b>CAPÍTOL 2. MARC TEÒRIC I EXPLICATIU PER A L'ESTUDI DE LA INTERRUPCIÓ VOLUNTÀRIA DE L'EMBARÀS</b> .....	<b>29</b>
2.1. DE LA PLANIFICACIÓ DE L'EMBARÀS A L'EMBARÀS DESITJAT. EL PAPER DE LA IVE EN UNA SOCIETAT EN TRANSFORMACIÓ .....	29
<b>2.1.1. La planificació de l'embaràs en una societat amb baixa fecunditat i maternitat tardana. Aportacions de la demografia</b> .....	<b>29</b>
a) <i>La revolució de gènere. Cap a una maternitat tardana</i> .....	30
b) <i>La revolució anticonceptiva. Cap a l'embaràs planificat</i> .....	36
c) <i>La revolució sexual. Cap a la dissociació de la sexualitat i la reproducció</i> .....	37
<b>2.1.2. L'arribada d'un embaràs no desitjat i el paper de la IVE en un context on la maternitat és una opció. Aportacions de la demografia social i de la sociologia.</b> .....	<b>39</b>
a) <i>El pes de la norma social de la maternitat. La dona a cavall d'aspiracions contraposades</i> .....	39
b) <i>La norma anticonceptiva i l'embaràs no desitjat</i> .....	40
c) <i>La conducta sexual de risc. Les dificultats de gestionar la sexualitat</i> .....	43
d) <i>El paper de la IVE en una societat en transformació</i> .....	46
2.2. LA IVE, DARRER ESGLAÓ D'UN PROCÉS DE PRESA DE DECISIONS. UN MARC EXPLICATIU DE L'AVORTAMENT VOLUNTARI. ....	47
<b>2.2.1. El procés individual de la IVE</b> .....	<b>48</b>
a) <i>La sexualitat</i> .....	48
b) <i>L'anticoncepció</i> .....	48
c) <i>L'embaràs no desitjat</i> .....	49
d) <i>La decisió d'IVE</i> .....	49
e) <i>L'accés al sistema sanitari</i> .....	49

<b>2.2.2. Lògiques socials que afecten el procés individual de la IVE</b> .....	49
<b>CAPÍTOL 3. FONTS DE DADES I METODOLOGIA PER A L'ESTUDI DE LA INTERRUPCIÓ VOLUNTÀRIA DE L'EMBARÀS</b> .....	<b>51</b>
3.1. LA INCIDÈNCIA, CARACTERÍSTIQUES DE LA INTERUPCIÓ VOLUNTÀRIA DE L'EMBARÀS I EL PERFIL DE LA DONA QUE AVORTA.....	52
<b>3.1.1. Fonts de dades estadístiques.</b> .....	52
a) <i>El Registre d'Interrupcions Voluntàries de l'Embaràs i fonts complementàries</i> .....	52
<b>3.1.2. Indicadors, mètodes d'anàlisi i decisions metodològiques.</b> .....	59
a) <i>Indicadors demogràfics transversals</i> .....	59
b) <i>Anàlisi descriptiva de les característiques de la IVE i del perfil de les dones que avorten.</i> .....	61
c) <i>Anàlisi multivariant del perfil de la dona que avorta</i> .....	62
3.2. L'ESTUDI DEL SISTEMA DE SALUT SEXUAL I REPRODUCTIVA.....	63
<b>3.2.1. Revisió de la literatura gris i aportacions d'informants clau</b> .....	64
3.3. L'ANÀLISI DEL PROCÉS INDIVIDUAL DE LA IVE .....	65
<b>3.3.1. L'entrevista semiestructurada en profunditat</b> .....	65
a) <i>Univers i mostra de l'estudi</i> .....	66
b) <i>El guió i procediments de l'entrevista</i> .....	72
c) <i>Tipus d'anàlisi</i> .....	74
<b>3.3.2. Els grups de discussió</b> .....	75
a) <i>Participants</i> .....	75
b) <i>Guió i procediment de les sessions</i> .....	77
c) <i>Tipus d'anàlisi</i> .....	77
<b>CAPÍTOL 4. LA INTERRUPCIÓ VOLUNTÀRIA DE L'EMBARÀS. INTENSITAT, CARACTERÍSTIQUES I PERFIL DE LES DONES QUE AVORTEN</b> .....	<b>79</b>
4.1. ESPANYA EN EL CONTEXT EUROPEU ENTRE 1998-2008 .....	79
4.2. EVOLUCIÓ DE LA IVE A ESPANYA ENTRE 1998 I 2008 .....	86
<b>4.2.1. L'augment de la intensitat de la interrupció voluntària de l'embaràs</b> ....	86
<b>4.2.2. Es consolida un patró jove a la IVE</b> .....	89
<b>4.2.4. Factors explicatius de la intensitat de la IVE a Espanya</b> .....	101
a) <i>El rol de la immigració en la incidència de la IVE</i> .....	101
b) <i>La IVE, una opció alternativa a una errada anticonceptiva</i> .....	104
4.3. LES CARACTERÍSTIQUES DE LA IVE I EL PERFIL DE LES DONES QUE INTERROMPEN L'EMBARÀS A ESPANYA L'ANY 2008.....	105
<b>4.3.1. Anàlisi descriptiva de les característiques de la IVE i el perfil de les dones que avorten</b> .....	105
a) <i>Característiques sociodemogràfiques de les dones que interrompen l'embaràs</i> .....	106
b) <i>Història reproductiva i característiques de l'embaràs actual de les dones que avorten</i> 110	
c) <i>Característiques medicosanitàries de la pràctica de la IVE</i> .....	113
d) <i>Comparació de les característiques de la IVE segons l'origen de la dona</i> .....	115
<b>4.3.2. Anàlisi multivariant del perfil de les dones que avorten a Espanya</b> .....	118

4.4. RECAPITULANT: LA SITUACIÓ DE LA IVE A ESPANYA I LA POSICIÓ DE LES DONES D'ENTRE 25-34 ANYS.....	126
<b>CAPÍTOL 5. LÒGIQUES SOCIALS DE LA INTERRUPCIÓ VOLUNTÀRIA DE L'EMBARÀS. ELS OBJECTIUS PÚBLICS .....</b>	<b>129</b>
5.1. LA IVE EN EL MARC DE LA SALUT I ELS DRETS SEXUALS I REPRODUCTIUS A ESPANYA.....	129
<b>5.1.1. Actors i lluites pels drets sexuals i reproductius.....</b>	<b>130</b>
<b>5.1.2. El marc legislatiu de la IVE .....</b>	<b>136</b>
a) <i>Un apunt sobre la Llei Orgànica que entra en vigor el 2010 .....</i>	140
<b>5.1.3. Els serveis i l'atenció a la salut sexual i reproductiva .....</b>	<b>140</b>
a) <i>Prevenió d'embarassos no desitjats.....</i>	141
b) <i>L'arribada d'un embaràs no desitjat: l'oferta de serveis d'IVE .....</i>	153
5.2. SEMBLANCES I DIFERÈNCIES DEL SISTEMA DE SALUT SEXUAL I REPRODUCTIVA A ESPANYA, BÈLGICA I FRANÇA. ALGUNS APRESENTATGES .....	160
<b>5.2.1. Lluites pel dret a la IVE. Recorreguts que conflueixen i divergeixen en els tres països.....</b>	<b>161</b>
<b>5.2.2. Tres països, tres marcs legals de la IVE.....</b>	<b>164</b>
<b>5.2.3. Diferències del sistema d'enregistrament de la IVE als tres països.....</b>	<b>166</b>
a) <i>El Registre d'IVE, indicador de l'interès que genera l'avortament i de la seva normalització.....</i>	166
b) <i>Fiabilitat dels registres d'IVE.....</i>	167
<b>5.2.4. L'atenció a la salut sexual i reproductiva als tres països.....</b>	<b>170</b>
a) <i>Els serveis d'atenció a la salut sexual i reproductiva.....</i>	170
b) <i>L'educació afectivosexual .....</i>	171
c) <i>La cobertura anticonceptiva .....</i>	172
<b>5.2.5. Els serveis d'atenció a la IVE .....</b>	<b>173</b>
a) <i>Tipus de centres i característiques de l'atenció .....</i>	174
b) <i>Obstacles als centres públics i distribució de la IVE en el territori .....</i>	178
c) <i>El finançament de la IVE.....</i>	180
<b>5.2.6. Nivells d'IVE diferents i perfils de dones que avorten similars a Bèlgica, França i Espanya .....</b>	<b>181</b>
5.3. RECAPITULANT: LES LIMITACIONS DEL PODER EXPLICATIU DE LES LÒGIQUES SOCIALS .....	187
<b>CAPÍTOL 6. EL PROCÉS INDIVIDUAL DE LA INTERRUPCIÓ VOLUNTÀRIA DE L'EMBARÀS. L'EXPERIÈNCIA DE LES DONES DE 25-34 ANYS .....</b>	<b>193</b>
6.1. DE LA PRÀCTICA SEXUAL A LA RESOLUCIÓ DE L'EMBARÀS. ELS FACTORS ESTRUCTURANTS DE LES DECISIONS .....	194
<b>6.1.1. La sexualitat i la pràctica anticonceptiva. Una gestió difícil .....</b>	<b>195</b>
a) <i>La responsabilitat de protegir-se d'un embaràs .....</i>	195
b) <i>L'accés a la informació i als mètodes anticonceptius. El paper del sistema sanitari i del professional .....</i>	196
c) <i>La norma social de l'anticoncepció.....</i>	199



d) Raons d'ús i la pràctica quotidiana .....	201
<b>6.1.2. L'embaràs.</b> .....	<b>211</b>
a) La planificació de l'embaràs. El moment ideal a l'embaràs .....	211
b) L'embaràs no desitjat .....	216
c) L'arribada d'un embaràs (no desitjat) i la decisió de continuar la gestació .....	220
<b>6.1.3. La decisió d'IVE</b> .....	<b>224</b>
6.2. EL SENTIT DE LA DECISIÓ D'IVE .....	230
<b>6.2.1. La dificultat de gestionar la sexualitat i l'anticoncepció quotidianament</b> .....	<b>230</b>
a) Moments de vulnerabilitat en la trajectòria sexual i de parella .....	231
b) La no consciència de risc .....	233
c) El joc amb el risc .....	233
d) L'oportunitat que ofereix una errada anticonceptiva .....	233
<b>6.2.2. La IVE per dur la maternitat al "bon moment"</b> .....	<b>235</b>
a) El context de parella i el projecte parental, els factors més estructurants de la decisió ... .....	235
b) La manca d'una xarxa social de suport a la maternitat. ....	239
c) Quan la situació econòmica apareix com el factor amb més pes a la decisió .....	240
d) Complir unes aspiracions i consolidar una situació personal .....	243
e) Quan no hi ha projecte de maternitat en el mig termini .....	244
6.3. L'EXPERIÈNCIA DE LA DONA QUAN ACCEDEIX AL SISTEMA SANITARI.....	245
a) L'atenció d'una dona ambivalent.....	245
b) El circuit i l'atenció que rep la dona quan vol interrompre l'embaràs .....	246
c) L'acollida a la clínica que practicarà la IVE .....	248
d) L'actitud de la dona envers el sistema d'atenció a la IVE .....	249
6.4. TRES DIMENSIONS CLAU DEL PROCÉS DE LA IVE .....	251
<b>6.4.1. Les connotacions de la maternitat per a les dones d'entre 25-34 anys. Una dimensió complexa</b> .....	<b>252</b>
<b>6.4.2. Les ambivalències a la maternitat i a l'embaràs. Un continuum entre el naixement i la IVE</b> .....	<b>254</b>
<b>6.4.3. El rol de la parella en el procés de decisió de la maternitat o de la IVE</b>	<b>257</b>
6.5. RECAPITULANT: LA DECISIÓ D'AVORTAR I L'EXPERIÈNCIA VISCUDA PER LES DONES DE 25-34 ANYS .....	261
<b>CAPÍTOL 7. CONCLUSIONS</b> .....	<b>265</b>
7.1. LA IVE NO DISMINUEIX A ESPANYA .....	265
7.2. LES LIMITACIONS DELS OBJECTIUS PUBLICS EN FER DISIMINUIR LA IVE .....	266
7.3. LES DECISIONS PRIVADES I PERQUÈ LA IVE NO DISMINUEIX .....	268
7.4. NOTES FINALS SOBRE EL CONCEPTE D'EMBARÀS NO DESITJAT .....	273
7.5. PER TANCAR EL CERCLE. L'EXPERIÈNCIA DE LA DONA EN CONTACTE AMB ELS SERVEIS D'ATENCIÓ A LA SALUT SEXUAL I REPRODUCTIVA .....	275
<b>MENTION EUROPÉENNE</b> .....	<b>279</b>
<b>1. INTRODUCTION</b> .....	<b>279</b>

1.1. ANTECEDENTS ET OBJECTIF DE L'ÉTUDE.....	279
1.2. OBJECTIFS ET HYPOTHESES .....	284
<b>2. CONCLUSIONS .....</b>	<b>286</b>
2.1. L'INTERRUPTION VOLONTAIRE DE LA GROSSESSE NE DIMINUE PAS EN ESPAGNE.....	286
2.2. LES LIMITATIONS DES OBJECTIFS PUBLICS POUR FAIRE DIMINUER L'IVG .....	288
2.3. LES DECISIONS PRIVEES ET POURQUOI IVG NE DIMINUE PAS .....	289
2.4. NOTES SUR LE CONCEPT DE GROSSESSE NON DESIREE .....	295
2.5. POUR FERMER LE CERCLE. L'EXPERIENCE DE LA FEMME EN CONTACT AVEC LES SERVICES DE PREVENTION DE GROSSESSES ET D'ACCES A UNE IVG .....	296
<b>BIBLIOGRAFIA .....</b>	<b>301</b>
<b>ANNEXOS .....</b>	<b>317</b>
ANNEX 1. INDICADORS D'IVE I DE FECUNDITAT A ESPANYA. 1998-2008 .....	317
ANNEX 2. PATRONS REGIONALS DE LA IVE A ESPANYA. 1998-2008 .....	326
ANNEX 3. GUIÓ DE L'ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA EN PROFUNDITAT .....	346
ANNEX 4. GUIONS DELS GRUPS DE DISCUSSIÓ .....	349
ANNEX 5. INDICADORS D'IVE A BÈLGICA I FRANÇA. 1993-2003 .....	354

## ÍNDEX DE TAULES

TAULA 1. CARACTERÍSTIQUES SOCIODEMOGRÀFIQUES I REPRODUCTIVES DE LES DONES ENTREVISTADES	69
TAULA 2 . PERFIL DE LES PARTICIPANTS EN EL GRUP DE DISCUSSIÓ 1. ....	76
TAULA 3. PERFIL DE LES PARTICIPANTS EN EL GRUP DE DISCUSSIÓ 2. ....	76
TAULA 4 PERFIL DE LES PARTICIPANTS EN EL GRUP DE DISCUSSIÓ 3. ....	77
TAULA 5. XIFRES ABSOLUTES I INDICADORS D'INTENSITAT DE LA IVE, FECUNDITAT I EMBARÀS. ESPANYA, 1998-2008.....	87
TAULA 6. EVOLUCIÓ DE LES TAXES ESPECÍFIQUES DE FECUNDITAT (‰), D'EMBARÀS (‰), D'AVORTAMENT (‰) I DE LA PROPORCIÓ D'INTERRUPCIIONS VOLUNTÀRIES DE L'EMBARÀS PER EDATS. ESPANYA, 1998-2008.....	93
TAULA 7. PROPORCIIONS D'EMBARASSOS QUE ES RESOLEN AMB UN AVORTAMENT PER GRUPS D'EDAT SEGONS COMUNITATS AUTÒNOMES. ESPANYA, 2008. ....	100
TAULA 8. CARACTERÍSTIQUES SOCIODEMOGRÀFIQUES DE LES DONES QUE INTERROMPEN L'EMBARÀS, TOTAL I PER GRUPS D'EDAT. ESPANYA, 2008.....	107
TAULA 9. HISTÒRIA REPRODUCTIVA I CARACTERÍSTIQUES DE L'EMBARÀS ACTUAL DE LES DONES QUE INTERROMPEN L'EMBARÀS, TOTAL I PER EDATS. ESPANYA, 2008°.....	112
TAULA 10. CARACTERÍSTIQUES MEDICOSANITÀRIES DE LA PRÀCTICA. TOTAL I PER EDAT DE LA DONA. ESPANYA, 2008.....	114
TAULA 11. CARACTERÍSTIQUES DE LES IVE SEGONS LLOC DE NAIXEMENT DE LA DONA QUE AVORTA. ESPANYA, 2008.....	116
TAULA 12. CARACTERÍSTIQUES SOCIODEMOGRÀFIQUES I SOBRE LA HISTÒRIA REPRODUCTIVA DE LES DONES EMBARASSADES. ESPANYA, 2008 (N=627.059).....	119
TAULA 13. ANÀLISI UNIVARIANT DELS DETERMINANTS DE LA IVE EN EL TOTAL DE DONES EMBARASSADES. TOTAL I PER GRUPS D'EDAT. ESPANYA, 2008*.....	121
TAULA 14. DETERMINANTS SOCIODEMOGRÀFICS I REPRODUCTIUS DE LA DECISIÓ D'AVORTAR SEGONS EL GRUP D'EDAT DE LA DONA. ESPANYA, 2008. MODELS DE REGRESSIÓ LOGÍSTICA ESTRATIFICATS PER EDAT (ODDS RATIO AJUSTATS I INTERVAL DE CONFIANÇA AL 95%)†.....	125
TAULA 15. MÈTODES ANTICONCEPTIUS USATS ENTRE LES DONES ACTIVES SEXUALMENT EL DARRER MES QUE HAN UTILITZAT ALGUN MÈTODE. ESPANYA, 2006.....	149
TAULA 16. PROPORCIÓ D'USUÀRIES D'UN MÈTODE ANTICONCEPTIU SEGONS EFICÀCIA I SEGONS EDAT DE LA DONA. ESPANYA, 2006. ....	150
TAULA 17 . DISTRIBUCIÓ D'IVE SEGONS LA TITULARITAT DEL CENTRE. ESPANYA, 2008.....	157
TAULA 18. MÈTODE ANTICONCEPTIU HABITUAL DE LES DONES ENTREVISTADES.....	200
TAULA 19. RELACIÓ DE PARELLA EN EL MOMENT DE L'ARRIBADA DE L'EMBARÀS.....	257

## ÍNDEX DE GRÀFIQUES

GRÀFICA 1. EDAT MITJANA AL PRIMER FILL I A LA MATERNITAT. ESPANYA 1996-2010.....	32
GRÀFICA 2. ÍNDEX SINTÈTIC D'AVORTAMENT. EUROPA, 1998.....	80
GRÀFICA 3. ÍNDEX SINTÈTIC D'AVORTAMENT. EUROPA, 2008.....	81
GRÀFICA 4. PROPORCIÓ D'EMBARASSOS QUE ES RESOLEN AMB UNA INTERRUPCIÓ VOLUNTÀRIA DE L'EMBARÀS. EUROPA, 1998.....	82
GRÀFICA 5. PROPORCIÓ D'EMBARASSOS QUE ES RESOLEN AMB UNA INTERRUPCIÓ VOLUNTÀRIA DE L'EMBARÀS. EUROPA 2008.....	83
GRÀFICA 6. TAXES ESPECÍFIQUES D'AVORTAMENT PER EDAT (‰). DONES DE 15-49 ANYS. EUROPA 1998.....	84

GRÀFICA 7. TAXES ESPECÍFIQUES D'AVORTAMENT PER EDAT (‰). DONES DE 15-49 ANYS. EUROPA, 2008.....	85
GRÀFICA 8. RELACIÓ DE L'ÍNDIX SINTÈTIC D'AVORTAMENT (ISA) I DE FECUNDITAT (ISF). ESPANYA 1998-2008.....	88
GRÀFICA 9. EVOLUCIÓ DE LES TAXES ESPECÍFIQUES D'AVORTAMENT PER EDAT (‰). ESPANYA, 1998-2008.....	90
GRÀFICA 10. TAXES ESPECÍFIQUES DE FECUNDITAT PER EDAT (‰). ESPANYA, 1998-2008.....	91
GRÀFICA 11. PROPORCIÓ D'INTERRUPCIONS VOLUNTÀRIES DE L'EMBARÀS PER EDAT. DONES DE 15-49 ANYS. ESPANYA, 1998-2008.....	92
GRÀFICA 12. ÍNDIX SINTÈTIC D'AVORTAMENT PEL CONJUNT D'ESPANYA I PER COMUNITATS AUTÒNOMES. 2008.....	95
GRÀFICA 13. PROPORCIÓ D'EMBARASSOS QUE ES RESOLEN AMB UN AVORTAMENT NACIONAL I PER COMUNITATS AUTÒNOMES. ESPANYA, 2008.....	96
GRÀFICA 14. TAXES D'AVORTAMENT ESPECÍFIQUES PER GRUPS D'EDAT SEGONS LLOC DE NAIXEMENT DE LA DONA (‰)*. ESPANYA, 2008.....	102
GRÀFICA 15. TAXES D'AVORTAMENT ESPECÍFIQUES PER EDAT SEGONS REGIÓ D'ORIGEN(‰). ESPANYA, 2008.....	103
GRÀFICA 16. TAXES ESPECÍFIQUES D'IVE (‰), DE FECUNDITAT (‰) I D'EMBARÀS (‰), PROPORCIÓ D'EMBARASSOS QUE ES RESOLEN AMB UN AVORTAMENT I PREVALENCIA ANTICONCEPTIVA (%) PER GRUPS D'EDAT*. ESPANYA, 2006.....	104
GRÀFICA 17. ACTIVITAT SEXUAL I PREVALENCIA ANTICONCEPTIVA PER GRUPS D'EDAT. DONES DE 15-49 ANYS*. ESPANYA, 2006.....	147
GRÀFICA 18. ACCÉS A LA INFORMACIÓ SOBRE PLANIFICACIÓ FAMILIAR ENTRE LES DONES QUE AVORTEN SEGONS COMUNITAT AUTÒNOMA DE RESIDÈNCIA. ESPANYA, 2008.....	153
GRÀFICA 19. LLOC DE DERIVACIÓ AL CENTRE QUE PRACTICA LA INTERRUPCIÓ VOLUNTÀRIA DE L'EMBARÀS SEGONS COMUNITAT AUTÒNOMA. ESPANYA, 2008.....	159
GRÀFICA 20. TAXES D'AVORTAMENT ESPECÍFIQUES PER EDAT (‰). FRANÇA 1993-2002*.....	182
GRÀFICA 21. TAXES D'AVORTAMENT ESPECÍFIQUES PER EDAT. BÈLGICA 1993-2003.....	183
GRÀFICA 22. RELACIÓ DE L'ÍNDIX SINTÈTIC DE FECUNDITAT I D'AVORTAMENT. FRANÇA 1990-2004.....	184
GRÀFICA 23. RELACIÓ DE L'ÍNDIX SINTÈTIC DE FECUNDITAT I AVORTAMENT. BÈLGICA 1990-2004.....	184
GRÀFICA 24. PROPORCIÓ D'EMBARASSOS QUE ES RESOLEN AMB UNA IVE. FRANÇA 1993-2002.....	185
GRÀFICA 25. PROPORCIÓ D'EMBARASSOS QUE ES RESOLEN AMB UNA IVE . BÈLGICA, 2000-2003.....	186

## ÍNDIX DE FIGURES

FIGURA 1. ESQUEMA DEL PROCÉS DE LA IVE.....	48
FIGURA 2. LÒGIQUES SOCIALS QUE AFECTEN EL PROCÉS DE LA IVE.....	50
FIGURA 3. TAXES ESPECÍFIQUES D'AVORTAMENT PER EDAT (‰). COMUNITATS AUTÒNOMES, 2008.....	98
FIGURA 4. ITINERARIS D'UN EMBARÀS NO DESITJAT.....	274

## ÍNDIX DE TAULES A L'ANNEX 1

ANNEX 1. TAULA 1. ÍNDIX SINTÈTIC D'AVORTAMENT. PAÏSOS D'EUROPA, 1998.....	317
ANNEX 1. TAULA 2. ÍNDIX SINTÈTIC D'AVORTAMENT. PAÏSOS D'EUROPA, 2008.....	317
ANNEX 1. TAULA 3. PROPORCIÓ D'EMBARASSOS QUE ES RESOLEN AMB UN AVORTAMENT. PAÏSOS D'EUROPA, 1998.....	318
ANNEX 1. TAULA 4. PROPORCIÓ D'EMBARASSOS QUE ES RESOLEN AMB UN AVORTAMENT. PAÏSOS D'EUROPA, 2008.....	318

ANNEX 1. TAULA 5. TAXES ESPCÍFIQUES D'AVORTAMENT PE EDAT (‰). PAÏSOS D'EUROPA, 1998 .....	319
ANNEX 1. TAULA 6. TAXES ESPECÍFIQUES D'AVORTAMENT PER EDAT (‰). EUROPA, 2008 .....	319
ANNEX 1. TAULA 7. TAXES ESPECÍFIQUES D'AVORTAMENT PER EDAT (‰). ESPANYA, 1998-2008 .....	320
ANNEX 1. TAULA 8. TAXES ESPECÍFIQUES DE FECUNDITAT PER EDAT (‰). ESPANYA, 1998-2008 ...	320
ANNEX 1. TAULA 9. PROPORCIÓ D'EMBARASSOS QUE ES RESOLEN AMB UN AVORTAMENT. ESPANYA, 1998-2008.....	321
ANNEX 1. TAULA 10. TAXES ESPECÍFIQUES D'AVORTAMENT PER EDAT (‰) SEGONS COMUNITAT AUTÒNOMA. ESPANYA, 2008 .....	322
ANNEX 1. TAULA 11. PROPORCIÓ D'EMBARASSOS QUE ES RESOLEN AMB UNA IVE PR EDAT I COMUNITATS AUTÒNOMES, 2008 .....	322
ANNEX 1. TAULA 12. NOMBRE D'AVORTAMENTS PER EDAT I SEGONS CCAA.ESPANYA, 2008.....	323
ANNEX 1. TAULA 13. TAXES ESPECÍFIQUES D'AVORTAMENT PER EDAT SEGONS ORIGEN DE LA DONA. ESPANYA, 2008.....	323
ANNEX 1. TAULA 14. TAXES ESPECÍFIQUES D'AVORTAMENT PER EDAT (‰) I ÍNDEX SINTÈTIC D'AVORTAMENT (IVE PER DONA) SEGONS REGIÓ D'ORIGEN DE LA DONA. ESPANYA, 2008.....	324
ANNEX 1. TAULA 15. TAXES ESPECÍFIQUES D'IVE (‰), DE FECUNDITAT (‰) I D'EMBARÀS ‰, PROPORCIÓ D'EMBARASSOS QUE ES RESOLEN AMB UN AVORTAMENT I PREVALEÇA ANTICONCEPTIVA (%) PER GRUPS D'EDAT*. ESPANYA, 2006 .....	325
ANNEX 1. TAULA 16. PROPORCIÓ DE DONES SEXUALMENT ACTIVES I USUÀRIES D'ANTICONCEPTIUS PER GRUPS D'EDAT. DONES DE 15-49 ANYS. ESPANYA, 2006 .....	325

## ÍNDEX DE TAULES A L'ANNEX 2

ANNEX 2. TAULA 1. DISTRIBUCIÓ DE LES IVE PER EDAT SEGONS COMUNITAT AUTÒNOMA. ESPANYA, 2008.....	327
ANNEX 2. TAULA 2. DISTRIBUCIÓ DE LES IVE PER LLOC DE NAIXEMENT DE LES DONES SEGONS COMUNITAT AUTÒNOMA. ESPANYA, 2008 .....	328
ANNEX 2. TAULA 3. DISTRIBUCIÓ DE LES IVE SEGONS NIVELL EDUCATIU I CCAA DE RESIDÈNCIA. ESPANYA, 2008.....	329
ANNEX 2. TAULA 4. DISTRIBUCIÓ DE LES IVE SEGONS SITUACIÓ LABORAL I COMUNITAT AUTÒNOMA. .	330
ANNEX 2. TAULA 5. DISTRIBUCIÓ DE LES IVE EN DONES AMB INGRESSOS PROPIS SEGONS CCAA DE RESIDÈNCIA. ESPANYA, 2008 .....	331
ANNEX 2. TAULA 6. DISTRIBUCIÓ DE LES IVE SEGONS ESTAT CIVIL I CCAA DE RESIDÈNCIA. ESPANYA, 2008.....	332
ANNEX 2. TAULA 7. DISTRIBUCIÓ DE LES IVE SEGONS CONVIVÈNCIA AMB LA PARELLA I CCAA DE RESIDÈNCIA. ESPANYA, 2008 .....	333
ANNEX 2. TAULA 8. DISTRIBUCIÓ DE LES IVE SEGONS SITUACIÓ LABORAL DE LA PARELLA I CCAA DE RESIDÈNCIA. ESPANYA, 2008 .....	334
ANNEX 2. TAULA 9. DISTRIBUCIÓ DE LES IVE EN FUNCIÓ DEL MIDA DEL LLOC DE RESIDÈNCIA SEGONS CCAA DE RESIDÈNCIA. ESPANYA, 2008 .....	335
ANNEX 2. TAULA 10. DISTRIBUCIÓ DE LES IVE SEGONS LA PARITAT DE LA DONA I LA CCAA DE RESIDÈNCIA. ESPANYA, 2008 .....	336
ANNEX 2. TAULA 11. DISTRIBUCIÓ DE LES IVE EN FUNCIÓ DEL NOMBRE D'IVE ANTERIORS I CCAA DE RESIDÈNCIA. ESPANYA, 2008 .....	337
ANNEX 2. TAULA 12. DISTRIBUCIÓ DE LES IVE SEGONS SETMANES DE GESTACIÓ I CCAA DE RESIDÈNCIA. ESPANYA, 2008 .....	338
ANNEX 2. TAULA 13. DISTRIBUCIÓ DE LES IVE SEGONS MOTIU DE LA INTERRUPCIÓ I PER CCAA DE RESIDÈNCIA. ESPANYA, 2008 .....	339

<i>ANNEX 2. TAULA 14. DISTRIBUCIÓ DE LES IVE SEGONS L'ACCÉS A LA PF I PER CCAA DE RESIDÈNCIA. ESPANYA, 2008.....</i>	340
<i>ANNEX 2. TAULA 15. DISTRIBUCIÓ DE LES IVE SEGONS FORMA DE DERIVACIÓ A LA CLÍNICA I PER CCAA DE RESIDÈNCIA. ESPANYA 2008.....</i>	341
<i>ANNEX 2. TAULA 16. DISTRIBUCIÓ DE LES IVE SEGONS TIPUS DE CENTRE QUE REALITZA LES IVE I PER CCAA DE RESIDÈNCIA. ESPANYA, 2008.....</i>	342
<i>ANNEX 2. TAULA 17. DISTRIBUCIÓ DE LES IVE SEGONS TITULARITAT DEL CENTRE QUE REALITZA LES IVE I PER CCAA DE RESIDÈNCIA. ESPANYA, 2008.....</i>	343
<i>ANNEX 2. TAULA 18. DISTRIBUCIÓ DE LES IVE SEGONS FINALITAT DEL CENTRE QUE REALITZA LES IVE I PER CCAA DE RESIDÈNCIA. ESPANYA, 2008.....</i>	344
<i>ANNEX 2. TAULA 19. DISTRIBUCIÓ DE LES IVE SEGONS FINALITAT DEL CENTRE QUE REALITZA LES IVE I PER CCAA DE RESIDÈNCIA. ESPANYA, 2008.....</i>	345

### ÍNDEX DE TAULES A L'ANNEX 5

<i>ANNEX 5. TAULA 1. TAXES ESPECÍFIQUES D'AVORTAMENT PER EDAT (‰). FRANÇA 1993-2002.....</i>	354
<i>ANNEX 5. TAULA 2. TAXES ESPECÍFIQUES D'AVORTAMENT PER EDAT (‰). BÈLGICA 1993-2003.....</i>	354
<i>ANNEX 5. TAULA 3. ÍNDEX SINTÈTIC DE FECUNDITAT I D'AVORTAMENT. FRANÇA 1990-2004.....</i>	355
<i>ANNEX 5. TAULA 4. ÍNDEX SINTÈTIC DE FECUNDITAT I D'AVORTAMENT. BÈLGICA 1990-2004.....</i>	355
<i>ANNEX 5. TAULA 5. PROPORCIÓ D'EMBARASSOS QUE ES RESOLEN AMB UNA IVE PER EDAT. FRANÇA 1993-2002.....</i>	356
<i>ANNEX 5. TAULA 6. PROPORCIÓ D'EMBARASSOS QUE ES RESOLEN AMB UNA IVE PER EDAT. BÈLGICA, 2000-2003.....</i>	356

## **Llista d'abreviacions**

ACAI. Associació de Clíniques Acreditades per la Interrupció Voluntària de l'Embaràs

AU. Anticoncepció d'urgència o anticoncepció postcoital

CCAA. Comunitat autònoma

CIPD. Conferència Internacional de Població i Desenvolupament

CJAS. Centre Jove d'Anticoncepció i Sexualitat

GIE. Grupo de Interés Español en Población, Desarrollo y Salud Reproductiva

IPPF. Federació de Planificació Familiar Internacional

ISA. Índex sintètic d'avortament

ITS. Infeccions de transmissió sexual

IVE. Interrupció voluntària de l'embaràs o avortament voluntari

OMS. Organització Mundial de la Salut

PASSIR . Programa d'Atenció a la Salut Sexual i Reproductiva

PF. Planificació familiar

SSR. Salut sexual i reproductiva





## INTRODUCCIÓ

### 1. ANTECEDENTS I OBJECTE D'ESTUDI

L'objecte d'estudi d'aquesta tesis doctoral ve de lluny –o jo sento que ve de lluny–. Va començar a perfilar-se un cop acabats els cursos de doctorat al Centre d'Estudis Demogràfics (CED) de Barcelona, en el moment de començar a definir l'objecte de la memòria de recerca l'any 2005. No es en va, doncs, que faci una breu mirada enrere per explicar el recorregut que he seguit des de llavors i veure com s'ha gestat la meva tesi doctoral.

Gairebé simultàniament a la finalització dels cursos de doctorat, la demògrafa social Montse Solsona, qui va ser la directora de la meva memòria de recerca i seria la directora de la tesi, m'havia animat a participar en les reunions del que en aquell moment s'anomenava Grupo de Interés Español en Población, Desarrollo y Salud Reproductiva (GIE), constituït després de la Conferència Internacional de Població i Desenvolupament (CIPD) del Caire el 1994 per a la defensa i sensibilització en els temes que s'hi tractaven. Plataforma de diverses associacions que treballaven en salut, el GIE estava format per professionals de diversos àmbits, la psicologia, la medicina, el treball social, les ciències polítiques, la demografia...

Així mateix, la professora Montse Solsona em va posar en contacte amb la doctora Rosa Ros, metgessa del Centre Jove d'Anticoncepció i Sexualitat de Barcelona (CJAS) perquè pogués donar suport al CJAS en el disseny d'un registre de noies de fins a 30 anys que volien interrompre el seu embaràs. Començava a endinsar-me en un terreny que llavors per mi era nou, la salut sexual i reproductiva (SSR) i, específicament, en la interrupció voluntària de l'embaràs (IVE). Ho feia des de la visió dels professionals que treballaven sobre el terreny i activistes dels drets de les dones a Catalunya i Espanya. A partir de llavors no he deixat d'estar-hi vinculada i d'aquell interès personal n'he fet un interès de recerca, des de l'aproximació que en fan la geografia, la demografia i la sociologia.

A poc a poc, el meu focus d'interès es dirigia cap a la IVE en contextos on, com l'espanyol i el català, la pràctica estava legislada i formava part, *de fet o de facto*, d'una estratègia més àmplia de SSR. Lluny del que jo mateixa pogués pensar, però, la pràctica de l'avortament en societats occidentals europees, i en especial en societats de tradició catòlica com Espanya, continuava, i continua, sent un tema controvertit i amb un clar biaix de gènere. La IVE és un tema polèmic en les esferes social i política: d'una banda hi ha certes resistències a liberalitzar la pràctica per part de sectors socials conservadors i religiosos i, de l'altra, tot i disposar de registres d'avortament i enquestes poblacionals sobre temes de salut, aquests països presenten llacunes en l'estudi de l'avortament

voluntari. Pel que fa el biaix de gènere, la IVE és emblema de la lluita feminista per assolir el dret a decidir sobre el propi cos i és a la dona a qui es criminalitza quan es produeix la IVE. La literatura científica sobre avortament voluntari des de la perspectiva de l'home és escassa, amb algunes excepcions en relació a l'estudi de les intencions d'embaràs, el procés de decisió de la IVE i la seva experiència (1-7).

Els contextos que havien despenalitzat la IVE, que havien definit uns objectius públics dirigits a disminuir la IVE i on s'havien establert uns serveis d'atenció a la SSR integrals –contemplant la prevenció dels *embarassos no desitjats*– em suggerien una primera pregunta. Si una aproximació integral a la sexualitat per part del sistema de salut podia fer disminuir les conductes *sexuals de risc*, i concretament les conductes que porten a una IVE.

Idealment, en la línia del que suggeria el Programa d'Acció de la CIPD del Caire el 1994 per "aproximació integral" em referia a l'establiment d'un sistema de SSR que considerés una atenció sociosanitària àmplia envers la sexualitat que, a través de serveis segurs, de qualitat i en base a la igualtat de gènere i condició social, s'atengués a les diverses demandes i necessitats sexuals o reproductives de totes les persones, en qualsevol moment del seu curs de vida, assegurant-ne el benestar; una atenció que prioritzés la prevenció de les conductes de risc enlloc d'haver-ne d'afrontar les conseqüències. Específicament, un atenció que promogués la prevenció dels embarassos no desitjats per evitar la pràctica de la IVE.

Les evidències semblaven demostrar que, en aquells contextos, no disminuïa el nombre d'avortaments voluntaris i fins i tot podia augmentar. En volia trobar les lògiques explicatives. Vaig decidir estudiar els casos de Bèlgica i França perquè eren dos països de l'entorn europeu on la IVE presentava trets similars. En tots dos casos, la IVE havia estat despenalitzada unes dècades enrere com a resultat de lluites socials i polítiques i on el els grups feministes hi havien jugat un rol destacat. A més, tot i que en els dos casos s'havia establert una estructura sanitària que prioritzava la prevenció dels embarassos no desitjats, sense oblidar l'atenció a les dones que volien avortar, les xifres d'IVE no disminuïen. Aquelles preguntes inicials es transformarien, així, en el meu objectiu d'estudi en la memòria de recerca: d'una banda, descriure el sistema de SSR a Bèlgica i França i, de l'altra, estudiar la relació entre els objectius públics dirigits a disminuir la intensitat de la IVE i les característiques de la pràctica.

La perspectiva comparada em podia oferir elements per valorar per què, a països que havien seguit recorreguts similars i havien establert una estructura d'atenció a la SSR més enllà de l'acollida de les IVE, la incidència de la IVE no havia disminuït i la intensitat del fenomen i les seves característiques eren diferents.

Vaig tenir l'oportunitat d'estudiar els casos belga i francès de primer mà, sobre el terreny, durant la meua estada a l'Institut de Démographie a Louvain la Neuve a Bèlgica i a l'Institut National d'Études Démographiques (INED) de París. A través de la xarxa de demografia RTN (beques Marie Curie de la Unió Europea), que permetia els estudiants de demografia realitzar estades en d'altres centres de demografia europeus, vaig poder conèixer d'aprop la tasca de demògrafs i professionals d'altres disciplines que estudiaven la IVE, alguns dels quals són encara avui els meus referents.

La professora Catherine Gourbin demògrafa a Bèlgica i amb experiència en estudis sobre la SSR en diferents contextos geogràfics va ser la meua coordinadora durant l'estada a Bèlgica i em va permetre conèixer el funcionament del sistema de SSR en aquest país i em va posar amb contacte amb els agents clau, tant de l'atenció a la SSR i a la IVE com de la gestió del registre d'interrupcions voluntàries de l'embaràs. A França, vaig conèixer la tasca de la doctora Clémentine Rossier demògrafa a l'INED, vinculada als estudis de l'avortament en països d'Europa i d'Àfrica de l'Oest i amb ella vaig poder estar present en les darreres etapes del procés de millora del registre d'IVE francès que s'estaven realitzant en aquell moment. Així mateix vaig interessar-me per la tasca de la sociòloga i experta en conducta sexual, anticoncepció i avortament voluntari, la doctora Nathalie Bajos a l'Institut de la Santé et la Recherche Médicale (INSERM); finalment, també vaig conèixer l'activitat del professor Laurent Toulemon, estadístic i demògraf a l'INED qui treballava sobre fecunditat, sobre els seus instruments de mesura i control i, concretament, vinculat amb el Registre d'IVE a França. Tots ells, directament o indirecta, van enriquir la meua recerca en diversos moments del procés.

Una de les principals aportacions del contacte amb els experts de l'avortament a França va ser l'aproximació sociològica al fenomen. Adoptada per les demògrafes i sociòlogues franceses Nathalie Bajos i Michel Ferrand (8), així com per Agnès Guillaume i col·legues (9) i per Clémentine Rossier (10), m'oferia un marc explicatiu interessant per adaptar a la meua recerca doctoral i m'ajudaria a entendre el fenomen de la IVE. Aquest marc explicatiu permet considerar la IVE com un procés i ajuda a articular els diversos factors que estan afectant el procés de decisió individual de la IVE: els factors socials i institucionals, el que jo anomeno les *lògiques socials* de l'avortament.

Els resultats de la memòria de recerca eren una petita aportació a la cerca de les lògiques explicatives de la IVE. Es corroborava que, tot i l'existència, tant a Bèlgica com a França, d'uns objectius públics que pretenien fer disminuir la IVE assegurant un bon accés a serveis en matèria de SSR de forma no restrictiva, incloent la provisió d'anticoncepció i la prevenció d'embarassos no desitjats en un sentit més ampli; ni es produïa la disminució esperada de la incidència de la IVE ni es podia concloure quines eren les raons. Els objectius públics m'explicaven, tan sols en part, la pràctica de la IVE.

Si volia contemplar altres lògiques explicatives de l'avortament voluntari, havia de concedir importància a les pràctiques i l'experiència de la dona al llarg del procés individual de la IVE identificant les raons que fan que una dona decideixi interrompre l'embaràs i els factors que n'influencien el procés.

Tal i com em deia la meva directora Montse Solsona, no podia abandonar *el cor de la meva recerca* i havia de posar en valor el que havia fet fins llavors. Així, la memòria de recerca esdevenia clarament, l'antecedent de la tesi. Un cop finalitzada aquella, torno a posar el focus a Espanya amb uns aprenentatges fets sobre l'estudi de la IVE. La tesi doctoral pretén aprofundir l'estudi de l'avortament voluntari a partir del cas espanyol a través de l'aproximació sociològica del fenomen i a través d'una perspectiva comparada. La voluntat era, també, poder aportar el meu granet de sorra als estudis sobre la IVE a Espanya i a la tasca que ja s'estava fent des de la demografia sobretot per part de Margarita Delgado (11,12) i el que havia fet Magda Ruiz (13).

Per estudiar les lògiques explicatives de la IVE en una societat determinada, cal descriure la incidència i les característiques de les dones que avorten tenint en compte les lògiques socials que n'afecten la pràctica. Però també cal preguntar a les dones per què decideixen avortar en un moment determinat del seu curs de vida, quines conductes sexuals de risc han realitzat prèvies a l'embaràs, la seva situació afectivosexual, com es protegien d'un embaràs no desitjat, quines condicions sociodemogràfiques, econòmiques i materials tenen en el moment de saber que estan embarassades, en termes educatius, professionals i de parella; si s'han sentit pressionades en la decisió, quina és la xarxa social de suport amb la que podrien comptar si volguessin tirar endavant l'embaràs i, finalment, quin ha estat el circuit i l'experiència amb el sistema sanitari a l'hora d'accedir a la IVE. Els seus relats permetran entendre quines lògiques afecten la decisió i, finalment, la pràctica.

Per resituar la pràctica de la IVE en el context global on aquesta pren sentit, el sistema de SSR pren una entitat per si sol en la tesi doctoral. Abans de passar a l'estudi del procés individual de la IVE estudio els objectius públics en matèria de SSR i especialment dirigits a disminuir la IVE. L'aportació més important del marc explicatiu en l'estudi dels objectius públics és la concepció de la IVE com a procés i d'aquesta manera considero el sistema de SSR àmpliament, examinant com actuen els objectius públics en cadascuna de les etapes del procés.

L'estudi de les lògiques socials i de les decisions individuals al llarg del procés de la IVE m'ha de permetre identificar què afecta la pràctica de la IVE en el nostre context per, finalment, poder respondre'm a la pregunta de recerca: per què les IVE no han disminuït

en un context on s'ha establert un sistema de SSR que contempla la prevenció dels embarassos no desitjats i que té com a objectiu reduir-ne la xifra?

El marc teòric que adopto per afrontar l'estudi de la IVE, per oposició als estudis que consideren l'avortament en termes de problemàtica èticosocial o com a determinant del descens de la fecunditat (14), em permet considerar l'avortament com a opció de la dona per dur la maternitat "al bon moment" (8), manifestació de les transformacions que viu la societat espanyola en el context de canvis socials i culturals que proposa la Segona Transició Demogràfica (15,16). Es modifiquen les formes familiars i els valors a la maternitat, així com els rols socials de gènere i, així, la maternitat esdevé voluntària (17) o menys obligada (18) que en el passat.

Poder decidir quan i com ser mare va ser l'origen d'unes llargues lluites, liderades per les dones, que van començar els anys 60 a Europa. En les lluites per l'emancipació de la dona, va ser cabdal assolir l'accés legal a l'anticoncepció i la despenalització de l'avortament voluntari que va capgirar les relacions de gènere; les dones començaven a tenir control del seu propi cos al mateix temps que anaven assolint l'emancipació en d'altres esferes, educatives, professionals... Espanya anava darrera d'altres països, l'any 1978 aconseguia la despenalització de l'anticoncepció i a mitjans 80 la despenalització de la IVE, conferint a la pròpia dona el dret, parcial, de decidir sobre el propi cos. En aquell context, el model predominant esdevenia el de la planificació de l'embaràs i la IVE passava a ser una opció per controlar la fecunditat encara que fos a *posteriori*, evitant que un embaràs que no era desitjat acabés en un naixement.

El pes de la IVE a Espanya en els darrers anys es produeix en edats joves, però hi ha augments de les xifres a totes les edats. Els canvis d'hàbits sexuals, l'avançament de la primeres relacions i el retard de l'entrada en unió s'han considerat una de les causes de l'augment dels embarassos no desitjats en les edats més joves (19), però d'altres dinàmiques, com l'augment del nombre de parelles al llarg de la vida, la inestabilitat de les unions, l'allargament dels estudis i posterior cerca d'una feina estable, així com l'allargament de la vida sexual activa fa que se'n produeixen, també, en edats més avançades i en d'altres moments del curs de vida de la dona (20,21). *L'embaràs no planificat* perd rellevància, en aquest context de difusió dels mètodes anticonceptius moderns que permeten la planificació, per concedir-la a *l'embaràs no desitjat* que fa entrar en joc altres dimensions que afecten la vida d'una dona. Aquest context va establint, sense dir-ho formalment, les regles del "bon moment" a la maternitat i es defineix així, la *norma social de la maternitat* que diu que la dona de 25-34 anys, emancipada, amb una parella i situació professional estable presenta les condicions socialment acceptades per ser mare (17).

En aquest context cultural, la IVE en edats adolescents, en noies que encara no han completat el seu procés de transició a l'edat adulta, està legitimat socialment, més que tirar endavant un embaràs que suposarà un obstacle al desenvolupament personal (17,19). En canvi, el context social de referència em planteja la paradoxa de les IVE en edats joves-adultes. Les dones de 25-34 anys, es troben a l'edat socialment percebuda com l'edat a la maternitat, on es concentren la majoria de naixements i una minoria d'embarassos no desitjats. Les dones a la frontera amb el període menys fèrtil, a l'edat en la que socialment s'espera que ja haurien d'haver assolit una altra sèrie d'objectius (educatius, professionals i de parella), també avorten. Sembla un moment complex on la dona ha de tenir en compte dimensions de naturalesa diferent per prendre la decisió. Aquesta aparent complexitat en el procés de decisió és el que fa que sigui el grup adient per estudiar les raons a una IVE.

Tradicionalment, l'edat ha estat una variable que els demògrafs han considerat com a estructurant de les decisions sobre fecunditat. Quan incorporem la dimensió social, quan concedim importància a les representacions o normes socials, no parlaríem tant del pes de l'edat com de la importància del moment del curs *de vida* a l'hora de prendre decisions. I en aquesta recerca pren més entitat aquest concepte que la variable edat (8,22,23).

Per respondre a la pregunta de recerca des d'una òptica quantitativa, compto amb les següents fonts de dades i metodologies. El registre d'IVE és la principal font de l'estudi quantitatiu i l'única font exhaustiva del nombre d'avortaments realitzats anualment. Aquest, però, té la limitació de contenir poca informació sociodemogràfica de la dona que avorta. Al ser un fenomen social controvertit, les enquestes en població general, com a font alternativa, contenen una infradeclaració important dels avortament voluntaris i, per tant, tampoc és representativa la resta d'informació que conté per descriure el perfil de la dona (12,24,25).

Per documentar les lògiques socials que afecten la IVE, les fonts de dades principals són els professionals vinculats amb la SSR, informants clau, i la literatura gris que permet situar la pràctica de l'avortament en el context social on pren sentit.

Finalment, per estudiar les raons per decidir interrompre l'embaràs i l'experiència individuals, la principal tècnica qualitativa utilitzada és l'entrevista semiestructurada en profunditat realitzada a dones de 25-34 anys que resideixen a Catalunya. La informació obtinguda de les entrevistes es complementa i contextualitza amb la informació de tres grups focals. Un dels quals m'ofereix el discurs col·lectiu sobre el valor de la maternitat de dones en el mateix tram d'edat que les dones embarassades, mentre que les altres

dos em mostren el discurs col·lectiu de professionals sociosanitaris en contacte amb les dones i el sistema de salut.

Trobem diversos exponents en la literatura científica a Europa els Estats Units i Austràlia que utilitzen la metodologia qualitativa per estudiar les circumstàncies que envolten la decisió final a la IVE i l'experiència de la dona que hi accedeix (8,26-36). Són menys els estudis que en descriuen tot el procés (8), manca que concedeix un interès afegit a la investigació que aquí presento.

Catalunya és la comunitat autònoma (CCAA) amb una de les incidències d'IVE més altes de tot l'Estat espanyol i presenta, a més a més, altres particularitats que la fan pertinent per realitzar el treball de camp: pel seu caràcter urbà, especialment la ciutat de Barcelona i l'Àrea Metropolitana, i pel seu recorregut historicopolític i social en defensa dels drets civils i de les dones, Catalunya és pionera en canvis en les conductes i actituds envers la IVE que es poden acabar donant al conjunt de l'Estat.

Algunes eleccions preses durant la definició de l'objecte i de la població d'estudi i del marc teòric confereixen originalitat a la tesi. Així, la perspectiva teòrica triada pretén descarregar a les dones de l'estigma que sovint recau sobre elles quan decideixen avortar, sense descarregar-les, en canvi, de la responsabilitat ni prendre'ls el protagonisme de la decisió; així mateix, l'originalitat també es deu al marc explicatiu de referència que considera un fenomen demogràfic, com l'avortament voluntari, com a procés i no com un fenomen estàtic. Finalment, posar el punt d'atenció en l'estudi del la presa de decisió a la IVE i l'experiència individual a l'avortament voluntari en les franges d'edat joves-adultes que no són considerades pels actors socials, polítics i sanitaris un grup vulnerable a la IVE, al contrari del que succeeix amb les adolescents i joves (19,37, 38), també em suposa un repte afegit

Durant la realització de la tesi, la meva tasca professional al Centre d'Estudis Epidemiològics sobre les Infeccions de Transmissió Sexual i la Sida a Catalunya (CEEISCAT), m'ha ofert una perspectiva epidemiològica i de salut pública a l'estudi de la IVE que ha quedat reflectida en les darreres passes d'elaboració de la tesi, en la meva interpretació dels resultats i les conclusions.

### 2. OBJECTIUS I HIPÒTESIS

Per respondre'm la pregunta de recerca: per què no disminueixen les IVE en un context com l'espanyol on s'ha establert un sistema de SSR que contempla la prevenció dels embarassos no desitjats i que té com a objectiu reduir-ne la xifra, l'objectiu general de la tesi és estudiar la IVE contemplant les lògiques socials i les decisions individuals.

Els objectius específics són:

- 1) Caracteritzar el recurs a la interrupció voluntària de l'embaràs en una dècada (1998-2008) considerant la intensitat i el perfil de les dones que avorten a Espanya
- 2) Documentar els objectius públics dirigits a disminuir les IVE i a garantir la SSR a Espanya
- 3) Analitzar el procés individual de la IVE en dones de 25-34 anys

Al primer objectiu específic de la tesi, i per tal de saber on es troba Espanya en matèria d'IVE, considero l'evolució de la situació de la IVE a Espanya en una dècada (1998-2008). Comparo la intensitat de la IVE a partir de l'índex sintètic d'avortament, les taxes específiques d'avortament per edat i la proporció d'embarassos que es resolen amb una IVE a Espanya en el context europeu. Posteriorment, aprofundeixo en el cas espanyol a través del càlcul d'indicadors d'intensitat de la IVE pel conjunt de dones en edat fèrtil i per edats i l'evolució que segueixen en una dècada relacionant-los amb d'altres fenòmens vinculats amb la fecunditat. Finalment, caracteritzo el perfil de les dones que interrompen l'embaràs, a través d'una anàlisi descriptiva i multivariant, l'any 2008 a Espanya.

Al segon objectiu específic pretenc documentar els objectius públics dirigits a disminuir les IVE i garantir els drets de SSR i explorar la relació del sistema de SSR establert en un context social determinat amb els nivells i característiques de la IVE i amb el perfil de la dona que avorta. Realitzo un estudi comparatiu, que contempla el cas belga, francès i espanyol. Tot i una diferència temporal evident entre l'obtenció de les dades d'IVE a Bèlgica i França (l'any 2005) i les espanyoles (2008), l'experiència d'aquests dos països la considero com a referència.

Finalment, al tercer objectiu específic pretenc analitzar, a nivell individual, la presa de decisions que duen a una IVE i l'experiència de la dona quan accedeix al sistema sanitari a través de les pròpies narracions de les dones embarassades de 25-34 anys. Les raons que apareixen en els seus relats estan relacionades amb les seves característiques



sociodemogràfiques i, inevitablement, amb les lògiques socials que les afecten. Per tal de completar i contextualitzar la informació obtinguda a través de les protagonistes utilitzo la tècnica qualitativa del grup de discussió.

Cadascun dels objectius pretén corroborar una hipòtesi de treball que defineixo a partir de l'experiència prèvia i coneixement adquirit al llarg de l'estudi dels casos belga i francès.

- 1) La incidència de la IVE a Espanya durant el període estudiat (1998-2008) no disminueix i presenta augments a tots els grups d'edat. La situació de parella es revela determinant del recurs a la IVE
- 2) A Espanya, els objectius públics dirigits a disminuir la IVE i garantir la salut i els drets sexuals i reproductius es focalitzen en la prevenció anticonceptiva de dones adolescents i joves, mentre que la resta d'etapes del procés de la IVE i les dones d'altres grups d'edats queden menys ateses.
- 3) La decisió d'interrompre l'embaràs en dones de 25-34 anys evidencia la tensió en què aquestes es troben davant de l'arribada d'un embaràs en un moment d'inestabilitat en les seves trajectòries personals, econòmiques, socials o de parella.

### 3. ORGANITZACIÓ I CONTINGUT DE LA TESI

La tesi s'organitza en 7 capítols. Després d'aquest capítol introductori en el que justifico l'objecte d'estudi i traço el recorregut acadèmic que he seguit fins aquí, presento el *marc teóricoconceptual i metodològic* que inclou els tres primers capítols.

El *capítol 1* inclou dos grans apartats. En el primer situo la IVE en el marc de la SSR concepte que s'introdueix en els debats de la comunitat internacional a partir de la CIPD del Caire el 1994 i que esdevé crucial en aquesta tesi doctoral. El Caire esdevé la gran fita internacional en el tractament de la IVE com un dret de salut pública i el dret de la dona de decidir sobre el seu propi cos i esdevé el meu antecedent en l'estudi de la IVE en contextos que han establert un sistema de SSR ampli. Valoro els avenços i estancaments dels consens d'aquelles primers conferències internacionals i presento l'especificitat del cas europeu respecte els consensos internacionals en matèria de SSR. Així mateix, ofereixo una panoràmica de les legislacions al món per evidenciar les barreres que encara perduren al món per garantir el dret a la IVE. Al segon apartat d'aquest capítol, faig una revisió dels estudis empírics sobre els factors explicatius de la IVE en contextos on la pràctica està despenalitzada.

El *capítol 2* es troba dividit en 2 grans apartats. El primer fa referència als conceptes clau de la tesi doctoral i a les aportacions teòriques a l'estudi de la IVE com una manifestació dels canvis en els estils de vida i dels rols del gènere. Context que em permet fer referència a la transició o la complementarietat entre el embarassos planificats, propis d'una societat on la norma és la protecció anticonceptiva, i els embarassos desitjats, que posen en joc d'altres dimensions en la vida d'una dona que no estan tan relacionades amb la planificació com amb aspectes emocionals i cognitius. Per la seva rellevància a la tesi doctoral, en aquest apartat faig una revisió del concepte *d'embaràs no desitjat* a través de la literatura científica actual. Finalment, però prenent una entitat considerable, en el següent apartat descriu el que *meu* marc explicatiu, que entén la IVE com un procés de presa de decisions influenciat per diverses lògiques socials.

En el *capítol 3* presento la metodologia i fonts de dades utilitzades per assolir cadascun dels objectius de la tesi.

Els tres següents capítols inclouen el *resultats empírics* de la tesi doctoral. Per comoditat del lector, cada capítol es corresponen amb un dels objectius específics de la tesi doctoral.

En el *capítol 4* presento la fotografia de la situació de la IVE a Espanya en el context europeu, pel que fa els nivells d'IVE, tendències i característiques de la dona que avorta.

En el *capítol 5* comparo el sistema de SSR espanyol i els objectius públics dirigits a fer disminuir la IVE amb dos altres sistemes de SSR europeus, el belga i el francès.

En el *capítol 6*, un cop he justificat la necessitat de recórrer al nivell individual per completar l'estudi dels factors explicatius de l'avortament voluntari i per entendre per què la IVE no disminueix, em centro en l'estudi del procés individual de la IVE i a identificar les lògiques que afecten la decisió i la pràctica final.

Cadascun dels capítols d'anàlisi empíric inclouen un apartat final de recapitulació de resultats que em du fins a les *conclusions* de la tesi doctoral.

En el *capítol 7* responc a la pregunta de la tesi doctoral veient l'encaix de les lògiques socials i les decisions individuals. Recupero les 3 hipòtesis d'estudi per validar-les, així com el concepte *d'embaràs no desitjat* per poder-ne discutir la seva utilitat i limitacions en l'estudi del biaix entre les intencions i les conductes en matèria d'embaràs i IVE. I, finalment, suggerir línies de recerca futura.

## **CAPÍTOL 1. LA INTERRUPCIÓ VOLUNTÀRIA DE L'EMBARÀS. ANTECEDENTS**

### **1.1. LA IVE EN EL MARC DE LA SALUT I ELS DRETS SEXUALS I REPRODUCTIUS**

Que a la Conferència Internacional de Població i Desenvolupament (CIPD) del Caire el 1994 la interrupció voluntària de l'embaràs (IVE) fos considerada per primera vegada com una dimensió de salut sexual i reproductiva (SSR), tot i l'oposició de sectors socials, polítics i religiosos conservadors, va suposar un reconeixement de la necessitat de reduir la morbimortalitat de la dona per raons reproductives i un reconeixement de la iniquitat de gènere en la salut al món.

La IVE en condicions insegures cristal·litzava una part molt important de la problemàtica de salut de la dona i el connectava amb una dimensió de drets humans. L'accés a l'avortament voluntari de forma segura esdevenia, a partir d'aquell moment, un dret sexual i reproductiu inclòs dins d'un ventall d'altres mesures de SSR que posaven l'accent en la llibertat de decidir dels homes i de les dones respecte si volien, quan volien i quants fills volien i en el seu benestar sexual. La SSR posa el focus en les persones i, en especial, incideix en l'empoderament de les dones.

Amb aquesta voluntat, la IVE havia de ser possible sense posar en risc la vida i la salut de les dones tot i que no havia de substituir els esforços del Estat en la prevenció dels embarassos no desitjats a través de la difusió anticonceptiva i a través de la planificació familiar (PF). Aquell reconeixement internacional a la CIPD del Caire, esdevenia el referent en salut i drets sexuals i reproductius i establia les bases que havien de permetre dissenyar polítiques nacionals i legislar la IVE allà on encara no estava legislada, així com fer disponibles i accessibles els serveis de salut que permetessin una pràctica en bones condicions i que concebessin la sexualitat de manera integral.

En aquest context, Europa gaudeix d'una de les situacions més avantatjades del món respecte la situació de salut i drets sexuals i reproductius i, concretament, pel que fa la pràctica de la IVE, i ha sabut concretar aquells primers consensos internacionals en les seves legislacions i programes.

Finalment, les legislacions per despenalitzar la IVE al món varien d'un país a l'altre i són un reflex del grau d'acceptació dels consensos internacionals i del respecte als drets sexuals i reproductius de les dones, així com de tot el camí que falta per fer.

### **1.1.1. L'aparició del concepte de salut sexual i reproductiva. La Conferència Internacional de Població i Desenvolupament del Caire**

La CIPD del Caire organitzada per les Nacions Unides l'any 1994 és el precedent més clar d'un canvi de paradigma en l'aproximació a la salut i, especialment, pel que fa la salut de les dones.

La Conferència del Caire va suposar un canvi en el plantejament de les polítiques de població que fins llavors s'havien discutit en fòrums internacionals, un canvi que ja s'insinuava en les conferències de població de Bucarest l'any 1974 i de Ciutat de Mèxic el 1984, però que es concreta al Caire el 1994. L'objectiu d'aquelles polítiques consistia a complir una sèrie de fites demogràfiques per frenar la superpoblació i disminuir la pobresa, l'únic interès que generaven els temes reproductius estaven relacionats amb el control de la fecunditat com a mitjà per assolir aquelles fites demogràfiques. El Programa d'Acció de la CIPD del Caire suposa un gir radical al establir que les polítiques de població han de tenir com a objectiu el benestar dels individus i la qualitat de vida en un marc de drets humans (39). En aquest sentit, es deixen de banda, si més no teòricament, les concepcions reduccionistes de les relacions sexuals amb una finalitat reproductiva i es posa èmfasi en l'empoderament de les dones per tal que siguin autònomes i prenguin les seves pròpies decisions respecte a la sexualitat i la reproducció.

A la CIPD es va introduir per primera vegada el concepte holístic de SSR. Es tracta d'un concepte que ja s'havia estat gestant fruit dels esforços i del treball d'organitzacions no governamentals, sobretot de caràcter feminista, uns anys abans. La SSR es defineix com "l'enfocament integral per analitzar i respondre a les necessitats dels homes i de les dones respecte a la sexualitat i la reproducció" (39).

Desagregant les dues components, la *salut reproductiva* és "l'estat general de benestar físic, mental i social i no només d'absència de malaltia, en tots els aspectes relacionats amb el sistema reproductiu i les seves funcions i processos. Contempla, també, la capacitat de gaudir d'una vida sexual satisfactòria i sense riscos i de reproduir-se i la llibertat de decidir fer-ho, quan i amb quina freqüència". El concepte de *salut sexual*, al seu temps, fa referència al "desenvolupament de la vida sexual i de les relacions personals satisfactòries i no únicament a l'assessorament en matèria de reproducció i malalties de transmissió sexual" (39).

Per primera vegada, es reconeixia la separació de la sexualitat i la reproducció i la salut reproductiva depassa la relació mare-fill. La reproducció humana s'entén més enllà de les dimensions de PF i de la morbimortalitat. A la idea de maternitat sense riscos s'hi afegeix

la de sexualitat sense riscos, absent de violència i discriminació. La demanda de PF, en tant que elecció personal, que ja començava a fer-se evident des dels anys cinquanta del segle passat, ja no cerca només assegurar una reproducció segura, sinó també vol permetre que la regulació de la fecunditat es faci tenint en compte la diversitat de factors socioculturals i econòmics; en aquest sentit, la PF es desmarca de la simple provisió d'anticoncepció.

En tant que SSR, són temes clau l'anticoncepció, però també *l'embaràs no desitjat (unintended pregnancy* en la terminologia anglesa), també les complicacions del part i la IVE, la disfunció sexual i la infecunditat, les infeccions de transmissió sexual (ITS), les malalties mentals i les discapacitats lligades a la salut sexual, la població jove, la identitat sexual i les violències. Les persones implicades i a les quals se'ls ha de garantir la SSR són cada vegada més nombroses, homes i dones a diferents moments del seu curs de vida, i això obliga a considerar les necessitats de la infància, l'adolescència, l'edat adulta i de la vellesa, i s'introdueix la idea de responsabilitat compartida entre els dos sexes en matèria de paternitat i maternitat i de la sexualitat. Finalment, aquesta noció de SSR depassa l'estricta context sanitari per introduir un enfocament multisectorial, que no només inclou serveis i professionals sanitaris, sinó també d'altres serveis i professionals de l'àmbit social.

*La IVE o avortament voluntari* que fa referència, per contraposició a *l'avortament espontani*, a la pràctica induïda per interrompre una gestació, és reconeguda a partir d'aquell moment com una dimensió de SSR que no hauria de ser obviada en els programes de salut pública.

### **1.1.2. La IVE en condicions segures, pedra de toc dels drets sexuals i reproductius**

La Conferència del Caire va ser una fita essencial en el reconeixement dels drets sexuals i reproductius a través de la introducció del concepte de SSR i l'avortament voluntari realitzat en condicions segures esdevenia una de les dimensions clau. La demanda de poder exercir aquests drets sexuals i reproductius tenia un biaix clarament femení, vinculat a l'autonomia en les decisions i la pràctica de la sexualitat, el dret a l'avortament... i així l'empoderament de les dones va esdevenir un objectiu important i l'enfocament de gènere va prendre especial rellevància.

A La CIPD del Caire es va ratificar el dret de les dones a controlar la seva pròpia fecunditat a través de l'accés i la informació sobre els mètodes anticonceptius. El Programa d'Acció resultat d'aquesta conferència es compromet a "promoure l'equitat i la

igualtat entre els sexes i els drets de la dona, així com eliminar la violència de tot tipus contra la dona i assegurar-se que sigui ella qui controlï la seva pròpia fecunditat" (39).

A la CIPD del Caire es va fer la reivindicació dels drets sexuals i aquests es van reafirmar i se'n va concretar la seva definició a la IV Conferència Mundial Sobre Dones, realitzada a Beijing el 1995 i organitzada, també, dins del marc de les Nacions Unides. A Beijing es va fer referència als drets sexuals i reproductius com a part indissociable dels drets humans: "Els drets humans de les dones inclouen el seu dret a exercir el control i decidir lliure i responsablement sobre les qüestions relatives a la seva sexualitat, inclosa la seva SSR, lliures de coerció, discriminació i violència" (40).

En les Conferències de 1994 i 1995 es va reconèixer que els *drets sexuals i reproductius* són drets fonamentals de les parelles, i dels individus, relatius al lliure exercici de la sexualitat i la reproducció, així com relatius a l'accés a la informació per poder-los dur a terme. Si es desagreguen les dues components dels drets sexuals i reproductius, els *drets sexuals* fan referència al "dret a gaudir d'una vida sexual satisfactòria i plena en tot el curs vital, lliure de coerció i discriminació i respectuosa amb l'autonomia sexual de les persones". Implica també garantir la salut sexual definida anteriorment. Els *drets reproductius* es basen en "el reconeixement i respecte a la capacitat de decidir lliurement i responsable, sense discriminació, coerció o violència, si es vol o no tenir filles i fills, el nombre l'espaiament i el moment".

El rol de l'Estat i les mesures públiques portades a terme per materialitzar aquests propòsits es van fer evidents en el 8è principi de la declaració de la CIPD, el qual expressa el desig que "tothom té dret de gaudir d'una salut mental i física satisfactòria per a la qual cosa l'Estat ha d'assegurar, en base a la igualtat d'homes i dones, l'accés als serveis, incloent els serveis relacionats amb la salut reproductiva, que contempla la planificació familiar i la salut sexual, sense coacció" (39).

A més a més, la concepció integral de la salut –i no com a processos aïllats–, exigeix la capacitat per part dels serveis de salut de percebre altres problemes que afecten el benestar de la persona (violència, discriminació, adaptació dels mètodes anticonceptius al cicle de vida de la dona,...). També exigeix que s'aprofiti l'accés als serveis per oferir informació i educació que capaciti els individus per exigir els seus drets i la llibertat en diversos moments del seu curs de vida, com a individus o com a parelles . Es tracta d'un repte que justifica, també, la responsabilitat multisectorial i que serà tinguda en compte des dels programes que es realitzin en la defensa dels drets sexuals i reproductius.

Els governs van acordar a Beijing que la igualtat entre homes i dones, relacionada amb les relacions sexuals i la reproducció, requereix de respecte mutu, consentiment i responsabilitat compartida sobre la conducta sexual i les seves conseqüències.

La IVE és una dimensió clau en l'exercici d'aquests drets. La CIPD del Caire plantejava per primera vegada l'avortament insegur com un problema de salut pública i emplaçava als diversos actors a què pogués ser realitzada en condicions segures, en base a la definició d'*avortament insegur* que feia l'Organització Mundial de la Salut (OMS) l'any 1992. Segons la definició de l'OMS, es considera a l'*avortament insegur* com "el procediment per interrompre un embaràs no desitjat realitzat per una persona sense les capacitats necessàries i/o en un context que compleix els mínims estàndards mèdics (41).

A Beijing es van reafirmar els acords realitzats al Caire sobre la necessitat d'assegurar la pràctica de l'avortament en condicions segures i van una mica més enllà quan insten els governs a què considerin la revisió de les lleis que inclouen mesures punitives contra les dones que s'han realitzat algun avortament il·legal.

Hi ha un compromís amb la salut de la dona i es considera l'avortament *insegur* com la pedra de toc de la salut pública. En aquest sentit, els governs garanteixen el seu compromís amb fer disminuir la necessitat d'un avortament a través de la difusió i millora dels serveis destinats a la PF i, al mateix temps, reconeixen que, quan no està penalitzat per llei, l'avortament voluntari s'ha de realitzar sense riscos (39).

Els acords assolits en aquestes dues conferències, si bé no eren vinculants, van aconseguir afirmar els drets sexuals i reproductius de les dones, alguns dels quals, com a drets humans, ja eren reconeguts per lleis nacionals, documents internacionals i altres documents de consens polític amb anterioritat.

### **1.1.3. Avenços i estancaments de la salut i els drets sexuals i reproductius des del Caire**

El 2010, l'Assemblea General de Nacions Unides va adoptar la resolució 65/234 que prorroga el Programa d'Acció de la CIPD del Caire més enllà de 2014. El 2014 se celebrarà la Conferència Caire+20 de la que n'haurà de sortir un informe sobre l'estat actual dels compromisos assolits des del Caire 1994. A dia d'avui s'evidencia que tot i el consens global assolit a la CIPD del Caire sobre salut i drets sexuals i reproductius, les millores no han seguit el ritme desitjat i, en aquest lapse de temps, hi ha hagut avenços i estancaments en la situació de la SSR. Una clara evidència d'això és l'estancament de les taxes d'avortament voluntari al món, que passen de 28 IVE per 1.000 dones d'entre 15-

44 anys el 2003 a 29 per 1.000 el 2008 i el nivells d'avortament insegur segueixen una tendència a l'augment, assolint, el 2008, el 49% del total de les IVE a nivell mundial (42).

Els resultats de la CIPD van ser ambigus i el posterior acompliment de les recomanacions parcial, però no se li pot treure el mèrit de ser la primera vegada que la salut i drets sexuals i reproductius i la IVE eren tractats en un context internacional i s'obtenia un consens generalitzat i un impacte internacional.

El 1999, en la sessió especial de l'Assemblea General de les Nacions Unides, l'anomenada Caire+5, els avenços que es destacaven eren la més gran acceptació de la definició de *salut reproductiva* i els esforços per oferir serveis integrals en el context de l'atenció primària (43). Si bé s'ha arribat a acords en relació a la salut sexual, tan sols s'ha fet una aproximació molt laxa als drets sexuals i, únicament, en el marc reproductiu. En conjunt, s'han fet evidents les debilitats dels acords, la vaguetat dels conceptes i les poques orientacions destinades a realitzar accions concretes. Les polítiques segueixen alienes al discurs i a garantir el compliment dels drets humans en matèria de sexualitat. Tot i els esforços es mantenen grups de població vulnerable, com la població adolescent.

Altres crítiques que ha rebut el Programa d'Acció de la Conferència són la prevalença de valors occidentals (44) i com el discurs internacional sobre drets quan fa referència a les condicions sexuals, ètniques i altres no concorda amb la política de globalització econòmica i cultural o la dificultat d'articular dins els serveis de salut nous conceptes que apareixen dins del de SSR, com són el gènere i la sexualitat (45). Així mateix, posteriorment a la CIPD del Caire s'ha donat més projecció a la PF que a la SSR, i l'avortament, tot i les expectatives generades, ha estat objecte de menys recomanacions (46).

A la Conferència del Caire, com en les posteriors, hi va haver una corrent d'oposició específica, el que Lassonde anomena "fractura d'oposició ideològica". En aquella ocasió es va produir una fractura entre la concepció laica i la teocràtica (46) que perdurarà en qualsevol intent d'avançar en les legislacions nacionals, especialment a països catòlics com Espanya o Portugal en el context europeu, fins a dia d'avui.

A nivell mundial, a la Cimera del Mil·lenni organitzada per les Nacions Unides que va tenir lloc el 2000, l'esperit de les primeres conferències va estar present alhora de definir dos dels Objectius de Desenvolupament del Mil·lenni. Es tractava de: 1) reduir la mortalitat materna i 2) promoure la igualtat entre els sexes i l'autonomia de la dona (47). Evidència que no s'havia pogut eliminar l'avortament insegur, es defineix un objectiu sobre la



reducció de la mortalitat materna i s'emfatitza que per aconseguir aquest objectiu s'han de realitzar esforços per aconseguir disminuir l'avortament insegur. El 2003, l'OMS publica una guia amb estàndards internacionals per assegurar l'avortament segur (48) i el 2006 la Federació Internacional de Ginecologia i Obstetrícia afirma que "és necessari que les dones d'arreu del món tinguin el dret de disposar de mètodes anticonceptius segurs i eficaços i serveis proveïdors d'avortaments segurs (49).

L'any 2000, l'Organització Panamericana de la Salut i l'OMS realitzen consultes amb experts per revisar la terminologia i identificar programes d'acció en matèria de salut sexual i el 2002, durant la reunió "Challenges in sexual and reproductive health: Technical consultation on sexual health" convocada per l'OMS es revisen i s'actualitzen la definició de salut sexual i conceptes relacionats, s'identifiquen oportunitats i reptes en salut sexual i es defineixen estratègies a seguir. El resultat és uniforme tècnic de referència a nivell internacional (50).

Tot i els diversos intents, però, en la celebració dels 10 anys de la CIPD (CIPD+10) es va mostrar un desencís general per l'aplicació del Programa d'Acció de la Conferència del Caire (51). Així mateix, el sentiment era de decepció per la poca incidència que se'n va fer als Objectius de Desenvolupament del Mil·lenni. Durant la cita internacional en matèria de sexualitat de l'abril de 2004, la CIPD+10, es va arribar, per primera vegada, a un acord sobre una estratègia mundial a seguir per millorar el benestar sexual i reproductiu amb mires a 2015. El mateix any, el 2004, la 57<sup>a</sup> Assemblea Mundial de la Salut, màxim òrgan de decisió de l'organització internacional, aprova l'estratègia global en matèria de salut reproductiva de l'OMS que defineix la promoció de la salut sexual com a objectiu clau en la cura de la SSR (52).

El Caire+5, l'any 1999 i El Caire +10, el 2004, tot i que van permetre fer una revisió i una nova ratificació dels compromisos assolits el 1994, van fer evidents els riscos als que s'enfrontava l'agenda contemporània en matèria de SSR. Així mateix, la 10<sup>a</sup> conferència d'avaluació dels compromisos adquirits en la Plataforma d'Acció de Beijing, Beijing +10 l'any 2005, va concloure que la manca de drets en matèria de SSR reflectien la manca d'igualtat real entre homes i dones i que quedava camí per recórrer (53).

L'esperit d'aquelles conferències és present fins a avui. Fruit de la reunió de l'OMS l'any 2002, l'any 2010 es publica "Developing sexual health programmes. A Framework for Action" on s'apunta la vigència dels temes que s'havien tractat en la CIPD de 1994 i la importància de continuar tenint-los a l'agenda internacional per poder acomplir els acords (54). Es reafirma l'avortament com una de les 5 dimensions clau de la salut sexual i les àrees d'acció en les que s'ha d'incidir per assolir un bon nivell de salut sexual que inclou

la legislacions i polítiques sobre drets humans, l'educació, els aspectes econòmics, la societat, la cultura i el sistema sanitari establert. Així mateix, es van apuntar els factors que afecten a la salut sexual, una combinació de factors individuals i socials que s'hauran de tenir en compte per tal de poder establir una estratègia en matèria de SSR realment efectiva.

No només les Nacions Unides han generat documents marc per a l'establiment dels drets sexuals i reproductius. Amb posterioritat a la CIPD, diverses organitzacions com Family Care International, la Federació Internacional de Planificació Familiar (IPPF per les sigles en anglès) i l'Associació Mundial de Sexologia han reconegut i formulat declaracions concretes sobre drets sexuals que fossin fàcilment entenedores i aplicables, requisit necessari per aconseguir el repte de millorar la salut sexual. L'any 1995, la IPPF va aprovar una Carta dels 12 drets sexuals i reproductius que constitueix una eina bàsica per la vigilància de les violacions d'aquests drets (55). Així mateix, l'any 2008, la mateixa IPPF va aprovar una Declaració de 10 Drets Sexuals, partint de la Carta de 1995, un document que té la voluntat d'insistir específicament en els drets sexuals, de manera que no quedin subordinats als drets reproductius i a la salut reproductiva (56) .

La voluntat d'evitar els embarassos no desitjats i assolir el gaudi d'una vida sexual satisfactòria, expressada en la definició de SSR de la Conferència del Caire, així com la constància que el propòsit d'aquesta nova concepció oficial és realçar les relacions personals i vitals i no donar només importància a l'assessorament i la cura de les malalties sexuals i/o reproductives, no són suficients. Tot i essent conscients del significat d'una declaració de principis, aquesta xoca amb les evidències. Dels acords assolits fruit d'aquelles primeres conferències i de les reunions posteriors que parlaven dels drets i la SSR, s'han elaborat documents consensuats d'àmbit internacional en els que tan sols es destaquen les següents components de la SSR: l'anticoncepció, la IVE, la morbimortalitat materna i reproductiva i les ITS. S'ha considerat una definició restrictiva de salut sexual, focalitzada en aspectes negatius o conductes de risc i encara una mica esbiaixada cap els aspectes reproductius. S'han deixat de banda les dimensions de la sexualitat i les relacions de gènere, aspectes no directament associats amb la reproducció i lligats a la satisfacció en les relacions sexuals, la llibertat de tenir una relació sexual, quan i amb qui es vulgui, la capacitat de negociació dins de la parella, la violència de gènere. D'altra banda, no hi ha consens en la importància de l'accessibilitat als serveis d'atenció a l'embaràs (13).

Tot i les poques mesures concretes preses en matèria de SSR a nivell nacional, el concepte de SSR continua essent vigent. Serà freqüent a partir d'aquelles conferències oficials el reconeixement internacional i consensuat dels punts febles dels sistema amb mires a poder-los reconduir.

De manera creixent, els organismes de drets humans internacionals han abordat l'impacte de les restriccions a l'avortament voluntari en els drets humans de les dones. Tot i que els acords de les conferències internacionals no són vinculants i les recomanacions no sempre s'han incorporat a les legislacions nacionals, són un marc de referència i indicatiu de la posició de la comunitat internacional en la defensa dels drets sexuals i reproductius i un referent per les reformes legislatives en l'àmbit nacional i local i la seva implementació a través dels sistemes social i de salut.

#### **1.1.4. L'especificitat europea en matèria de salut sexual i reproductiva i IVE**

Algunes dades demostren la situació privilegiada d'Europa pel que fa la SSR. Europa presenta algunes de les taxes d'avortament més baixes del món, si exceptuem Europa de l'Est (el 2008 eren de 12‰, 17‰ i 18‰ en dones d'entre 15-44 anys a Europa Occidental, del Nord i del Sud respectivament) (42) i és la regió del món on les legislacions nacionals sobre IVE presenten menys restriccions (42). La prevalença anticonceptiva el 2008 era del 70,5% mentre que en el conjunt del món era de 62,9%, i l'ús de mètodes moderns era especialment important a Europa del Nord (77,4%) i Occidental (68,9%) (57). Així mateix, Europa també presenta el descens més pronunciat d'embarassos no desitjats en una dècada (de 42 IVE per cada 100 embarassos el 1995 al 30% el 2008) (42). Finalment, es considera Europa el context regional on l'educació sexual és més acceptada com a mesura per garantir la SSR (58). Amb tot, però, la situació a Europa és heterogènia i la IVE legal i en condicions segures i sense obstacles no és universal. Els acords internacionals també se'n fan ressò per corregir aquells aspectes que queden pendents per millorar la SSR.

El 1996 la Unió Europea i tots els seus estats membres van adoptar formalment el Pla d'Acció de la CIPD del Caire. A partir d'aquell moment, la política de la Unió Europea en SSR s'emmarca en els seus principis. La UE promou un enfocament integral i el reconeixement de la salut i els drets en matèria de reproducció i sexualitat, incloent un maternitat exempta de riscos i l'accés universal a una diversitat de serveis i/de cures segures i fiables en matèria de SSR com queda reflectit en reglaments sobre SSR del Parlament Europeu (59).

Algunes de les mancances en matèria de SSR, però, es fan evidents en diversos acords internacionals d'àmbit europeu, d'altres en són els grans absents i han de ser plantejats des d'altres esferes, a una escala més petita, local o fins i tot entre els professionals sanitaris de la SSR d'un país.

A la Declaració de Tbilisi fruit de la conferència "From abortion to contraception", convocada a l'antiga URSS el 1990 a la que van participar experts majoritàriament europeus, es reconeixia l'embaràs no desitjat i l'avortament insegur com el problema social i de salut pública més gran. Així mateix, es va reconèixer que la criminalització de l'avortament té un impacte molt petit en la incidència, i en canvi suposa un augment de la inseguretat i amenaça la salut i el benestar que cerca la SSR (60).

Dins de la Unió Europea, també existeix una heterogeneïtat en la implementació dels drets i la SSR, així com una manca de concreció de les mesures a prendre en matèria de SSR, tal i com constata el document sobre la salut i drets sexuals i reproductius redactat per Anne Van Lancker membre del Comitè dels drets de les dones i la igualtat d'oportunitats del Parlament Europeu, document base per la resolució 2001/2128 del Parlament sobre salut i drets sexuals i reproductius el juliol de 2002 (61). La resolució 2001/2128 subratllava la importància de la prevenció per tal d'evitar IVE i demanava als Estats membres i candidats a l'adhesió d'elaborar una política nacional en matèria d'accés als serveis i a l'anticoncepció. Els mètodes anticonceptius haurien de ser facilitats de manera gratuïta o a baix cost als grups desfavorits com els joves, les minories ètniques o les persones en situacions marginals. Així mateix, hauria de ser facilitada l'anticoncepció postcoital o *anticoncepció d'urgència* (AU), fàrmac que evita que s'implanti l'òvul fecundat. A més a més, la resolució del parlament Europeu feia una crida als governs a establir serveis especialitzats que facilitessin l'assessorament, sobretot a grups específics, a generalitzar una educació sexual integral i a llençar campanyes de publicitat adreçades als joves.

El 2004, l'Assemblea Parlamentària del Consell d'Europa resolva implicar els homes en la SSR a través de la Resolució 1394 (62). Així mateix algunes de les recomanacions que va fer l'Assemblea als Estats membres a través de la Resolució 1399 sobre l'estratègia europea per la promoció de la salut i els drets en matèria de sexualitat i procreació (63) són pertinents en l'àmbit d'aquesta recerca com, per exemple, que el dret a la SSR implica la facultat d'establir una relació sense por a les ITS o als embarassos no desitjats i que les parelles haurien de poder regular la seva fecunditat sense conseqüències perilloses. Els Estats membres són animats a prendre totes les mesures necessàries en

els dominis, sobretot, de la informació i de l'educació, de l'embaràs adolescent, així com en matèria d'accessibilitat als serveis de SSR.

A Europa, el dret a la IVE és tractat com un aspecte bàsic de SSR i com un dret humà inalienable de les dones per tal que puguin prendre les seves pròpies decisions en matèria de fecunditat. Tot i no ser vinculant, un dels pronunciaments més progressistes en matèria d'avortament fet per un organisme de drets humans internacional o nacional és el que va fer l'Assemblea Parlamentària del Consell d'Europa de 16 d'abril de 2008 on s'acceptava el document realitzat pel Comitè per la igualtat d'oportunitats de les dones i els homes titulat "Accés a l'avortament legal i segur a Europa" (64), el qual feia referència a la no criminalització de l'avortament, a la garantia per les dones de poder exercir el seu dret a tenir un avortament legal i segur, a l'eliminació de qualsevol obstacle directe o indirecte d'accés a l'avortament i a l'adopció d'estratègies i polítiques de SSR basades en l'evidència, com per exemple l'accés a l'anticoncepció a un preu raonable i adaptat i educació sexual i afectiva obligatòria adaptada a l'edat i la gènere. L'adopció d'aquest document és particularment significatiu en un context geogràfic amb situacions diverses pel que fa a la legislació i polítiques en matèria de SSR regional.

Europa podria seguir, però, una tendència contrària a la liberalització. Especialment en països de tradició catòlica com el cas d'Espanya on s'enforteix un moviment d'oposició a qualsevol tendència liberalitzadora, els anomenats grups "provida", vinculats molt sovint a la jerarquia de l'Església catòlica.

Persones i organitzacions contràries a la pràctica de l'avortament i que el consideren un crim, s'acullen a l'estatut jurídic del fetus, per fer retrocedir les legislacions sobre la IVE. El 8 de juliol de 2004, la Cort Europea dels Drets de l'Home va refusar de reconèixer l'estatut de persona al fetus. Vista l'absència del consens europeu en relació a aquest tema, la Cort va decidir que el moment d'origen del dret a la vida –garantit a la Convenció dels Drets de l'Home– provindria de l'apreciació de cadascun dels Estats. Aquesta ambigüitat, fins i tot també dins d'un mateix Estat, genera que les discussions en matèria d'avortament es realitzin, també dins dels sistemes de salut, com formant part de les iniciatives per assegurar la salut general de la dona.

Degut a la necessitat de consens en SSR s'estableixen diverses iniciatives a nivell europeu, entre les quals destaca la constitució de la xarxa EURONGOS que engloba a diverses associacions compromeses amb els objectius del Caire i que s'estableix com a espai no governamental de discussió i cooperació en matèria de SSR.

Els esforços i l'interès en reduir la xifra d'IVE i el manteniment dels missatges que van sorgir en aquelles primeres reunions de consens de la comunitat internacional es mantenen encara avui vigents per part d'organismes internacionals, si bé l'aproximació s'ha anat fent més estratègica i operativa. Els darrers documents publicats per l'OMS, les Nacions Unides i el Parlament Europeu es fan ressò d'aquests temes sensibles i concedeixen als Estats la responsabilitat de complir amb els seus propòsits. La importància de no promoure la IVE com a mètode anticonceptiu continua sent d'actualitat, també, en el context europeu.

### **1.1.5. La liberalització de les legislacions sobre la IVE al món**

Tot i que la tendència a la liberalització de la legislacions a l'avortament al món des dels anys 50 del segle XX mostra una més gran sensibilització de molts governs a respectar el dret de la dona de decidir interrompre l'embaràs, aquest respecte és molt lluny de ser universal.

Les lleis es classifiquen en base a la lectura literal d'estatuts, reglamentacions i decisions dels tribunals i, en canvi, són aplicades segons diverses interpretacions. En aquest sentit, la situació al món és ben diversa i no n'hi ha prou en considerar les condicions establertes per la llei per descriure la situació de la IVE en un país ni les condicions de seguretat. Països on la legislació és molt restrictiva, la llei pot interpretar-se més liberalment a la pràctica o, contràriament, en països on l'avortament és legal, a la pràctica ser més difícil d'accedir-hi degut a d'altres obstacles com l'accés a un sistema sanitari segur, la falta de disposició dels prestadors dels serveis d'avortament, a l'absència d'institucions apropiades o a l'estigma social associat a interrompre un embaràs.

Amb tot, però, el marc legal que envolta la pràctica de la IVE és una dimensió significativa que disposa les condicions de possibilitat perquè les dones puguin interrompre un embaràs i les condicions de seguretat de la pràctica. El 2008, 22 milions d'avortaments al món, el 49% del total d'IVE, es realitzaven en condicions insegures i el 13% de les morts maternes es devien a avortaments en males condicions (42).

La classificació internacional de les lleis d'avortament més habitual organitza els països en cinc grups segons el Center for Reproductive Rights (65):

1. Països on la llei prohibeix l'avortament en tots els casos (segons dades de 2009 de l'Institut Alan Guttmacher, 32 països que representen el 6% del total de dones en edat fèrtil de 15-44 anys) (66). En aquestes legislacions no s'especifica per escrit cap circumstància excepcional per poder avortar tot i que en 28 d'aquests

països podria interpretar-se la "circumstància de necessitat". És important assenyalar que hi ha països on la llei permet interpretar que es pot practicar un avortament en cas de necessitat i d'altres que defensen només teòricament aquest "estat de necessitat" i no protegeixen els prestadors del servei de ser processats. Hi ha països que reconeixien aquesta excepció i que recentment l'han eliminat com succeeix a Xile, Nicaragua, El Salvador<sup>1</sup>.

2. Països on la llei defensa la vida de la dona (36 països amb el 21% del total de dones en edat fèrtil). Alguns països o regions dins d'un país com Mèxic, per exemple, fan excepcions per violació, incest o risc pel fetus, la implementació d'aquestes excepcions, però, és rara<sup>2</sup>.
3. Països on la llei defensa la salut física de la dona (prop d'un 10% de les dones en edat fèrtil del món viuen en els 36 països inclosos en aquest grup). Es tracta de causes "terapèutiques o de salut" i per tant poden interpretar-se de manera àmplia en la línia de la definició de la SSR proposada al CIPD del Caire. Tot i així, donada la postura restrictiva dels Estats respecte l'avortament, llavors quan la salut mental no apareix en la seva legislació es classifiquen com si tan sols parlessin de salut física. En alguns casos, requereixen d'amenaça greu o permanent per la dona com succeeix al Perú o al Pakistan<sup>3</sup>.
4. Països amb lleis que reconeixen les amenaces a la salut mental (23 països que representen el 4% de la població femenina en edat fèrtil). Encara que en termes generals és un professional mèdic qui ha de valorar el problema de salut mental, a la pràctica existeixen una varietat de factors per determinar si l'embaràs amenaça la salut mental. Des d'un embaràs fora del matrimoni a l'embaràs degut a una violació entrarien dins dels factors determinants<sup>4</sup>.

---

<sup>1</sup> Llistat de països que en formen part: Andorra, Malta, San Marino, Angola, Lesotho, Iraq Filipines Xile, Àfrica Central Rep. Madagascar Laos Tonga, República Dominicana, República del Congo (Brazzaville) Mauritània, Illes Marshall, El Salvador, Dem. Rep of Congo, Mauritius, Micronèsia Haiti Egipt São Tomé and Príncipe Oman Hondures, Gabon, Senegal, Palau, Nicaragua, Guinea-Bissau, Somàlia, Surinam.

<sup>2</sup> Irlanda, Costa d'Ivori, Afganistan, Myanmar, Antigua i Barbuda, Kenia, Bangladesh, Papua Nova Guinea, Brazil, Líbia, Bhutan, illes Solomon, Dominica Malawi Brunei Darussalum Sri Lanka Guatemala, Mali, Timor oriental, Síria, Mexico, Nigeria Indonèsia, Tuvalu, Panama, Sudan, Iran, U.A.E. Paraguai, Tanzania Kiribati West Bank and Gaza, Venezuela, Uganda Líban, Iemen

<sup>3</sup> Llistat de països que en formen part: Liechtenstein, Mònaco, Polònia, Benin, Etiòpia Jordània Argentina Burkina Faso, Guinea, Kuwait, Bahames, Burundi, Marroc, Maldives, Bolívia, Camerun, Moçambic, Paquistán, Costa Rica Txad, Níger, Qatar, Equador, Comores, Ruanda, Àrabia Saudí, Grenada, Djibouti, Togo, Corea del Sud, Perú, Guinea Equatorial, Vanuatu, Uruguai, Eritrea

<sup>4</sup> Llistat de països que en formen part: Espanya, Irlanda del Nord, Nova Zelanda, Algèria, Namíbia, Hong Kong, Samoa Colòmbia, Botswana, Seychelles, Israel, Tailàndia, Jamaica, Gambia, Sierra Leone, Malàisia, Saint Kitts and Nevis, Ghana, Swazilàndia, Nauru Saint Lucia, Libèria, Trinidad i Tobago.

5. Països amb lleis que reconeixen factors socioeconòmics (14 països amb el 20% de la població mundial)<sup>5</sup>
6. Països amb legislacions que permeten l'avortament sense restriccions, només delimiten el temps de gestació (56 països que representen el 40% de la població femenina mundial)<sup>6</sup>.

He apuntat més amunt que a banda de la llei, cal tenir en compte que poden existir d'altres obstacles a l'avortament segur, obstacles que desprotegeixen a la dona, i fins i tot al prestador del servei, respecte els quals la llei pot ser ambigua: El límit gestacional de l'embaràs, la qualitat dels serveis, el consentiment de terceres persones (especialment en dones menors d'edat), l'obligatorietat d'un consell assistit i un temps d'espera, la prohibició de la IVE per selecció del sexe, el cost de la pràctica, la manca de suport social al procés, els retards a l'atenció, l'objecció de consciència o actituds negatives per part dels professionals o les traves de les autoritats policials i judicials (48,66,67).

En la majoria de països europeus, la IVE és permesa sense restriccions, només limitada pel temps de gestació. Tot i una tendència a la liberalització de les legislacions de la IVE al continent, Europa de l'Est ha seguit un camí contrari. Entre 1950 i 1980 gaudia de les lleis menys restrictives i l'avortament esdevenia el mètode de control de la fecunditat més utilitzat. A partir de 1980, es va començar a posar traves a la pràctica de l'avortament, al mateix temps que millorava l'accés a l'anticoncepció. Països d'Europa de l'Est i Central com Hongria, Letònia, Polònia i la Federació Russa han adoptat restriccions a la pràctica de la IVE, tot i continuar formant part de la categoria menys restrictiva (66).

Per entendre la situació política, legal, mèdica i social actual de la IVE en el nostre context s'ha hagut de vincular la seva pràctica als avenços en els acords internacionals en assumptes de població. Aquests són d'una banda el reflex de les demandes d'una societat en termes de drets humans, sexuals, de salut i de gènere i, de l'altra, són el marc de referència que ha de permetre definir les legislacions nacionals per protegir aquests drets, definir programes i poder acabar implementant serveis socio-sanitaris de qualitat per atendre'n la demanda. Tot i el reconeixement que la IVE, com a dimensió de salut i drets sexuals i reproductius, ha d'estar garantida, des d'aquelles conferències de

---

<sup>5</sup> Llistat de països que en formen part: Austràlia, Finlàndia, Gran Bretanya, Islàndia, Japó, Luxemburg, Zàmbia, Xipre, Barbados, Índia, St. Vincent i, Taiwan, Grenadines,

<sup>6</sup> Llistat de països: Albània, Letònia, Àustria, Lituània, Bielorússia, Macedònia, Bèlgica, Moldàvia, Bòsnia i Hercegovina, Montenegro, Holanda, Bulgària, Noruega, Portugal, Croàcia, Romania, República Txeca Rússia, Dinamarca, Sèrbia, Estònia, Eslovàquia, França, Eslovènia, Alemanya, Suècia, Grècia, Suïssa, Hongria, Ucraïna, Itàlia, Canadà, Estats Units, Geòrgia, Cap Verd, Armènia, Cuba, Sud Àfrica, Azerbaidjan, Guyana, Tunísia, Bahrain, Puerto Rico, Cambodja, Xina, Kazakhstan, Kirgizstan, Mongòlia, Nepal, Corea del Nord, Singapur, Tadjikistan, Turquia, Turkmenistan, Uzbekistan, Vietnam.



població, això no és una realitat a tots els països del món i és, per tant, només en aquells contextos on es donen les condicions de possibilitat on pren especial interès en aquesta investigació estudiar els factors explicatius de la IVE.

## 1.2. L'ESTAT DE LA QÜESTIÓ DE L'ESTUDI DELS FACTORS EXPLICATIUS DE LA IVE

Clàssicament, la demografia ha estudiat l'avortament com a determinant pròxim de la fecunditat i, per tant, la seva voluntat ha estat quantificar-ne l'impacte sobre la fecunditat en les diverses societats, que era el fenomen pròpiament demogràfic que interessava estudiar (14). Quan la realitat i la demanda social, reflectida en els acords internacionals de població, posa èmfasi en la importància de poder assolir la fecunditat desitjada i gaudir d'una vida sexual i reproductiva satisfactòria, en detriment de posar el focus només en el creixement i control poblacional, quan la IVE esdevé un tema social, econòmic i de salut pública, això estimula l'increment del nombre d'estudis sobre avortament voluntari com a fenomen d'estudi en si mateix. Els estudis se centren en la variació de la incidència del fenomen a partir de factors estructurals o en funció de les característiques sociodemogràfiques de les dones, en identificar els determinants que afecten a la pràctica, així com en la cerca de les raons per decidir avortar.

### 1.2.1. Factors explicatius dels nivells d'IVE

Els estudis que se centren en els factors estructurals com a factors explicatius de la intensitat de l'avortament comparen la variació de la freqüència de l'avortament al llarg del temps i entre poblacions o subpoblacions en funció dels programes de PF establerts, la cobertura anticonceptiva o el contingut de la legislació sobre avortament i anticoncepció. Alguns dels resultats més rellevants apunten que les taxes d'avortament més baixes es troben en regions on la IVE s'ha despenalitzat (42,68), que hi ha una relació inversa entre les taxes d'avortament i la cobertura anticonceptiva i entre les taxes d'avortament i les necessitats insatisfetes, i que es troben les taxes d'avortament més baixes allà on hi ha un bon accés als serveis en matèria de SSR també on hi ha bon accés a serveis d'atenció a la IVE (60,66-73). Alguns estudis apunten que, inicialment, quan augmenta l'ús de mètodes anticonceptius hi pot haver un augment de la incidència de l'avortament per assolir els nivells de fecunditat esperats (74,75).

L'estudi de la variació de la incidència d'avortament en funció de les característiques sociodemogràfiques de les dones que avorten mostra com les dones adolescents i joves, les dones que no estan en unió i les dones estrangeres presenten taxes d'avortament més altes (11,20,72,76-82). Aquests estudis es basen generalment en estadístiques

oficials, per la qual cosa estan limitats a països on la IVE és legal o on ha estat despenalitzada.

A l'hora de cercar determinants de la IVE, alguns estudis apunten que, a més a més, de les edats joves i l'origen estranger, tenir un nivell socioeconòmic alt, l'absència de parella estable el nombre de fills anteriors i no tenir una actitud negativa envers la IVE, són alguns dels factors de risc a l'avortament voluntari (12,22,83-90). L'impacte de la situació de parella varia d'un estudi a l'altre, sovint influenciat pel fet que es tenen en compte diferents moments del curs de vida de la dona o diferents contextos geogràfics on les característiques de la formació de la família no coincideixen. Així, en països on la prevalença dels fills fora del matrimoni és més elevada no hi ha més risc d'avortament entre solteres, cohabitants o casades, mentre que en països on menys d'un terç dels fills és fora de la unió de parella, les solteres i cohabitants tenen significativament més risc d'avortar (89,91). D'altres estudis mostren com la dona cohabitant presenta més risc d'avortar que la casada, però està més a prop de la casada que de la soltera (92). La relació entre l'avortament i el nivell educatiu de la dona, els ingressos o la situació professional és menys clara, trobo efectes en les dues direccions (80,12,19,81,87,91,93-96).

Alguns estudis contempnen el concepte de *curs de vida*, com a aglutinador de factors socials i individuals, perquè parteixen de la idea que no es pot entendre el pes del context social en la presa de decisions en matèria d'avortament si no s'introdueix l'edat. S'adonen que els determinants a la IVE varien en funció del grup d'edat que es considera (22,23).

La relació entre la prevalença anticonceptiva i la incidència de la IVE no és directa. Alguns autors destaquen que la prevalença anticonceptiva afecta més el descens de l'embaràs no desitjat que els nivells d'IVE (92). No és la voluntat d'aquesta tesi identificar els determinants d'un embaràs no desitjat que s'ha vist que no es corresponen, necessàriament, als determinants de la IVE (87,95,97), però no es pot negar la relació que s'estableix entre l'un i l'altre. Tan sols voldria apuntar que és difícil establir aquesta relació entre la taxa d'IVE i els embarassos no desitjats degut a la dificultat d'obtenir aquesta informació a partir de les enquestes en població general, per la complexitat de reconèixer les intencions d'embaràs i pel biaix que es produeix quan s'intenta identificar la intencionalitat i el desig d'un embaràs a través d'enquestes retrospectives (98-107). Amb tot, hi ha estudis que corroboren que quan s'ha pogut disminuir el pes dels embarassos no desitjats, gràcies a una major cobertura anticonceptiva, el recurs a la IVE augmenta davant d'un embaràs no desitjat (108,109).

### **1.2.2. Factors explicatius del procés individual de la IVE**

En aquest recorregut pels factors explicatius del recurs a la IVE que va de l'anàlisi macro al micro, voldria fer referència, més enllà de la cobertura o de la prevalença anticonceptiva a aquells estudis que descriuen la conducta anticonceptiva de les dones que accedeixen a una IVE. Els principals resultats demostren que una IVE està precedida per moments o períodes de mala gestió del mètode, per un ús de mètodes menys efectius o al moment de canvi de mètode (108,110-114). Alguns estudis apunten una manca de coneixements sobre els mètodes anticonceptius o la por als seus efectes secundaris com a possibles determinants d'una IVE (91,115).

Les enquestes quantitatives recullen les raons d'una dona per decidir avortar (71,76,79, 83,86,112,116-118). Aquests estudis mostren una multiplicitat de raons que es combinen per voler interrompre un embaràs, vinculades a les circumstàncies de vida. El cost del fill, voler posposar la maternitat o no tenir més fills, no sentir-se preparada, ser massa jove, no voler ser mare soltera o quan la parella no és estable són algunes de les raons més citades (84,85,86,112,116, 118, 119). Les raons donades en última instància estan relacionades amb les característiques sociodemogràfiques de la dona (10,22,76,84,85,93,120).

Les motivacions per decidir avortar i les circumstàncies personals de la dona, així com altres factors socials o estructurals que fan que la dona prengui la decisió, troba en la metodologia qualitativa el seu principal aliat, a vegades combinada amb la metodologia quantitativa i a vegades separadament. Els països nòrdics, si bé no són els únics, tenen una literatura prolífica sobre l'experiència i les raons de la dona que decideix interrompre l'embaràs. Davant de la decisió d'avortar, prenen importància l'ambivalència a la maternitat i el desig inconscient a l'embaràs i s'evidencia la complexitat de la decisió (27,30,84,117,119,121), les condicions econòmiques, de parella, materials, la importància del suport de la parella o d'algú proper són algunes de les raons (35,122); les dones també expressen com les condicions del context i estructurals o institucionals poden donar forma a la seva decisió (86,123).

L'estudi del rol del professional en el procés de la IVE i l'experiència de la dona quan vol accedir a una IVE és estudiat a través de la metodologia quantitativa i qualitativa. Les dones que se senten ben informades i que reben un bon suport viuen millor l'experiència si bé prenen la decisió prèviament a accedir al sistema (26,29,32,36,124-127)

Hi ha pocs estudis que descriu tot el procés de la IVE, des que es produeix la relació sexual fins que la dona accedeix al sistema sanitari per realitzar la IVE. L'any 1984 la

psicòloga nord-americana Myrna Friendlander feia una incursió des de la psicologia a la complexitat del procés individual de la IVE contemplant la decisió prèvia a la IVE i la conducta anticonceptiva (97). El 2002, les demògrafes i sociòlogues Natahalie Bajos, Michele Ferrand i el grup interdisciplinari GINÉ van anar una mica més enllà i completaven l'estudi de tot el procés que condueix a la IVE, combinant la metodologia quantitativa i qualitativa (8), i el 2007 Clémentine Rossier modelitza tot el procés de decisió individual per quantificar-ne els resultats (72).

## **CAPÍTOL 2. MARC TEÒRIC I EXPLICATIU PER A L'ESTUDI DE LA INTERRUPCIÓ VOLUNTÀRIA DE L'EMBARÀS**

### **2.1. DE LA PLANIFICACIÓ DE L'EMBARÀS A L'EMBARÀS DESITJAT. EL PAPER DE LA IVE EN UNA SOCIETAT EN TRANSFORMACIÓ**

S'han posat les bases perquè la IVE a Europa sigui un dret de SSR garantit i, tal i com apunto a continuació, la IVE esdevé una opció per dur la maternitat al moment desitjat.

L'avortament voluntari és una de les manifestacions dels canvis socials de les societats europees que han viscut la Segona Transició Demogràfica i les revolucions sexuals, anticonceptives i de gènere que la caracteritzen. Només entenent el valor dels fills i els factors que influencien la decisió de tenir un fill en aquests contextos, talment com un *continuum* en el procés de decisió de la maternitat, és possible entendre la decisió d'avortar.

En societats on tenir un fill, com d'altres dimensions del projecte de vida, és el resultat d'una reflexió individual (o de parella) i en les que els individus disposen de les eines per poder planificar-lo, l'arribada d'un embaràs no desitjat es pot –i s'ha definit com un dret– resoldre'l amb una IVE.

#### **2.1.1. La planificació de l'embaràs en una societat amb baixa fecunditat i maternitat tardana. Aportacions de la demografia**

Els factors que influencien la planificació de tenir un fill i la planificació de l'embaràs han de ser investigats a nivell individual, contextualitzar-los en les dinàmiques socioeconòmiques de la societat d'estudi i interpretats a la llum dels canvis de normes i valors propis d'una cultura que han acompanyat les transformacions de la conducta reproductiva un cop superada la segona meitat del segle XX.

La perspectiva de la Segona Transició Demogràfica que plantejaven per primera vegada Van de Kaa (15) i Lestaheghe (16) m'ofereix elements per analitzar els canvis culturals que afecten les conductes demogràfiques en matèria de fecunditat i en la decisió de tenir un fill. Aquest període s'inicia a Europa del Nord i Occidental a finals dels anys 60 del segle passat i es caracteritza per un conjunt de canvis en les formes familiars i reproductives, entre d'altres. Si bé no són els únics canvis rellevants que es produeixen en aquest període, el descens de la fecunditat total, el retard de l'edat al matrimoni i a la maternitat, l'augment de la cohabitació i del divorci i la separació d'unions consensuals, així com l'augment dels fills fora de les unions formals són canvis generalitzables a les

societats que viuen la Segona Transició Demogràfica, difícilment reversibles. La fecunditat baixa i tardana i les noves formes familiars es deuen, sobretot, a tres revolucions (16): a) La revolució de gènere que suposa, d'una banda, la redefinició dels rols de gènere –tant a nivell social com en l'organització de la parella– i, de l'altra, una major igualtat en les experiències vitals d'homes i dones b) La revolució anticonceptiva, que posa a disposició de la dona (i de l'home) mètodes anticonceptius moderns, més segurs i eficaços, que faciliten la planificació dels fills en el moment desitjat i permeten la revolució sexual que apunto a continuació, c) La revolució sexual, que ha permès desvincular la sexualitat de la reproducció i que posa les bases per una major igualtat teòrica en les trajectòries sexuals d'homes i dones.

Fruit d'aquestes revolucions es perfilen noves regles que (re)defineixen la conducta individual socialment acceptada, les normes o representacions socials, en matèria d'anticoncepció, sexualitat i maternitat (17,21,128,129).

a) *La revolució de gènere. Cap a una maternitat tardana*

El retard en la maternitat i/o el descens de la fecunditat, propi d'aquest període, es produeix com a conseqüència, doncs, de noves normes i valors que defineixen les relacions socials i les conductes individuals. Aquests nous valors apunten un menor control social per part d'estaments que tradicionalment havien tingut aquesta funció com són l'Església o l'Estat sobre les conductes dels individus, d'una accentuació de la autonomia individual en les esferes ètica i moral i en la presa de decisions i del refús a l'autoritat que confereix menys importància a aquelles institucions que fins llavors establien les normes (16).

Quan es desinstitucionalitzen, es desestructuren i es personalitzen les relacions de parella pren més importància la qualitat del vincle i menys la seva forma, tradicionalment el matrimoni; es diversifiquen els recorreguts vitals dels individus, es desestandarditza el curs de vida i sorgeixen noves formes familiars. La unitat familiar continua estant relacionada amb l'existència d'una parella, però ja no de l'existència de fills (130,131).

En aquest nou context cultural pren molta importància el sentiment de realització personal desitjat, poder desenvolupar-se en diverses facetes, especialment educativa i professional, també de parella, en les relacions amoroses i afectives i en la faceta de la maternitat i la paternitat, però en aquest desig de vida plena i satisfactòria, tenir un fill ja no és l'única manera de sentir-se realitzat. En una tendència a l'equitat de gènere, el desig de realització personal afecta especialment a les dones, per elles la maternitat ja no és l'objectiu últim en el seu projecte vital ni en la formació de la família, sinó que la

dona allarga el temps de formació i assoleix nivells educatius més alts que en èpoques anteriors, equiparant-se a l'home i, posteriorment, amb l'entrada al món laboral vol assolir un estatus professional (131).

Coincidint amb aquest moment històric i retroalimentant els efectes de les normes i valors que suggereix la Segona Transició Demogràfica, es defineixen els valors postmaterialistes (132) que també afecten les preferències de la fecunditat (131) i expliquen els canvis de valors en les societats postindustrials que han assolit un creixement i una certa seguretat econòmica. En aquestes condicions el valor de les idees i els objectius de vida immaterials, com el desenvolupament personal, prenen més importància que el valor dels diners i la seguretat material; es produeix una més gran llibertat d'expressió i els individus tenen l'oportunitat de participar en les decisions laborals i polítiques que els afecta. En aquest context postmaterialista, la maternitat esdevé el resultat d'un procés reflexiu d'autoqüestionament (131) i els fills adquireixen un valor i donen un sentit nou a la maternitat, passant a satisfer sobretot necessitats emocionals dels progenitors (133). Les dones espanyoles declaraven a l'*Encuesta de Fecundidad y Valores en la España del Siglo XXI* realitzada pel Consejo de Investigaciones Sociológicas l'any 2006 com a motiu principal per voler tenir un fill (o un altre fill), el sentiment gratificant que produeix tenir-los (vegeu més informació d'aquesta font al Capítol 3) (134).

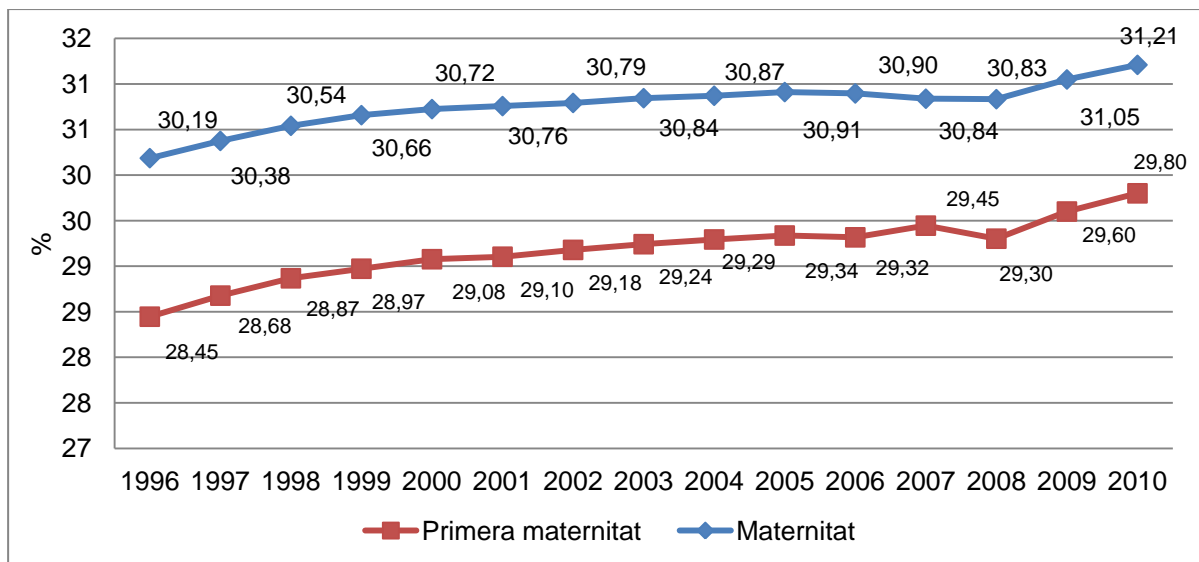
Si bé la cronologia i la intensitat de les conductes demogràfiques no és la mateixa a totes les societats que viuen la Segona Transició Demogràfica, aquestes conductes i els valors associats que acabo d'apuntar s'acabaran donant en totes elles. Espanya, com d'altres països del Sud d'Europa, ha viscut amb un cert retard i amb intensitats diferents algunes d'aquestes dinàmiques demogràfiques respecte d'altres països del Nord d'Europa i Europa Occidental (20). No és fins a mitjans dels anys 80 que van començar a augmentar la cohabitació i els fills fora del matrimoni, tot i que encara no han assolit la prevalença d'altres països de l'entorn europeu (135), mentre que els nivells educatius de les dones ja havien augmentat equiparant-se als nivell educatius dels homes.

A Espanya, com a arreu d'Europa, la seqüència de les transicions en el curs de vida es modifica, l'ordre dels esdeveniments és cada vegada menys immutable, no sempre estan encadenats, i la distància entre aquests és cada vegada més independent (19). Espanya, però, presenta algunes especificitats; la seqüència de les transicions en la vida d'una dona és encara força rígida, en particular l'encadenament entre l'inici d'una relació de parella estable, i concretament el matrimoni, i l'arribada del primer fill en les generacions joves (136).

La situació no és homogènia a tot a Espanya. A Catalunya, els trets propis de la Segona Transició Demogràfica són més evidents que en altres regions de l'Estat, especialment pel que fa uns nivells de fecunditat més baixos i un pes més important dels fills fora del matrimoni, del divorci i de la cohabitació. Alguns autors argumenten que aquestes diferències estarien associades a un nivell més alt d'autonomia i independència de la dona i a unes relacions patriarcals més dèbils (137).

A través de l'evolució de l'edat mitjana al primer fill a Espanya i la relació entre aquesta i l'edat mitjana a la maternitat (Gràfica 1), es fa evident no només el retard en la maternitat, sinó també una tendència a escurçar-se el temps de la reproducció. El resultat és que les dones tenen un menor nombre de fills i en edats més avançades.

Gràfica 1. Edat mitjana al primer fill i a la maternitat. Espanya 1996-2010



Font. Elaboració pròpia a partir de la sèrie d'Indicadores Demogràfics Básicos de l'INE.

El primer fill, que és el que determina la transició a la maternitat, és un fenomen únic en la vida d'una persona i irreversible, conferint una importància cabdal a la decisió. La decisió de ser mare per primera vegada normalment va precedida per la decisió de formar una relació de parella estable. No és condició necessària ni imprescindible, però sovint actua com a primer pas, especialment a Espanya i d'altres països del Sud d'Europa on els fills es tenen majoritàriament dins de la unió (136). L'any 2010, però, i en una tendència a l'augment, el 35,5% de naixements es va produir en dones no casades (segons dades de la sèrie de Indicadores Demogràfics Básicos de l'INE). Com alguns autors corroboren, hi ha una forta vinculació entre els dos processos i l'existència de parella és el principal predictor (136,138). Actualment, la parella és més independent en termes de parella, però més dependent emocionalment respecte l'ideal *passionà* de la



parella dels anys 50, pròpia d'un model de família patriarcal (18,139). Els altres factors, l'educació, la situació professional, l'emancipació, estan condicionant aquests dos altres processos i, finalment, el moment d'entrada a la vida adulta, caracteritzada per l'assoliment d'una certa estabilitat.

En el retard en l'entrada a la vida adulta, es prolonga el període d'adolescència i joventut, l'individu ha assolit la maduresa biològica, però no ha adquirit els rols i l'estabilitat que caracteritza la vida adulta. El psicòleg nord-americà Jeffrey Jansen Arnett proposa un concepte per qualificar aquesta nova etapa del curs de vida, *adultesa emergent*, que es troba a cavall entre l'adolescència i l'edat adulta (140). L'adultesa emergent, en societats postindustrials, caracteritzades pel retard de les transicions de vida, és una etapa d'inestabilitat, de llibertat, no es té el control dels pares propis de l'adolescència i està menys constrenyida pels rols propis d'un adult, és una edat centrada en els interessos personals, on res és normatiu en termes demogràfics. Com a part de l'exploració de la identitat, pròpia de l'adultesa emergent, es produeixen alguns pics en la prevalença de conductes de risc com són, per exemple, les relacions sexuals desprotegides, unes relacions que en aquest període no tenen com a finalitat la reproducció i, per tant explicaria, també un major risc a una IVE (140).

A Espanya, l'entrada a la vida adulta caracteritzada per la finalització dels estudis, l'entrada al mercat laboral i l'emancipació de la llar paterna, és especialment tardana. Tradicionalment, els demògrafs han considerat l'edat com a variable definitiva de les decisions en matèria de fecunditat. En aquest context, però, l'entrada a la vida adulta no depèn de l'edat biològica, que seria tan sols un marcador, sinó de les etapes assolides en el curs de vida que es consideren socialment rellevants en aquella edat biològica.

En la decisió de tenir un fill, doncs, és l'edat social o el moment del curs de vida el que entra en joc per definir "el bon moment a la maternitat", la *norma social de la maternitat* en el nostre context (17,136). La finalització dels estudis determina el moment d'establir-se en parella a Espanya, i això condiciona la resta de decisions del curs de vida. El temps que dedica la dona a la seva formació determina el retard en l'entrada a la vida adulta. Especialment la dona que assoleix nivells educatius més elevats és la que més retarda aquestes transicions (136).

El nivell educatiu assolit determina les expectatives laborals. Així, una més gran inversió en els estudis suposa una més gran dedicació a buscar la feina que compleixi les expectatives, fent que es retardi l'entrada a la maternitat. A Espanya l'arribada d'un fill està lligada al temps d'aconseguir aquesta feina i, especialment, al grau d'estabilitat de la mateixa. Les condicions laborals de desregulació i flexibilització del mercat laboral

generen una incertesa i inseguretats entre les generacions joves que està afectant clarament la formació de la família i especialment el retard en la entrada en unió de les dones (141).

Relacionat amb el procés anterior, l'emancipació de la llar paterna i l'autonomia residencial és un altre factor a tenir en compte per l'entrada a la maternitat. El temps dedicat a la cerca d'una feina que compleixi les expectatives, però també la incertesa que el panorama laboral porta a les generacions joves, lligat a la situació del mercat de la vivenda a Espanya, són d'altres factors que determinen l'entrada tardana a la maternitat (12).

Es produeix una modernització i secularització que s'insinua en la societat espanyola des de mitjans 70, tot i que l'Església catòlica té, encara avui, una influència en determinades qüestions morals i de costums i de la família. La visió tradicional de la família i de temes reproductius que perduren en la visió de l'Església a Espanya es reflecteix en algunes polítiques relacionades amb temes reproductius, i l'avortament voluntari n'és un clar exponent, dificultant la legalització del recurs a la IVE. La pràctica de la religió catòlica no sembla tenir un impacte en les decisions individuals en el camí cap a l'edat adulta fins a la formació de la unió, posteriorment són les dones practicants i en unió les que menys retarden l'entrada a la maternitat (136). La religiositat, que no necessàriament ha de ser expressada en termes de pràctica de la religió, sembla tenir un pes en la decisió de ser mare, de totes maneres, la relació de la religió i la religiositat pel que fa el seu impacte en la conducta de les parelles o dels individus és difícil d'establir (142).

Tot i que menys normativitzada per les institucions tradicionals, com l'Església i l'Estat, la família continua sent una institució important per la població femenina a Espanya i molt similar entre generacions. Segons *l'Encuesta de Fecundidad y Valores en la España del Siglo XXI*, més de 3 quartes parts de les dones creien que seria bo que en el futur es donés més importància a la vida familiar (89,2%) (134). El valor i el lligam amb la família és encara crucial pel desenvolupament personal (18,136).

En aquest context que he descrit, les característiques de l'Estat del benestar confereixen particularitats al cas espanyol en l'explicació dels nivells de la fecunditat respecte altres països d'Europa Occidental i del Nord. En països amb un model "familiar" i menys intervenció estatal en forma d'ajudes a la maternitat, allà on el principal recolzament a la maternitat prové de la família i de la parella, es pot produir un descens de la fecunditat per adaptar la maternitat a les etapes anteriors a l'entrada a la vida adulta (18,143, 144). A Espanya, la idea que els fills tenen un cost en un context de profunds canvis

culturals, socials i econòmics, la manca de polítiques públiques d'ajuda a la maternitat reforça aquesta percepció de càrrega personal que suposa la maternitat i podria explicar el descens de les taxes de fecunditat (144).

Tot i no ser l'únic factor que està actuant sobre la decisió a la maternitat, no es pot negar, tal i com proposa la sociòloga de la família Cristina Brullet, la "manca de condicions de possibilitat" en l'organització social, perquè la dona pugui exercir el dret de decidir el moment de tenir un fill (18). Les dificultats, diu Brullet, es donen a través de 3 grans obstacles en el nostre context: d'una banda, no és suficient la voluntat de la dona per poder interrompre l'embaràs ja que si no compleix les condicions que marca la llei haurà de tirar endavant un embaràs no desitjat; de l'altra, les relacions socials de sexe en el mercat de treball discriminen la dona que vol compaginar les dues facetes i, finalment, l'existència d'una organització social del temps obliga a fer una doble jornada laboral a les dones afectant la seva qualitat de vida (18).

Segons *l'Encuesta de Fecundidad y Valores en la España del Siglo XXI*, el 60,7% de les dones l'any 2006 consideraven que els fills eren un obstacle a la realització professional i entre les dones que havien estat mares la limitació que destacaven era la possibilitat de promocionar-se (en un 29,28% i 34,62% en els grups de 25-29 i 30-34 anys respectivament), mentre que el 96% no ho creien així pels homes (134). Els principals prejudicis a la feina que elles declaraven eren, concretament, que tenir fills havia suposat una reducció de l'activitat laboral i una interrupció temporal de la feina. De manera similar entre generacions, 4 de cada 6 dones desitjaven l'equitat familiar i, per tant, es tractava tenir una família en la que els dos membres de la parella treballassin fora de casa amb una dedicació similar i que a casa es repartissin equitativament la cura dels fills i de la llar. A la pràctica, el desig d'equitat coincidia amb la situació real tan sols en un 48% del casos (134).

Amb aquestes condicions culturals i socials de referència, pot considerar-se que alguns dels factors de la baixa fecunditat i/o del retard en la maternitat estan més lligats al retard en la formació de la parella, context encara prioritari de la maternitat, i a l'entrada a l'etapa de la vida adulta i menys a l'intent de controlar la fecunditat dins de la parella. Així, la planificació d'un embaràs és el resultat de la valoració de les prioritats en el projecte vital i de les dificultats, i no d'un manca de desig de voler ser mare. No es produeix un negació de la maternitat o paternitat, però les dones i les seves parelles ja no estan planificant la vida en terme de fills. Tot i que els fills no desapareixen dels plans, aquests han d'encaixar en el projecte vital dels progenitors (130) o com diu McDonald, la dona planifica l'arribada d'un fill per donar forma al seu futur (139).

En aquest exercici de racionalització i de planificació dels projectes vitals, que primer va afectar la vida dels homes i després de les dones, el beneficiari no tan sols és la dona. El sentiment de responsabilitat pot arribar a prevaldre per sobre del desig de tenir fills, des del moment que la decisió reflexionada a la maternitat també té la voluntat de garantir unes condicions de seguretat (material, d'estabilitat i de maduresa dels progenitors) pensant en el benestar del fill (133). En relació als fills, el 2006 la dona espanyola considerava que és un deure dels pares fer tot el que es pugui pels seus fills (85,2%) (134). Les raons declarades per les dones a la *Encuesta de Fecundidad y Valores en la España del Siglo XXI* per no voler tenir fills (o més fills) eren principalment tenir el número desitjat o la seva edat, però a continuació apareixien dos altres raons que semblen reveladores d'aquest procés de decisió reflexionada de la maternitat: la dificultat econòmica i les preocupacions que suposa l'educació dels fills. A les edats més joves (menys de 25 anys) prenen importància la incertesa personal, així com la dificultat que suposa tenir un fill per dedicar hores a d'altres coses. La variable edat es revelava important en la decisió, sobretot, a partir dels 40 anys i en edats adolescents (134).

*b) La revolució anticonceptiva. Cap a l'embaràs planificat*

Vinculat al retard de la maternitat i el descens de la fecunditat, augmenta de forma considerable l'interval que va des de l'inici de la vida sexual i la formació de la unió a la decisió de tenir un primer fill (145) i, per tant, augmenta el temps d'exposició al risc a tenir un embaràs abans de l'entrada a l'edat adulta o a l'edat social de la maternitat, fora del context d'estabilitat que he apuntat més amunt o el que és el mateix, el risc que es produeixi un embaràs no desitjat.

Fruit de la reivindicacions feministes dels anys 60 a Europa es va produir la revolució anticonceptiva que posava a disposició dels homes i de les dones mètodes anticonceptius moderns i eficaços, primer a Europa Occidental i del Nord i, posteriorment, a països del Sud d'Europa com Espanya a finals dels anys 70. La introducció de l'anticoncepció oral és el mitjà que permet planificar el moment en el que tenir els fills i reforça l'autonomia de la dona per decidir el moment. L'ús de l'anticoncepció abans de tenir el primer fill esdevé el mitjà més eficaç per poder dur a terme la maternitat al context desitjat, en definitiva dur a terme el projecte vital planificat propi de la societat que he descrit més amunt. S'utilitza per posposar la maternitat al moment adequat en la vida de les parelles o de la dona i poder desenvolupar la vida de parella sense fills els primers anys de la unió i/o allargar l'etapa anterior a l'avinguda d'un fill, completar els estudis o realitzar-se en d'altres facetes; finalment la revolució anticonceptiva permet a les dones desenvolupar la seva sexualitat sense risc de quedar-se embarassada (21).

Cal dir que a Espanya l'anticoncepció oral no ha substituït, tal i com a passat en d'altres països europeus, l'ús del preservatiu com a mètode més utilitzat, especialment en les dones més joves. Un cop passada l'eufòria inicial d'haver aconseguit disposar d'un mètode anticonceptiu modern i eficaç que ofereix a les dones el control del seu propi cos i de la fecunditat, es retorna a l'ús del preservatiu com a mètode per evitar un embaràs, les ITS o el VIH/sida. Segons *l'Encuesta de Fecundidad y Valores en la España del Siglo XXI* l'any 2006 el 34,2% de les dones que van iniciar les relacions sexuals amb l'arribada de l'anticoncepció oral (45-54 anys) van usar aquest mètode en la seva primera relació sexual, mentre que aquest percentatge era de 14,6% en les dones més joves (18-24). El preservatiu, en canvi, va ser el mètode més utilitzat per aquestes dones joves (80,4%) i aquest percentatge disminuïa fins al 30,2% en les de 45-54 anys (134).

En aquest context, en el que l'anticoncepció esdevé més eficaç i accessible, es perfila una nova norma anticonceptiva: el deure de protegir-se si no es vol tenir un fill i la necessitat d'adaptar el mètode anticonceptiu segon el moment del curs de vida (preservatiu en les primeres relacions, anticoncepció oral quan la relació s'estabilitza,...) (8,146).

c) *La revolució sexual. Cap a la dissociació de la sexualitat i la reproducció*

La difusió i accessibilitat als mètodes anticonceptius no només ha permès que la maternitat pogués ser planificada, sinó també ha permès dissociar la sexualitat de la reproducció. *L'Encuesta Nacional de Salud Sexual* realitzada pel Consejo de Investigaciones Sociológicas l'any 2008 m'aproxima a aquestes diferències generacionals en les conductes sexuals (el grup que inicia les relacions sexuals en el període actual, de 18-24 anys, i les dones que van iniciar les seves relacions sexuals els anys 70 del segle passat) (vegeu més informació d'aquesta font al Capítol 3). Es posa en evidència aquesta desvinculació entre sexualitat i reproducció a través del nivell de desprotecció anticonceptiva de les diverses generacions en les primeres relacions sexuals. Les dones de 55-64 anys es van desprotegir més en la primera relació sexual (55,0%) que les dones més joves, de 18-24 anys (11,5%) i, per tant, aquestes van tenir un risc més baix d'embaràs a la primera relació (147).

La revolució sexual en el marc de la Segona Transició Demogràfica va lligada, doncs, a la dissociació de la sexualitat i la seva finalitat reproductiva, concedint a les dones una més gran autonomia i una major igualtat teòrica entre homes i dones en el terreny de la sexualitat i la reproducció (21), així com la possibilitat de realitzar-se personalment en d'altres facetes abans de ser mare. La sexualitat s'inscriu dins el moviment social general que tendeix a una major igualtat entre homes i dones, millora la comunicació i permet compartir aspiracions. L'afebliment del matrimoni i l'augment de ruptures conjugals

permet la diversificació dels contextos sexuals i l'activitat sexual desvinculada del marc de la parella esdevé més acceptable socialment, també per la dona. Amb aquesta modificació del model sexual, canvia l'escenari, es produeix un descens de l'edat d'inici de les relacions sexuals, augmenta el nombre de parelles i la simultaneïtat d'aquestes al llarg de la vida i la sexualitat es prolonga fins a edats avançades (21,146). L'edat d'inici de les relacions s'avança al llarg de les generacions, tan pels homes com per les dones. Així, segons l'*Encuesta Nacional de Salud Sexual* les dones de 55-64 anys van iniciar les relacions sexuals als 21 anys i les de 18-24 anys amb 17 anys. Segons la mateixa font, els homes de les mateixes edats també avançaven les primeres relacions sexuals (passant de 20 anys a 16 anys) (147).

Segons alguns autors no parlaríem tant d'una revolució sexual, tal com la proposa la Segona Transició Demogràfica (16), sinó d'una sexualitat més individualitzada, en un context on les normes sexuals no han desaparegut, però són interioritzades i transmeses per altres vies, com els mitjans de comunicació o el grup d'iguals (21). Segons l'*Encuesta de Salud y Hábitos Sexuales* realitzada per l'Institut Nacional de Estadística el 2003, destacava el 39% de la població de 18-49 anys que es va informar de temes sexuals dins del seu grup d'iguals o germans. Els professionals, en canvi, apareixien com la font menys utilitzada (10%) per darrera de la família (12,4%) (vegeu més informació d'aquesta Font de dades al Capítol 3) (148). El resultat d'aquesta individualització i menys control per part de les institucions que ho havien fet tradicionalment, és la legitimació d'una major diversitat de situacions en la vida sexual d'una dona: períodes d'activitat sexual previs a la vida en parella, sexualitat en parella estable i amb parelles ocasionals, sexualitat després d'una ruptura i sexualitat després del període de la menopausa. Per primera vegada, s'associen a la sexualitat valors hedonistes de plaer, de benestar i de reciprocitat amb la parella. La sexualitat pot esdevenir per les dones un ritual íntim d'igualtat amb la parella, ja no és un deure i la reproducció ja no és la fita. En el nivell teòric s'estableixen les bases per a una més gran diversitat de conductes i de normes sexuals per les dones (21,128).

Segons l'*Encuesta Nacional de Salud Sexual* de 2008 s'insinua aquesta augment de la reciprocitat de l'home i de la dona en algunes pràctiques sexuals. Mentre que el 15,6% de les dones d'entre 55-64 anys declaraven practicar la masturbació mútua, entre les dones de 18-24 representaven el 54,7%; de la mateixa manera el 22,6% de les dones més grans volien ser acariciades per les seves parelles, mentre que representaven més de la meitat de dones de 18-24 (52,4%). També hi havia hagut un augment de la llibertat sexual i, així, el 18,4% de les dones joves havien tingut relacions sexuals la primera vegada amb una parella ocasional o una persona que acabaven de conèixer i

aquest percentatge era inferior en les dones de 55-64 anys (5,6%). Augmentava el pes de les dones que havien tingut la primera relació sexual per curiositat (22,6% de les dones joves respecte el 13,9% de les dones més grans). La dona ha anat prenent la iniciativa en les relacions sexuals amb més freqüència (ho feien el 23,4% de les dones joves i tan sols el 7,3% de les dones de 55-64 anys) (147). Així, les trajectòries, les practiques i les actituds dels homes i les dones tendien a aproximar-se.

Fins aquí he dibuixat una societat que es caracteritza per la planificació de les vides de les dones i dels homes per dur a terme els desitjos de realització personal. L'embaràs i la maternitat, no són una excepció, també poden ser planificats gràcies a la innovació tecnològica que suposa l'anticoncepció oral que ofereix el control, a nivell teòric, a les dones i allibera la sexualitat de la seva càrrega reproductiva. En una societat que planifica l'arribada d'un fill, doncs, un embaràs no planificat és percebut com una situació inacceptable.

### **2.1.2. L'arribada d'un embaràs no desitjat i el paper de la IVE en un context on la maternitat és una opció. Aportacions de la demografia social i de la sociologia.**

Si bé en les societats de la Segona Transició Demogràfica es donen les condicions per poder planificar un embaràs i portar la maternitat al bon moment, l'arribada d'un embaràs no desitjat està suggerint l'existència d'altres dimensions a tenir en compte per poder entendre'n les raons. La IVE és un dret sexual i reproductiu i en un context anticonceptiu imperfecte, té la funció de permetre a la dona resoldre un embaràs segons el seu projecte de vida present.

*a) El pes de la norma social de la maternitat. La dona a cavall d'aspiracions contraposades*

Els fills, avui, han d'estar planificats en un context afectiu estable i en el bon moment del curs de vida de les dones, que se situaria entre els 25-34, quan la dona ja s'ha emancipat de la llar paterna i té una situació professional estable.

Els canvis culturals i socials que s'han produït els darrers 50 anys permeten parlar d'una transició en el context de la maternitat, passant d'una "maternitat imposada" a una "maternitat voluntària" (17), tot i que ja he apuntat més amunt com les condicions de possibilitat a vegades limiten l'exercici d'aquest dret (18). Dos fenòmens han influït, especialment, en la concepció de la maternitat al llarg de la segona meitat del segle XX en societats que han viscut la Segona Transició Demogràfica: la tecnologia que ha permès planificar els embarassos (anticoncepció i posteriorment la reproducció assistida)

i l'estatus social que assoleix la dona. Ser mare en el context de la Segona Transició Demogràfica deixa de ser un esdeveniment "natural" en la vida d'una dona, per passar a ser un esdeveniment construït socialment (133).

Tot i la nova norma social de la maternitat, el valor de la maternitat té molt de la norma social que regia les societats europees anteriorment. La maternitat continua trobant-se en l'imaginari de moltes dones i es manté com un atribut de la femineïtat en les representacions majoritàries (128). Segons *l'Encuesta de Fecundidad y Valores en la España del Siglo XXI*, el 88% de les dones sense fills volien tenir-ne algun dia i el percentatge de dones al final del període fèrtil sense fills era encara baix (9% de dones de 50 anys o més) (134). Ambdós indicadors em suggereixen que la maternitat continua sent desitjada de manera generalitzada o, si més no, es tracta d'una experiència majoritària entre les dones.

Ara bé, segons estimacions fetes per Devolder, 1 de cada 4 dones de la generació de 1970 acabarà la seva vida fèrtil sense fills (149). La realitat posa la dona entre aspiracions contraposades: la norma social diu el bon moment de la maternitat i aquest potser no arriba. La dona es troba en una disjuntiva entre la conciliació de la vida familiar –i específicament la maternitat– i la vida laboral, i a vegades ha de triar entre desenvolupar una o altra faceta.

*b) La norma anticonceptiva i l'embaràs no desitjat*

Decidir el nombre de fills que es volen tenir i el moment del seu naixement és considerat un dret reproductiu dels homes i de les dones (39). Ja he vist que la PF esdevé el model dominant i com en aquest context, on la maternitat esdevé una opció, el nombre d'embarassos no desitjats tendeix a disminuir (109,146,150). Tot i la infradeclaració del desig d'embaràs a les enquestes dirigides a la població general (12,24), a través de dues Enquestes de Fecunditat a nivell nacional a Espanya, de 1995 i de 2006, es posa en evidència un descens, especialment, de la categoria d'embarassos que es volen tenir més tard (passant del 17,6% al 10,2% , però també d'embarassos que no es volen tenir sota cap concepte (del 9,7% al 5,8% respectivament) (19). No obstant, els embarassos no desitjats no han desaparegut, tenen un pes considerable i es reparteixen entre tots els grups d'edats i sociodemogràfics, degut a una errada inesperada del mètode, a un ús *inconsistent* –quan no s'usa en totes les relacions sexuals o es fa un ús incorrecte– o a un no ús. A Catalunya s'estimava el 2007 que el 49% dels embarassos no eren planificats (87).



En societats on s'ha produït la difusió i l'ús generalitzat dels mètodes moderns i eficaços, la pràctica anticonceptiva o la gestió diària de l'anticoncepció, explica aquesta dissonància entre la no planificació i l'arribada de l'embaràs, que mostra la complexitat de la relació de les dones amb les seves parelles i de les dones amb els professionals que prescriuen el mètode anticonceptiu (8) En aquest binomi, hi entren en joc d'altres factors, emocionals, psicològics i cognitius, i no només les intencions, les preferències o la planificació d'un embaràs (97,151,152).

Les dones es troben al bell mig de contextos ideològics, socials, de relacions i els seus processos personals conscients i inconscients, que poden expressar a través de "l'accident" anticonceptiu. La idea *d'accidentalitat* en l'ús de l'anticoncepció posa en evidència les motivacions subjacents d'una *conducta de risc* (vegeu apartat c) sobre la conducta sexual de risc) i introdueix el concepte *d'embaràs no desitjat* sí es produeix una concepció.

Convencionalment, es considera l'embaràs no desitjat com l'embaràs que precedeix a una IVE. En aquesta tesi he considerat l'accepció *embaràs no desitjat* per traduir el concepte en anglès *unintended pregnancy*. Tot i que d'altres autores prefereixen l'accepció *embaràs imprevist*, que consideren menys reduccionista (8), he preferit considerar el concepte més utilitzat en el nostre context. L'embaràs no desitjat m'ha de permetre descriure la diversitat d'emocions i de situacions que envolten una dona que es queda embarassada i que se sorprèn quan coneix el seu estat. Finalment, al capítol 7, recupero el concepte i el discuteixo a partir dels resultats obtinguts en l'anàlisi empíric. L'embaràs no desitjat em remet a un embaràs no programat, però no necessàriament no volgut o visceversa. Així, tant puc trobar a una dona a qui se l'hi ha trencat el preservatiu com una dona que no ha usat cap mètode anticonceptiu i, ambdues, s'han quedat embarassades sense haver-ho programat. A continuació, faig una revisió del concepte a través de la literatura científica.

*L'embaràs no desitjat*, és un concepte complex i multidimensional. Un embaràs no desitjat pot tractar-se d'un embaràs planificat tot i no ser desitjat o, al contrari, pot no haver estat planificat, però existir un desig ocult que s'evidencia amb la concepció (120) i, en qualsevol cas, pot ser una bona manera per aproximar-me a les ambivalències d'una dona que vol avortar.

Probablement la idea d'errada anticonceptiva, "d'accident", no sigui apropiat per molts casos d'embarassos no desitjats. Mentre que alguns autors apunten que l'errada suggereix que hi pot haver una desconexió entre les intencions de l'embaràs i la pràctica anticonceptiva (153,154), d'altres declaren que no sempre una errada

anticonceptiva porta a un embaràs no desitjat (155). Finalment, una protecció anticonceptiva efectiva requereix d'una voluntat consistent que l'embaràs no és volgut i no deixa espai a l'ambivalència. L'ambivalència sobre l'embaràs i la maternitat pot tenir una importància central per entendre les intencions de l'embaràs i l'ús anticonceptiu (153,154).

Clàssicament, el concepte *d'embaràs no desitjat* i les intencions a l'embaràs han estat utilitzades pels demògrafs per estudiar els patró de fecunditat i el procés de decisió de la maternitat i és important per estimar les necessitats insatisfetes en matèria de serveis d'anticoncepció. L'estudi del concepte *d'embaràs no desitjat*, però, ha rebut crítiques metodològiques i conceptuals. La mesura clàssica de l'embaràs no desitjat limita la comprensió de les intencions a l'embaràs per dues raons: les categories utilitzades en les fonts d'informació tradicional són simplificadores de la realitat de la vida de les dones i de les seves actituds, perquè les categories no capturen els factors emocionals i psicològics que envolten les intencions de l'embaràs (31,98,151), i perquè recuperar aquesta informació de manera retrospectiva, perspectiva més utilitzada, pot limitar la informació obtinguda (98,101,103,104,151). Així mateix, la majoria d'estudis sobre intencions a l'embaràs fan referència a embarassos que es resolen amb un naixement i, en canvi, hi ha menys recerca sobre les intencions relacionades amb embarassos que acaben en una IVE (118). Per aquestes raons, la mesura dels embarassos no desitjats és vàlida a nivell poblacional, però no descriu bé les intencions de fecunditat d'una dona.

Les fonts de dades més habituals entre els demògrafs, classifiquen els embarassos segons les categories següents: no planificat (*unplanned* en la terminologia anglesa), (no) volgut (*unwanted*), abans d'hora (*mistiming*). Quan en un intent d'enriquir l'estudi de les intencions de l'embaràs s'intenta avaluar les dimensions que engloben aquestes categories es posa en evidència que cada dona defineix de manera diferent aquestes categories en base a 1) el desig preconcepcional de l'embaràs, 2) la preparació per l'arribada de l'embaràs, 3) les conductes i expectatives en relació a la fecunditat, 4) el desig postconcepcional a l'embaràs i 5) l'adaptació a l'embaràs i al fill (121). Aquestes condicions estan influenciades pel desig de maternitat i aquest, al seu temps, està afectat pel sistema de valors i les influències socials i culturals que rep la dona (100,120,152).

Alguns autors han demostrat les limitacions de l'avaluació de les intencions a l'embaràs, l'errada anticonceptiva i els sentiments de la dona al descobrir que està embarassada a partir d'enquestes quantitatives. Un exemple de font de dades quantitativa, molt recurrent en l'estudi de l'embaràs als Estats Units és la National Survey of Family

Growth, la primera enquesta als Estats Units que recull informació sobre embaràs i que ha permès una literatura prolífica sobre aquest tema (102,104,153). Aquests mateixos autors, han valorat la necessitat de prendre una perspectiva multidimensional per estudiar el concepte d'embaràs i d'intencions a l'embaràs (151), així com explorar aquestes dimensions qualitativament per poder millorar aquesta mesura (100,101,106). Trussell i col·legues sintetitzen quines són les limitacions que presenta la mesura tradicional de les intencions d'embaràs, les quals fan difícil la comprensió de la mesura. Aquestes limitacions són: 1) planificar o preveure un embaràs pot ser diferent a voler estar embarassada 2) la idea de planificació pot no tenir sentit per alguna dona 3) l'ambivalència pot ser raó d'un ús imperfecte de l'anticoncepció (153)

En l'intent de considerar les intencions d'embaràs des d'una perspectiva qualitativa i multidimensional, s'identifiquen dues dimensions clau per explicar la forma de resolució d'un embaràs no desitjat: el desig d'embaràs i l'arribada a deshora (100,151). Amb aquesta premissa, desitjar o no un embaràs en detriment d'haver-lo planificat, sembla la categoria més explicativa en el procés de decisió d'un naixement o d'una IVE (100).

Bachrach i Newcomer van una mica més enllà i suggereixen que l'embaràs desitjat i no desitjat són dos extrems d'un *continuum* (101), en el que la planificació, els sentiments envers l'embaràs i la forma de resolució d'aquest no són exclusius d'una o altra classificació.

Finalment, l'estudi de la IVE com a forma de resoldre un embaràs no desitjat cristal·litza la complexitat del mateix concepte d'embaràs no desitjat i la multiplicitat de dimensions que aquest concepte amalgama i permet estudiar les intencions d'embaràs, des d'una perspectiva menys freqüent en la literatura demogràfica.

c) *La conducta sexual de risc. Les dificultats de gestionar la sexualitat*

La conducta sexual de risc evoca una conducta fora de la norma social i potencialment *perillosa*. "Potencialment" perquè el risc real és desconegut. Així, una relació sexual desprotegida pot suposar un embaràs, però potser no. Només la IVE, com a forma de resolució d'un embaràs, m'estarà dient si realment s'ha produït una conducta de risc, perquè és, teòricament, l'embaràs que no ha pogut ser acceptat.

El concepte de *conducta sexual de risc* evidencia la relació complexa que s'estableix entre la sexualitat i l'anticoncepció i em permet posar en relació la gestió de la sexualitat amb les intencions i desitjos que apuntava a l'apartat anterior. Un embaràs no desitjat es podria estar produint degut una bretxa entre ambdós –si exceptuo els errors tècnics del mètode anticonceptiu–.

Estudiar la presa de decisions en matèria de sexualitat permet explorar el grau de planificació d'un embaràs i el risc real que la parella està corrent –en el cas que es faci un mal ús de l'anticoncepció–. És a dir, fins a quin punt en l'escala de valoració del risc de cada persona, l'arribada d'un embaràs no desitjat és no desitjat o simplement imprevist o fora de temps. I finalment, com s'encaixen les conseqüències d'aquesta conducta, quines decisions es prenen i com es resol el possible embaràs no desitjat.

Els obstacles a l'ús de l'anticoncepció s'associen a factors individuals –motivació, avaluació personal, disposició, experiència i coneixements–, a factors de parella –negociació, confiança, pràctica anticonceptiva– i a factors socials o institucionals –disponibilitat, normes socials,...–, una multiplicitat de factors que revelen tot el que es posa en joc en una relació sexual (156).

En la relació sexual pot aparèixer tota l'ambivalència d'una dona a l'embaràs i s'evidencia com les conductes no sempre es corresponen amb les intencions o desitjos expressats. Ja he apuntat més amunt que les motivacions d'una relació sexual no tenen a veure, necessàriament, en el marc de la Segona Transició Demogràfica, amb el desig d'un embaràs. En la nostra societat actual, la sexualitat ha deixat de ser únicament un mitjà per la reproducció per passar a ser un objectiu en si mateixa, associada al plaer i al benestar, a l'afectivitat, a una forma de comunicació amb la parella. Tot i així, no es poden dissociar ambdues funcions de la sexualitat i, per tant, m'he de remetre al rol del plaer i d'afermar la relació de parella a través de la sexualitat, com a factors explicatius de les conductes sexuals i les conductes sexuals de risc.

A banda de l'ambigüitat de voler quedar-se embarassada o de l'ambigüitat en el desig de ser mare o de la necessitat d'adquirir una identitat social a través de la maternitat en determinats grups socials vulnerables (8,157), algunes conductes sexuals de risc es deuen a la imprevisió en la relació i a l'espontaneïtat o la precipitació del moment, que fan evident com es prioritza la relació sexual, el plaer, la parella a la protecció anticonceptiva i les seves conseqüències (8).

Les declaracions dels individus en estudis sobre sexualitat versen no només sobre dimensions estrictament sexuals, sinó també sobre aspectes simbòlics i socials que s'han de considerar per entendre les conductes individuals (158). A més de les motivacions subjacents a una conducta sexual, els factors que estan afectant la conducta sexual de risc estan lligats a les relacions de gènere i a la norma social de la sexualitat.

Tot i els canvis en les normes sobre la sexualitat introduïdes al llarg dels anys 70 hi ha una *relació social del sexe* en la construcció afectiva i sexual, fruit d'una possible

diferència en la transmissió de les normes en matèria de sexualitat entre homes i dones que du a una organització asimètrica de les relacions sexuals i que podria ser la causa de relacions sexuals de risc (21,128). La dominació masculina en les representacions i pràctiques sexuals és una d'elles (8). La diferent socialització en homes i dones es fa evident aviat, en edats joves, i es reflecteix en diversos aspectes de les relacions afectivosexuals. Com semblen reforçar les dades de l'*Encuesta Nacional de Salud Sexual de 2008*, la sexualitat té unes connotacions diferents segons el gènere, es manté la idea que l'home té unes necessitats sexuals o espera més del sexe i la dona dels sentiments, per qui el context afectiu continuaria sent el context triat en major mesura per tenir-hi relacions sexuals. La primera raó que donaven els homes de 18-24 anys el 2008 per tenir una relació sexual era el desig sexual en un 19,7% dels casos i només el 7,8% de dones de la mateixa edat declaraven aquesta raó; els homes joves volien tenir relacions amb més freqüència que les dones joves (53% i 26,1% respectivament) i era més alta la proporció d'homes joves que havien tingut més de dues parelles el darrer any (32,4% respecte el 21,0% en el cas de les dones joves). En canvi, les dones joves declaraven tenir només relacions per amor en un 57,4% que si bé és inferior que en el passat, continuava estant a molta distància de la percepció dels homes (el 19,8%), així mateix més de 3 quartes parts de les dones de 18-24 anys va tenir la primera relació sexual amb una parella estable (78,8%) i aquest percentatge era inferior entre els nois (45,2%). A través de la literatura es confirma la idea que el plaer masculí és més important que els inconvenients femenins (8).

L'asimetria de les relacions socials del sexe també es reflecteixen en la permanència de la idea que és la dona qui ha de gestionar les conseqüències reproductives de l'acte sexual. El 2003, segons l'*Encuesta de Salud y Hábitos Sexuales*, la raó principal de les dones de 18-49 anys per no utilitzar el preservatiu era estar utilitzant un altre mètode anticonceptiu mentre que per l'home era la baixa percepció de risc (148).

Aquesta asimetria en les relacions socials del sexe, i la dominació masculina en certes situacions, es poden traduir en una dificultat en la negociació en les relacions sexuals. Dins d'una parella, la manca de poder de negociació pot fer augmentar la probabilitat d'una relació de risc. En relació a un embaràs no desitjat i a un IVE, la negociació passa per la capacitat d'acceptar o refusar una relació sentimental o sexual, la capacitat de protegir-se davant d'un embaràs i la tria del mètode anticonceptiu. Novament, la negociació, duta al nivell interpersonal de les decisions, és el resultat de la lectura individual dels escenaris culturals.

Una altre aspecte a considerar és l'acceptació social o no de la sexualitat, fruit de la norma social de la sexualitat, és un aspecte clau a l'hora de legitimar la pròpia sexualitat i evitar situacions de risc. Una dona que no sent legitimada la seva sexualitat és una dona que no se'n responsabilitzarà i, per tant, no accedirà a la prevenció. En un moment en el que les biografies conjugals i afectives dels individus es diversifiquen i la vida sexualment activa s'allarga, sobretot per les dones, no n'hi ha prou amb acceptar la sexualitat fora del matrimoni per poder parlar d'una acceptació social de la sexualitat (158).

*d) El paper de la IVE en una societat en transformació*

En aquest context de canvis socials i on la pràctica de la IVE està garantida com a dimensió de SSR, la IVE esdevé el recurs per corregir les conseqüències d'un conducta sexual de risc, un conducta que s'aparta de la norma social.

Una societat que pren mesures de control de la fecunditat és una societat que se sent legitimada a recórrer a l'avortament en cas d'un embaràs no desitjat (130,146). En la mesura que existeixen mètodes anticonceptius per planificar l'embaràs en el moment desitjat, la IVE és un recurs per corregir una "accident", si la dona no hi té cap impediment moral o d'altres. Tot i que la pràctica no és més acceptada per les dones que en el passat, l'avortament es planteja com una opció i aquesta es la posició que ocupa l'avortament en la psicologia col·lectiva (130).

No és que la IVE s'utilitzi més freqüentment que en el passat ni que es desitgi avortar, però l'avortament es presenta com una última sortida a un estat no desitjat i això fa sentir a la gent més segura (130).

De nou, la dona es troba en una disjuntiva; en un model de societat que prioritza la planificació de la maternitat, una IVE és un fracàs, i això té una càrrega sobre la dona. Encara avui, la pràctica de la IVE continua essent una pràctica tabú, relegada a l'esfera privada i sovint viscuda per la dona en solitud, fins i tot en societats occidentals com les de l'estudi que gaudeixen d'una acceptació social més àmplia de la pràctica i el recurs està garantit per llei. Fins i tot en societat que n'han despenalitzat la pràctica, però, continua sent una pràctica discreta i hi ha una reprovació moral (159). La posició moral pesa tot i que no pren la forma de religió, sinó de silenci, de discreció.

El 2008, segons dades de l'Alan Guttmacher Institute, el 25% dels embarassos en països desenvolupats es resolen amb una IVE<sup>7</sup>. En una dècada (1998-2008) el nombre d'embarassos no desitjats i aquells que es resolen amb una IVE han disminuït, però

---

<sup>7</sup> Segons aquesta font el món desenvolupat inclou Austràlia, Europa, Japó, Nova Zelanda i Nord Amèrica

presenten, encara, valors importants. S'estima que el 42% d'embarassos en dones de 15-44 anys són no desitjats i més de la meitat d'aquests (53%) es resolen en una IVE en el món desenvolupat (66). Aquestes dades apunten en la direcció que un augment del nombre d'IVE al llarg del temps, en societats on el recurs és possible, es pot deure a un augment del recurs a la IVE davant d'un embaràs no desitjat (109,150).

El marc teòric que he descrit en les pàgines anteriors em porta a definir, en el següent apartat, el *meu* marc explicatiu per l'estudi de la IVE que considera el fenomen des d'una perspectiva sociològica.

## 2.2. LA IVE, DARRER ESGLAÓ D'UN PROCÉS DE PRESA DE DECISIONS. UN MARC EXPLICATIU DE L'AVORTAMENT VOLUNTARI.

L'aproximació sociològica a l'estudi de la IVE que proposen les demògrafes i sociòlogues franceses Nathalie Bajos i Michel Ferrand (8), així com Guillaume *et al.* (9) i Rossier (10), m'ofereix un marc explicatiu interessant que adapto a la meua recerca. Aquesta aproximació em permet considerar la IVE com a procés i no com un esdeveniment estàtic (160) i m'ajuda a articular els diversos factors que afecten el procés de decisió individual de la IVE, el que jo anomeno les *lògiques socials*.

Segons aquesta perspectiva del fenomen, la pràctica de la IVE forma part d'un procés de presa de decisions multietàpic: a) La sexualitat, b) l'anticoncepció, c) l'embaràs no desitjat d) la decisió d'IVE i e) l'accés al sistema sanitari; 5 etapes que se succeeixen i culminen amb la pràctica de la IVE.

Les decisions individuals, d'acord amb les característiques sociodemogràfiques de cada dona i del moment en el curs de vida en el que es troben, estan afectades, com he dit més amunt, per les lògiques socials, ja que les dones no estan aïllades d'altres contextos que l'afecten. D'una banda, del context social i, així, de la interacció de la dona amb els altres n'aprèn les normes de conducta, les normes socials de la sexualitat, l'anticoncepció i la maternitat (8); I de l'altra, del context institucional, que es caracteritza per uns objectius públics en matèria de SSR. Cal dir que els objectius públics són al mateix temps reproductors i modificadors de les normes socials en matèria de sexualitat i reproducció.

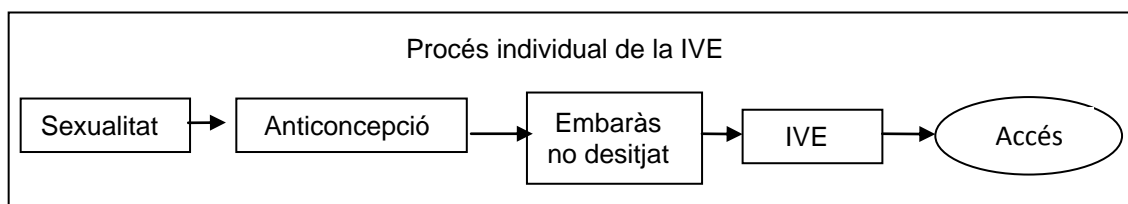
La bondat d'aquesta perspectiva és integrar i veure com s'influencien ambdós nivells: el procés individual de la IVE amb les lògiques socials.

### 2.2.1. El procés individual de la IVE

El *procés de la IVE* fa referència a les conductes individuals que precedeixen i determinen el recurs a una IVE, que són el resultat d'un seguit de decisions (actives o passives) encadenades, preses de manera individual i les pràctiques corresponents: *l'exposició al risc d'un embaràs no desitjat* (per part de tota dona activa sexualment, fèrtil, amb una parella fèrtil, que no planifica un embaràs), *l'ús i la pràctica anticonceptiva en funció de la planificació de l'embaràs*, *la decisió* davant d'un embaràs no desitjat i, finalment, *l'accés a la IVE a través del sistema sanitari*.

Les decisions de la dona al llarg del procés de la IVE estan relacionades amb les seves característiques sociodemogràfiques: l'edat, el nivell educatiu i professional, la situació econòmica i material i amb la xarxa social de suport amb què pot comptar.

Figura 1. Esquema del procés de la IVE



Font: elaboració pròpia a partir de les aportacions de la demografia social i de la sociologia (8-10)

Tan sols l'anàlisi del recurs a la IVE en termes de procés, resultant de diverses etapes encadenades, permet comprendre millor el sentit de l'evolució de determinades dinàmiques contradictòries. Com per exemple, una dona que no planifica l'embaràs, però no utilitza l'anticoncepció. A continuació, presento cadascuna de les etapes com si formessin part d'un procés aïllat, de laboratori.

#### a) La sexualitat

La primera etapa del procés és la pràctica sexual en la qual una parella s'exposa al risc d'un avortament voluntari. Perquè existeixi aquesta probabilitat la parella ha de ser sexualment activa, els dos membres de la parella han de ser fèrtils i la dona no ha d'estar embarassada.

#### b) L'anticoncepció

La segona etapa del procés, i com l'anterior resultat d'una decisió, fa referència a l'ús o no de l'anticoncepció en la pràctica sexual que la durà a quedar-se embarassada. La dona, que no ha d'haver planificat quedar-se embarassada, decideix, no tan sols el



mètode, sinó també la pràctica anticonceptiva. Fruit d'un mal ús, d'una errada tècnica del mètode o d'un no ús del mateix, ja sigui de forma conscient o inconscient, es produirà un embaràs no desitjat. Tan sols l'errada tècnica del mètode no es considera resultat d'una decisió.

*c) L'embaràs no desitjat*

Es considera l'embaràs no desitjat com l'embaràs que precedeix a un IVE (vegeu apartat 2.1.2 per una discussió del concepte més en detall). En funció de les condicions d'arribada de l'embaràs, el grau de planificació preconcepcional o el desig pre o postconcepcional, així com de l'encaix de l'embaràs en el moment del curs de vida de la dona, aquest serà considerat desitjat o no. L'embaràs no desitjat, més enllà de l'embaràs no planificat, engloba les motivacions o factors individuals que poden explicar les conductes anteriors a l'arribada de l'embaràs i la decisió de com resoldre'l.

*d) La decisió d'IVE*

La quarta etapa fa referència a la decisió de resoldre l'embaràs no desitjat amb una IVE. La dona, en funció del moment en el curs de vida en el que es troba, construeix la decisió d'interrompre l'embaràs, a partir de l'articulació de les lògiques socials que afecten les seves motivacions.

*e) L'accés al sistema sanitari*

La cinquena etapa del procés de la IVE, i última abans que es practiqui la interrupció, és l'accés al sistema sanitari. La dona que decideix interrompre l'embaràs ha d'accedir als serveis d'avortament complint les condicions permeses per la llei. Aquesta etapa i tot el procés individual a la IVE, acaba quan es realitza la interrupció.

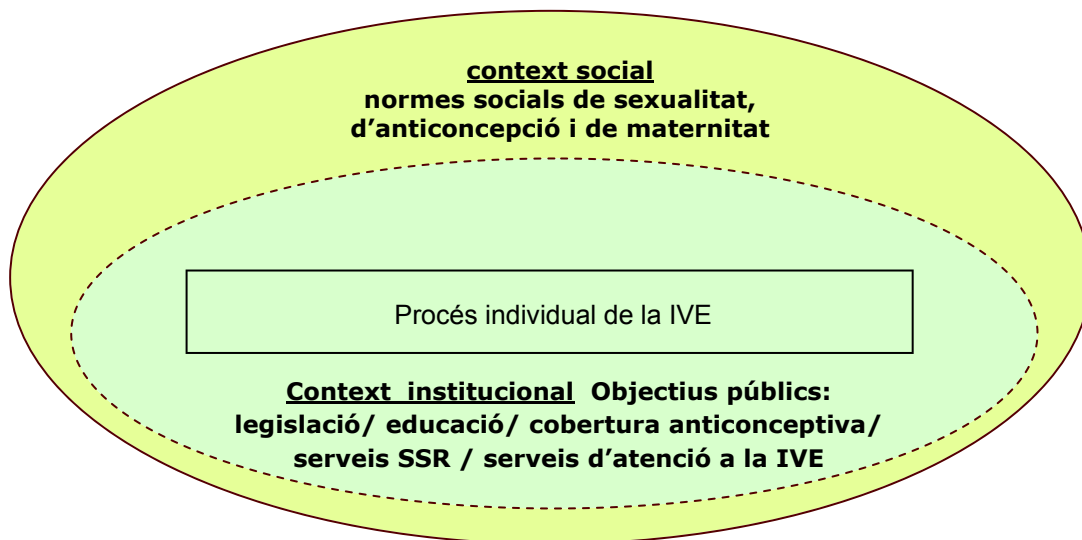
### **2.2.2. Lògiques socials que afecten el procés individual de la IVE**

El procés individual de la IVE no es troba aïllat, sinó que es desenvolupa dins del context social en el que se situa la dona, regit per factors socials i institucionals, és a dir, per les *lògiques socials* en matèria de sexualitat i reproducció. Les decisions individuals són influïdes per la pertinença de l'individu en un context espacial, social i temporal donat. Així, les lògiques socials que influencien el procés individual de la IVE són, doncs, d'una banda les normes i valors de la sexualitat, de l'anticoncepció i de la maternitat que afecten diferentment a les dones en funció del moment del curs de vida en el que es troben; i de l'altra, els objectius públics en matèria de SSR, reproductors o modificadors d'aquestes normes socials, que afecten les diverses etapes del procés individual de la IVE

En cadascuna de les etapes del procés de la IVE entren en joc unes normes socials determinades i uns objectius públics (8,10). Les normes socials que prenen especial rellevància al llarg del procés són la norma social de la sexualitat, de l'anticoncepció i de la maternitat.

Els objectius públics en matèria de SSR s'implementen a través de 5 estratègies: 1) la legislació sobre IVE, 2) l'educació afectivosexual, 3) la cobertura anticonceptiva, 4) els serveis d'atenció a la SSR i 5) l'oferta específica de serveis d'atenció a la IVE.

Figura 2. Lògiques socials que afecten el procés individual de la IVE



---

Font: Elaboració pròpia a partir de les aportacions de la demografia social i sociologia (8-10).

### **CAPÍTOL 3. FONTS DE DADES I METODOLOGIA PER A L'ESTUDI DE LA INTERRUPCIÓ VOLUNTÀRIA DE L'EMBARÀS**

Aquest capítol s'organitza en tres apartats que es corresponen amb cadascun dels objectius de la tesi doctoral i on es detallen les fonts d'informació i la metodologia utilitzada, els procediments seguits i s'explica com s'aborda el marc explicatiu en cadascun d'ells.

L'objectiu general de la tesi: estudiar la IVE contemplant les lògiques socials i les decisions individuals, es desgrana en tres objectius específics:

- 1) Caracteritzar el recurs a la interrupció voluntària de l'embaràs en una dècada (1998-2008) a Espanya considerant la intensitat i el perfil de les dones que avorten
- 2) Documentar els objectius públics dirigits a disminuir la IVE i a garantir la SSR de les dones a Espanya
- 3) Analitzar el procés individual de la IVE en dones d'entre 25-34 anys

Prèviament a analitzar el procés individual de la IVE, darrer objectiu específic, he considerat necessari descriure la situació actual de la IVE a Espanya pel que fa la intensitat i característiques de la pràctica i de les dones que avorten (objectiu específic 1), així com descriure context institucional en matèria de SSR en el que es produeix (objectiu específic 2).

En cadascun dels objectius de la tesi doctoral tinc en compte el marc explicatiu, però l'abordo de manera diferent, considerant el procés de la IVE parcialment o en la seva globalitat. En cada objectiu prenen més o menys rellevància les diverses etapes del procés de la IVE que defineix el marc explicatiu, fins que en el darrer objectiu es conceben totes les etapes del procés.

A l'objectiu 1 prenen importància la segona i la darrera etapa del procés de la IVE, l'anticoncepció i l'accés a la IVE respectivament. Mesuro la intensitat del fenomen de l'avortament a Espanya i caracteritzo la pràctica de la IVE i el perfil sociodemogràfic i reproductiu de la dona que avorta a través d'una anàlisi descriptiva i d'una anàlisi multivariant. La prevalença anticonceptiva pren importància en aquesta etapa de la investigació com a factor explicatiu dels nivells d'IVE, per la qual cosa la poso en relació a la incidència de l'avortament. A l'objectiu 2, per resituar la pràctica de la IVE en el context global on aquesta pren sentit, el sistema de SSR pren una entitat per si sol. Abans de centrar-me en l'estudi individual de la IVE, caracteritzo els objectius públics

dirigits a disminuir la IVE i garantir la SSR. L'aportació més important del marc explicatiu en aquest nivell d'anàlisi, és la concepció de la IVE com a procés i d'aquesta manera considero el sistema de SSR àmpliament, documento els objectius públics en cadascuna de les etapes del procés de la IVE a partir de la literatura gris i d'informants clau. Finalment, a l'objectiu 3, i ja al nivell d'anàlisi individual, tal i com proposa explícitament el marc explicatiu, integro els factors explicatius de la pràctica de la IVE a través dels relats de les dones que accedeixen a un avortament voluntari i a través del discurs col·lectiu d'informants clau, analitzant tot el procés individual de la IVE.

### 3.1. LA INCIDÈNCIA, CARACTERÍSTIQUES DE LA INTERUPCIÓ VOLUNTÀRIA DE L'EMBARÀS I EL PERFIL DE LA DONA QUE AVORTA

Per assolir l'objectiu 1 en el que pretenc caracteritzar la situació de la IVE a Espanya en una dècada pel que fa la intensitat i les característiques de la dona que avorta l'any 2008, realitzo una anàlisi amb les dades agregades provinents de fonts de dades estadístiques. Primerament, a través de la construcció d'indicadors globals i per edat, situo el cas espanyol dins del context europeu per veure l'evolució que ha viscut en una dècada (1998-2008) i posteriorment, estudio el cas espanyol en conjunt i segons CCAA i faig una exploració aquells factors que afecten l'evolució dels nivells de la IVE a Espanya, la immigració i la prevalença anticonceptiva. L'anàlisi descriptiva em permet destacar les característiques més freqüents entre les dones que avorten i de la pràctica de la IVE l'any 2008 i, finalment, a través d'una anàlisi multivariant, identifico els determinants sociodemogràfics i reproductius de la IVE (Capítol 4)

#### **3.1.1. Fonts de dades estadístiques.**

##### *a) El Registre d'Interrupcions Voluntàries de l'Embaràs i fonts complementàries*

La principal font d'informació sociodemogràfica i reproductiva i sobre les característiques de la pràctica de la IVE a Espanya és el Registre d'Interrupcions Voluntàries de l'Embaràs (a partir d'ara Registre d'IVE) elaborat i gestionat pel Ministerio de Sanidad y Política Social (fins el 2008 Ministerio de Sanidad y Consumo).

Davant de la necessitat de l'Estat d'obtenir dades sociodemogràfiques de l'avortament a Espanya i característiques de la pràctica, després de la despenalització de la pràctica l'any 1985, s'han elaborat diverses normatives reguladores d'aspectes concrets d'aquesta pràctica sanitària (sobre el full de notificació de les IVE, la confidencialitat de les dades,...).

El Registre d'IVE es va començar a implementar a partir d'una Ordre Ministerial de Sanitat i Consum del 16 de juny de 1986 que establí l'obligatorietat de la notificació i catorze anys més tard, una Resolució de 4 de febrer de 2000 modificava alguns aspectes d'aquesta notificació (161). El 27 de juliol de 2007 va entrar en vigor el qüestionari aprovat pel Ple del Consell Interterritorial del Sistema Nacional de Salut que substituïa el que havia sigut aprovat per aquest mateix òrgan el 25 d'octubre de 1999 (162). Les modificacions incorporades el 2007 fan referència al país d'origen, any d'arribada Espanya i nacionalitat. L'any 2005 ja s'havien incorporat dues noves variables al registre de Catalunya: *país d'origen* (país de naixement) i *any d'arribada a l'Estat espanyol* i Madrid també disposava de la variable *país d'origen* en el seu Registre d'IVE.

D'acord amb la Llei 12/1989, de 9 de maig, de la Funció Estadística Pública, que protegeix mitjançant el secret estadístic les dades referents a la identitat de la dona que avorta i dels centres sanitaris que practiquen IVE, no es presenta informació sobre els centres on es realitzen les interrupcions, tan sols una relació de centres que n'han notificat durant l'any, però sense quantificar el nombre d'intervencions que s'hi han realitzat.

El centre sanitari omple el qüestionari que dirigeix a la Conselleria de Sanitat corresponent a la CCAA i posteriorment les dades són enviades a la Direcció General de Salut Pública del Ministeri de Salut i Política Social. Les dades són explotades i tractades per la Subdirecció General de Promoció de la Salut i Epidemiologia segons les normes de recollida, codificació, depuració i tabulació de les IVE. Finalment, l'Estat elabora una publicació d'accés públic a partir de la informació recollida a través del qüestionari.

Les primeres dades van estar disponibles el 1987, i el 1990 es va homogeneïtzar la recollida de dades a tot l'Estat espanyol. Fins llavors Catalunya havia utilitzat un formulari diferent que el de la resta de l'Estat.

El qüestionari es refusa en el cas que alguna dada bàsica (*data de naixement, data d'intervenció i codi del Centre*) no hagi estat recollida o mal recollida i no s'hagi pogut rectificar o recollir. A la resta de camps no omplerts o incoherents s'assigna el codi de "no consta".

A partir de les dades recollides, la Subdirecció General de Promoció de la Salut i Epidemiologia crea noves variables o noves categories en variables ja existents. Finalment les variables i informació disponible per ser explotades són:

- *E<sub>dat</sub>*. Aquesta variable és calculada a partir de la diferència entre la data de la intervenció i la de naixement.

- *País de naixement*
- *Nacionalitat*
- *Situació de parella.* Convivència i estat civil
- *CCAA de residència*
- *Mida del lloc de residència.* Per la seva obtenció s'utilitza la població de dret segons la renovació padronal a 1 de gener realitzada per l'Institut Nacional d'Estadística
- *Nivell d'instrucció*
- *Situació laboral de la dona*
- *Situació laboral de la parella.* Inclou la categoria no existeix parella.
- *Ingressos econòmics propis*
- *Número de fills que viuen a l'actualitat*
- *Número d'IVE anteriors*
- *Setmana de gestació.* Fa referència a les setmanes de gestació avaluades pel metge. Setmanes complertes.
- *Motiu de la interrupció.* S'inclouen els tres supòsits indicats per la llei. En el cas que se'n declari més d'un es recull dins de la categoria "diversos motius".
- *Tipus de centre sanitari.* La informació es tabula en dues variables: Règim del centre (hospitalari o extrahospitalari) i titularitat (públic o privat).
- *Accés i tipus de centres on ha rebut informació sobre PF*
- *Derivació al centre que practicarà la IVE*
- *Mètode per realitzar la IVE*

### La fiabilitat del Registre d'IVE

Des de la despenalització de la IVE, hi hagut una millora progressiva de la qualitat i la cobertura territorial del Registre d'IVE que es fa palesa amb l'increment del nombre de centres que notifiquen interrupcions de l'embaràs i amb la incorporació de les dades del registre de Catalunya l'any 1990.

Els primers anys des de l'establiment del Registre, diversos estudis fan referència a una infradeclaració d'entre el 30-70% (13). Per l'any 1990, un estudi de la Subdirecció General de Epidemiologia del Ministerio de Sanidad y Consumo estimava que era d'un

33% (163). El mateix estudi estimava que Catalunya era la CCAA amb un infradeclaració més important, en nombres absoluts.

No hi ha cap estudi a nivell de l'Estat que valori la magnitud d'una possible infradeclaració en l'actualitat, a excepció del treball no publicat, realitzat per la consultoria Epirus l'any 2007 pel cas de Catalunya (164)<sup>8</sup>. A través de fonts internacionals s'estima que les dades que proporciona l'estadística nacional d'avortaments podrien estar infradeclarades, però no es quantifica aquesta infradeclaració (68).

A partir d'aquest estudi, es pot concloure que els problemes de registre d'IVE s'estarien produint en centres hospitalaris públics i acreditats, tenint en compte que alguns d'ells no notifiquen les IVE que realitzen (164).

Una altra situació que no consta al Registre d'IVE són els avortament voluntaris realitzats il·legalment. Tot i que és una pràctica minoritària (l'any 2005, segons les dades recollides per l'estudi d'Epirus, se n'havien declarat 4 casos a Catalunya), hi ha dones que s'autoadministren prostagladines per provocar-se la interrupció de l'embaràs. Aquests casos, majoritàriament entre dones d'origen llatinoamericà, es coneixen quan arriben als serveis d'urgència perquè hi hagut alguna complicació (164).

Malgrat que en el Registre es preveu la domiciliació de la IVE, aquesta no sempre es produeix, generant una infradeclaració en algunes CCAA i sobredeclaració en d'altres. Degut a les diferències en la implementació de la llei a cada CCAA espanyola i l'establiment d'uns serveis que atenen la IVE, aquelles dones que no poden interrompre l'embaràs a la seva CCAA de residència es desplacen a d'altres comunitats i poden estar notificant-se al Registre com a residents de la CCAA on se'ls realitza l'avortament.

En relació a la representativitat de les dades. No es pot concloure que l'existència d'una infradeclaració d'algunes IVE suposi una manca de representativitat del perfil de la dona que avorta a nivell nacional. Tan sols es podria considerar que, en aquelles CCAA que tenen menys IVE i/o on s'estima que la dona es desplaça a d'altres comunitats per avortar, la representativitat de les dades estarien esbiaixades, però no afectaria les característiques de la pràctica pel conjunt de l'Estat.

Per tal de contrastar les xifres del Registre d'IVE, disposem de l'Enquesta de Morbiditat Hospitalària a nivell estatal que inclou dades del llibre del registre de l'hospital, sobretot

---

<sup>8</sup> Es tracta d'un document no publicat realitzat per la consultoria Epirus, les activitats principals de la qual són la realització d'estudis d'avaluació de reformes dels sistemes de salut, estudis epidemiològics de necessitats no cobertes i assessoria en la reformulació del funcionament d'unitats de l'administració pública en el sector de la salut. <http://www.epirus.cat/>

pels centres privats, i del Conjunt Mínim Bàsic de Dades d'altres hospitalàries pels hospitals públics. Aquesta darrera font ofereix el diagnòstic principal a l'alta d'ingrés i nodreix l'Enquesta de Morbilitat Hospitalària. L'Enquesta de Morbilitat Hospitalària es considera una font complementària quan es vol corregir la xifra d'avortaments, però en cap cas és una font que pugui substituir el Registre d'IVE. Per diverses raons:

- 1) L'Enquesta no permet diferenciar si l'atenció es refereix a un avortament voluntari al centre o a una complicació d'un avortament voluntari a un altre centre.
- 2) L'Enquesta admet la codificació d'un "avortament no especificat" que es podria referir tant a l'atenció a un avortament espontani com a un avortament voluntari.
- 3) Pot contenir errors de codificació que no siguin corregits (164).
- 4) El Conjunt Mínim Bàsic de Dades, font que nodreix l'Enquesta de Morbilitat Hospitalària, no recull l'activitat hospitalària sense ingrés (urgències o consultes externes).
- 5) Els hospitals amb pocs casos l'any poden no estar informant el Registre d'IVE.

A partir de les microdades del Registre d'IVE facilitades pel Ministeri de Sanitat i Consum he pogut descriure la situació de la IVE a Espanya en una dècada (1998-2008) (vegeu característiques de les dones que avorten i de la pràctica al Capítol 4).

*b) Estadística Nacional de Parts*

Estadística que forma part del Moviment Natural de Població (que descriu en el apartat *d*), proporciona les característiques sociodemogràfiques de la dona i la seva parella, la història reproductiva de la dona que té un part en un any donat, així com pròpiament característiques del part. Es diferencia de l'estadística de naixements i de les morts fetals tardanes perquè el part engloba tot producte de la concepció viable (naixements i morts fetals tardanes). La informació de base s'obté del Butlletí Estadístic del Part.

A partir de les microdades de l'Estadística de parts, he pogut construir una base de dades comuna amb les microdades del Registre d'IVE que conté el total de dones embarassades per l'any 2008 per realitzar l'anàlisi multivariant del perfil de la dona que avorta (apartat 4.3.2)

*c) Encuesta de Fecundidad y Valores en la España del Siglo XXI*

L'*Encuesta de Fecundidad y Valores en la España del Siglo XXI*, realitzada l'any 2006 pel Centro de Investigaciones Sociológicas en col·laboració amb el Consejo Superior de



Investigaciones Científicas és la darrera enquesta a nivell nacional que proporciona dades sobre fecunditat, anticoncepció, actituds i opinions sobre la maternitat a Espanya. Anteriorment s'havien realitzat 3 enquestes nacionals, les Encuestas de Fecundidad realitzades per l'Instituto Nacional de Estadística el 1977 i el 1985, i l'Encuesta de Fecundidad y Familia el 1995 realitzada pel Centro de Investigaciones Sociológicas. Les dades de les 4 enquestes nacionals no són directament comparables perquè la població a la que fan referència no és la mateixa. Les dades de l'*Encuesta de Fecundidad* de 1977 inclou a un univers de dones de 15-49 anys alguna vegada casades; les dades de l'Enquesta de 1985 té com a univers les dones de 18-49 anys independentment del seu estat civil o situació de parella, tan sols té en compte si han tingut relacions sexuals alguna vegada; la Fertility and Family Survey, fa referència a les dones de 18-49 anys amb una parella a la llar i no a la totalitat de les dones actives sexualment, fèrtils i no embarassades com en les altres dues. Hi ha diversos treballs demogràfics que comparen els resultats d'aquestes fonts que han fet un esforç molt important d'harmonització i que són un suport en aquesta recerca (13,19).

Amb les dades de l'*Encuesta de Fecundidad y Valores en la España del Siglo XXI*, que proporciona les dades més recents sobre anticoncepció, es pot treballar amb el col·lectiu de dones de 15-49 anys sexualment actives, fèrtils i no embarassades. Així mateix aquesta font facilita informació sobre el valor de la maternitat i variables associades en el nostre context.

A partir de les microdades de 2006 facilitades pel Consejo de Investigaciones Sociológicas he estimat la prevalença anticonceptiva a nivell nacional (apartats 4.2.4 i 5.1.3), considerant a les dones actives sexualment les darreres 4 setmanes i no embarassades. Per comparar aquesta informació amb la dels anys anteriors (apartat 6.1.3) he utilitzat el treball que Margarita Delgado va realitzar el 2011 (19) on es presenta l'evolució de la prevalença anticonceptiva al llarg de les 4 enquestes. Quan comparo les dades d'anticoncepció entre 1995 i 2006, les dades de 2006 presenten alguna diferència respecte l'explotació que en faig amb les microdades, perquè Delgado ha fet una tasca d'harmonització entre les enquestes i, a més a més, ha exclòs les dones esterilitzades per considerar-les no fèrtils. Jo, en canvi, considero que l'esterilització, regulada des de 1983 a Espanya, pot estar sent utilitzada com un mètode anticonceptiu més.

També recorro a aquesta font per facilitar dades de context sobre opinions i valors de la maternitat i de la família de les dones espanyoles (Capítol 2).

d) *Altres fonts estadístiques: Padró municipal, Moviment Natural de Població, Eurostat i enquestes nacionals de salut sexual*

### El padró municipal

Registre de caràcter administratiu que recull el total de persones empadronades en els diversos municipis d'Espanya. La informació facilitada per cadascun dels ajuntaments és gestionada per l'INE. Les xifres oficials de població fan referència al conjunt d'Espanya i per CCAA a 1 de gener de cada any a des de 1997 fins a 2011, tan sols per 1996 la dada disponible és a 1 de maig. D'entre les variables sociodemogràfiques que recull el padró, per construir els indicadors que presento en aquesta tesi doctoral he considerat les següents: el sexe, l'edat, la CCAA de residència i el país d'origen.

La població femenina de 15-49 anys que forma part dels denominadors pel càlcul dels indicadors l'he estimat a mitjan període considerant les dades a 1 de gener de dos anys consecutius entre 1998 i 2008.

### Moviment Natural de Població

Estadística de caràcter administratiu que inclou informació de fenòmens demogràfics bàsics que succeeixen en el territori espanyol: matrimonis, naixements i defuncions. Els registres civils envien els butlletins de parts, matrimonis i defuncions a l'INE perquè elabori l'estadística del Moviment Natural de Població.

Aquesta font em proporciona el nombre de nascuts vius per lloc de residència i per edat de la mare que m'han permès construir les taxes de fecunditat desagregades per CCAA i edat de la dona, i ofereix d'altres dades sociodemogràfiques i de la trajectòria conjugal de la mare.

Aquesta mateixa font, proporciona les morts fetals tardanes, necessàries per la construcció de les taxes d'embaràs. Segons l'INE, la *mort fetal tardana* es defineix com "la mort abans de completar-se l'expulsió o extracció del cos de la dona d'un producte viable de la concepció"<sup>9</sup>. A Espanya s'ha adoptat el criteri d'identificació de la mort fetal tardana, que s'ha de declarar obligatòriament al Registre Civil, la del fetus mort amb 6 o més setmanes de gestació, el Moviment Natural de Població proporciona aquestes xifres desagregades, també, per residència i edat de la dona.

### Eurostat

És la font estadística de la Unió Europea i que té per missió d'obtenir dades comparables entre països i regions europees. De la secció de població i condicions socials que inclou un capítol de fecunditat, he pogut obtenir les estadístiques anuals de l'avortament legal i

---

<sup>9</sup> Actualment l'Organització Mundial de la Salut recomana utilitzar el criteri del pes per identificar la viabilitat del fetus, si bé tradicionalment recomanava el criteri de més de 28 setmanes de gestació.

els naixements per països segons l'edat de la mare a 1 de gener que m'han permès construir les taxes d'avortament i la proporció d'embarassos que es resolen amb un avortament dels països europeus inclosos en l'estudi pels anys 1998 i 2008.

### Enquestes nacionals de salut sexual

He recorregut a dues enquestes de salut sexual realitzades amb 5 anys de diferència per obtenir dades de context que he inclòs dins del Capítol 2. Es tracta de *l'Encuesta de Salud y Hábitos Sexuales*, un estudi realitzat per l'INE amb finançament del Pla Nacional sobre la Sida el 2003 representativa de la població espanyola d'entre 18-49 anys amb la finalitat principal d'obtenir dades sobre freqüència de conductes sexuals relacionades amb el risc d'infecció pel VIH, així com mesures preventives, opinions, actituds i coneixements i *l'Encuesta Nacional de Salud Sexual* elaborada pel CIS el 2008 sobre aspectes de la salut sexual de la població de més de 16 anys residents a Espanya. Ambdues enquestes ofereixen informació contextual recent sobre les conductes, opinions i actituds sexuals dels homes i dones espanyols.

### **3.1.2. Indicadors, mètodes d'anàlisi i decisions metodològiques.**

#### *a) Indicadors demogràfics transversals*

En primer lloc, amb l'objectiu de situar Espanya en el context internacional pel que fa la intensitat de la IVE presento els següents indicadors d'avortament pels anys 1998 i 2008: l'índex sintètic d'avortament (ISA), la proporció d'embarassos que es resolen en un avortament i les taxes d'avortament específiques per edat, per diversos països europeus. He considerat una mostra de països d'Europa Occidental, del Nord, del Sud, de l'Est incloent Rússia<sup>10</sup>. En segon lloc, amb l'objectiu d'aprofundir en el cas espanyol, poso en relació els indicadors d'avortament amb d'altres indicadors de fecunditat, globals i per edat, i mostro l'evolució que han viscut aquests al llarg d'una dècada (1998-2008) al conjunt de l'Estat i per CCAA. Els indicadors que construeixo en aquest apartat són: la taxa global d'avortament, l'ISA i l'índex sintètic de fecunditat (ISF), les taxes específiques d'avortament per edat, de fecunditat i d'embaràs i la proporció d'embarassos que es resolen amb un avortament, així com la variació entre 1998 i 2008 de cadascun d'ells.

<sup>10</sup> Prenc de referència la classificació dels països europeus que fa l'OMS. *Est d'Europa*: Bielorrússia, Bulgària, República Txeca, Hongria, Moldàvia, Polònia, Romania, Rússia, Eslovàquia, Ucraïna. *Nord d'Europa*: Dinamarca, Estònia, Lituània, Letònia, Noruega, Finlàndia i Suècia; *Sud d'Europa*: Albània, Bòsnia i Hercegovina, Croàcia, Grècia, Itàlia, Macedònia, Malta, Portugal, Sèrbia i Montenegro, Eslovènia, Espanya. *Europa Occidental*: Àustria, Bèlgica, França, Alemanya, Luxemburg, Països Baixos, Suïssa. El cas de les repúbliques bàltiques (Estònia, Letònia i Lituània) les considero dins d'Europa de l'Est per l'efecte que hi va tenir la Unió Soviètica en la conducta reproductiu en matèria d'anticoncepció i que encara hi té la seva petja).

Presento els indicadors globalment pel període fèrtil 15-49 anys i desagregats per grups d'edat quinquennals. He triat l'interval de 15-49 anys perquè amplia el període fèrtil de 15-44 anys que consideren algunes fonts d'àmbit internacional com l'OMS, l'Eurostat, el Consell d'Europa o les Nacions Unides, i nacional, com el mateix registre d'IVE, i que considero limitat, tenint en compte que l'interval de 15-49 anys s'aproxima més a la realitat de la IVE (s'enregistren avortaments des dels 10 anys i fins els 50). Ha estat possible sota el supòsit que aquest tram d'edats garanteix la viabilitat i, en canvi, abans i després d'aquestes edats els problemes de la infradeclaració s'accentuen. L'edat és calculada com l'edat complerta quan la dona interromp l'embaràs o en el moment del part.

A l'Annex 1 presento les taules amb la informació detallada que represento a les gràfiques del Capítol 4.

#### Construcció, interpretació i limitacions dels indicadors d'intensitat del fenomen

*La taxa general d'avortament (TGA).* La taxa general calcula el nombre d'IVE en relació al total de dones en edat fèrtil (15-49 anys) per un any donat. Aquest indicador mesura la incidència mitjana anual de l'avortament suprimint l'efecte del volum de la població, però està afectat per l'efecte estructura per edats.

*Les taxes específiques d'avortament per edat de la dona* o nombre d'IVE a cada edat en relació al nombre de dones de la mateixa edat, és un indicador molt interessant per fer comparacions. Calculat per edat de la dona es pot apreciar la incidència del fenomen independentment de l'efecte d'estructura.

*L'índex sintètic d'avortaments (ISA).* Indicador conjuntural resultat de la suma de les taxes específiques d'avortament per edat de la dona, indica el nombre mitjà d'avortaments al llarg de la vida reproductiva d'una dona. Com a indicador resum de la freqüència anual de l'avortament és més interessant que la TGA ja que no està afectat per l'efecte estructura per edats, i és l'indicador que presenta menys problemes en el numerador i el denominador. La feblesa d'aquest indicador és que mesura la incidència en un instant precís i segons les taxes d'avortament per edat, amb conseqüència és sensible als esdeveniments particulars que es produeixen l'any de referència. En aquest sentit, és més interessant l'anàlisi de les taxes específiques d'avortament per edat de la dona.

*La proporció d'embarassos que es resolen amb un avortament.* El fet que les taxes d'avortament estan afectades per la taxa d'embaràs em porta a presentar, també, les proporcions d'embarassos que es resolen amb un avortament, perquè donen una mesura

menys esbiaixada de la realitat de la IVE. Estableix una de les relacions més interessants per analitzar la conducta en relació la pràctica de l'avortament. Es tracta d'un intent d'aproximar-nos a la mesura *d'embarassos no desitjats*. Es tracta de l'indicador que té com a denominador els embarassos, que inclouen els naixements vius, les IVE, les morts fetals tardanes i els avortaments espontanis, però s'accepta encara una altra aproximació a aquest, perquè és difícil d'obtenir la xifra d'avortaments espontanis. Així, sovint es parla del pes dels avortaments en relació al total del embarassos coneguts, llavors podem estimar la proporció d'IVE (13,67,76).

*La proporció d'embarassos que es resolen amb un avortament per edat de la dona* permet veure on es concentren les IVE. Hi ha dues formes típiques de la corba, la monotònica (el nombre d'avortaments augmenta amb l'edat de la dona) i la corba en forma d'U (els grups extrems presenten les xifres més altes mentre que les edats centrals tenen una incidència d'IVE més baixa).

*b) Anàlisi descriptiva de les característiques de la IVE i del perfil de les dones que avorten*

En segon lloc, a través de les dades anuals recollides al Registre d'IVE per l'any 2008, caracteritzo el perfil sociodemogràfic de les dones que interrompen l'embaràs (edat, país de naixement, nivell educatiu, situació laboral de la dona i de la parella, ingressos, lloc de residència, situació de parella, estat civil), la seva història reproductiva i les característiques de l'embaràs actual (número de fills, IVE anteriors, setmanes de gestació) i, també, les característiques medicosanitàries de la pràctica (motiu d'IVE, mètode d'intervenció, lloc de derivació a la IVE, lloc de realització de la IVE, haver rebut atenció sobre PF abans de a IVE) pel conjunt nacional i per CCAA. Presento la distribució de les IVE pel total de dones que avorten i, tenint en compte la importància de les següents variables en l'estudi de la IVE, segons grups d'edat i país d'origen. He calculat l'estadístic Chi-quadrat per veure l'associació que s'estableix entre l'edat i l'origen amb les altres variables recollides al Registre d'IVE. Cal apuntar que la significació estadística de les diferències està afectada per la mida de la població de dones que avorten en un any a Espanya i, per tant, les interpretacions les faig amb precaució. Per apuntar possibles canvis de tendència en l'evolució del perfil de la dona que avorta he recorregut a les dades de registres d'IVE anteriors a 2008. El Ministerio de Sanidad y Consumo m'ha facilitat les microdades del Registre des de 1995 a 2008.

No he inclòs l'anàlisi descriptiva per CCAA dins del Capítol 4. Podeu trobar aquesta informació a l'Annex 2.

c) *Anàlisi multivariant del perfil de la dona que avorta*

Finalment, per identificar els determinants de la IVE en diversos moments del curs de vida de la dona he realitzat una anàlisi multivariant estratificada per grup d'edat (<25, 25-34, 35 o més).

Per poder comparar les característiques de les dones que avorten i que tenen un part, he construït una base de dades que incorpora tots els parts i les IVE de l'any 2008 a partir de l'Enquesta Nacional de Parts i del Registre d'IVE. A continuació mostro les variables incloses a la base de dades final i que he considerat en l'anàlisi:

- Edat
- CCAA de residència
- País de naixement
- Estat civil (no l'ha incloc a l'anàlisi multivariant)/convivència en parella
- Nivell educatiu
- Situació professional de la dona
- Mida poblacional del lloc de residència
- Nombre de fills anteriors

La necessitat d'harmonització dels dos registres m'ha portat a prendre algunes decisions per superar les limitacions i les diferències entre variables abans de poder integrar les dues bases de dades:

1. Edat en anys complerts. Agrupades en tres grups: dones de menys de 25 anys, dones entre 25 i 34 anys i dones de 35 anys o més. Les dones de menys de 15 s'inclouen en el grup de 15-19 i les dones de més de 49 anys, en el grup de 45-49 anys.
2. CCAA de residència. Excloc les dones estrangeres i residents a Gibraltar.
3. País de naixement, classificat entre Espanya o estranger.
4. Estat civil (casada, soltera, separada i divorciada, viuda)/Cohabitació
5. Situació laboral de la dona. Tot i les limitacions d'aquesta variable, he volgut mantenir-la per la seva importància en l'estudi de la IVE. Per tal de no perdre valors, l'he agrupat en 3 categories: "Mestressa de casa", "Estudiant" i "Altres" (que inclou a les dones majoritàriament actives, però també altres situacions laborals que no han pogut ser classificades i situacions laborals no declarades).

Tot i la limitació que ha suposat l'harmonització de la informació continguda en els dos registres que s'han usat per l'anàlisi, així com disposar d'un nombre molt reduït de

variables associades a la decisió i que cobreixen insuficientment la seva situació personal, amb l'anàlisi multivariant m'he aproximat als factors sociodemogràfics explicatius d'una IVE.

La variable dependent de l'estudi és la forma de resolució de l'embaràs i l'anàlisi que s'ha dut a terme inclou una anàlisi descriptiva univariant a través del càlcul del Chi-quadrat per comparar les característiques sociodemogràfiques i reproductives per grups d'edat i, posteriorment, s'identifiquen els determinants a la IVE a través de models de regressió logística univariades i multivariades pel conjunt de la mostra i per la mostra estratificada per edat. He calculat les *odds ratio* (OR) crues i ajustades, amb un interval de confiança del 95% (95% IC). L'estratègia per construir els models multivariants ha estat d'incloure en els models ajustats les variables que apareixien associades univariadament amb una significació menor 0,05 com a factors de risc potencial.

### 3.2. L'ESTUDI DEL SISTEMA DE SALUT SEXUAL I REPRODUCTIVA

Per assolir l'objectiu 2 caracteritzo el sistema de SSR i estudio com es concreten els objectius públics dirigits a disminuir la IVE i garantir la SSR a través de l'experiència espanyola, belga i francesa. L'any de referència per la recollida de dades pel cas espanyol és el 2008. La informació de Bèlgica i França que es compara amb el cas espanyol, l'he obtinguda del treball de camp que vaig realitzar l'any 2005 en el marc de la memòria de recerca. Tot i que les dades sobre prevalença anticonceptiva, incidència i característiques de la pràctica de la IVE que presento corresponen a aquell moment, apunto tendències posteriors, sempre que ha estat possible, per equiparar la informació a la disponible per Espanya. En darrera instància, cal tenir en compte que les xifres es mostren com a suport per descriure un model d'atenció a la SSR i uns objectius públics a cada país (vegeu Capítol 5)

Per descriure el sistema de SSR i emmarcar la IVE en el context de cada país, he considerat extensament 5 estratègies públiques a través de les quals s'implementen els objectius públics i que afecten el procés individual de la IVE: 1) la legislació sobre IVE, 2) l'educació afectivosexual, 3) la cobertura anticonceptiva, 4) els serveis d'atenció a la SSR i 4) l'oferta específica de serveis a la IVE.

Finalment mostro dades d'incidència de la IVE i sobre les característiques de la dona que avorta i de la pràctica que il·lustren la situació a Bèlgica i França per tal de, a través de la comparació dels tres països, poder concloure quina relació s'estableix entre els objectius públics dirigits a disminuir la IVE amb la intensitat i les característiques del fenomen.

Les fonts d'informació en el procés de documentació i obtenció de dades sobre el sistema de SSR han estat el Registre d'IVE, la literatura gris i el contacte amb diversos informants qualificats, professionals de la SSR i altres agents socials vinculats amb el sistema de salut i amb el Registre d'IVE a cada país.

### **3.2.1. Revisió de la literatura gris i aportacions d'informants clau**

Per descriure el context de la IVE, l'evolució històrica, les lluites socials i polítiques, la legislació i la descripció del model sociosanitari en matèria de SSR establert a Espanya, Bèlgica i França, he fet una revisió de la literatura gris, documents publicats i no publicats, i he obtingut informació d'interlocutors clau vinculats amb l'atenció a l'usuari o l'estudi de la IVE que treballen en l'àmbit de la SSR. Les expertes consultades han estat metgesses, treballadores socials, psicòlogues, infermeres que formaven part de centres de planificació familiar i de clíniques acreditades per realitzar IVE, així com els tècnics de l'Administració i/o demògrafs vinculats al sistema d'enregistrament, encarregats de la recollida, explotació, anàlisi i publicació de les xifres d'avortaments o altres professionals d'organitzacions vinculades a la lluita pels drets de les dones. Tot i no disposar de cap registre de les converses informals realitzades vull citar aquí la informació recollida dels informants clau com a comunicacions orals. Els temes explorats han estat:

1. Sistema d'enregistrament (qualitat i contingut del registre oficial, disponibilitat d'altres fonts d'enregistrament).
2. Oferta de serveis en SSR i IVE (estructures sociosanitàries, professionals, distribució geogràfica, aproximació a la sexualitat, situació anticonceptiva, necessitats insatisfetes en matèria d'anticoncepció i prevenció, cost, accessibilitat, anticoncepció d'urgència, circuit per accedir a un avortament, mètode d'interrupció farmacològic).
3. Història de la lluita pel dret a l'avortament i mesures concretes sobre avortament (actors implicats, política de govern en la matèria, rol actual dels diferents nivells administratius).
4. Situacions especials (avortament a l'estranger, adolescència, maduresa i estrangeres, dones amb pocs recursos econòmics, patrons regionals, avortament més enllà del termini legal).

Pel cas espanyol, a més a més de la literatura gris consultada (informes del Ministerio de Sanidad, documentació de l'Instituto de la Mujer, de la Federació de Planificación Familiar Estatal, de la Sociedad Española de Contracepción, de la Coordinadora Estatal



d'Organitzacions Feministes, del GIE, de l'Associació de Clínicas Acreditades per la Interrupció Voluntària de l'Embaràs, de l'Observatori de Drets Sexuals i Reproductius, de la Xarxa de dones per a la Salut, del Centre d'Anàlisi i Programes Sanitaris, de la Consultoria Epirus d'avaluació de sistemes de salut, documents legals i articles a premsa), estic en deute amb la doctora Magda Ruiz pel valor de la informació continguda en la seva tesi doctoral sobre el recorregut històric, les lluites i els drets aconseguits en matèria de SSR al llarg de diverses dècades a Espanya (14).

### 3.3. L'ANÀLISI DEL PROCÉS INDIVIDUAL DE LA IVE

L'objectiu 3 és la darrera fase de la recerca de les lògiques explicatives d'una IVE. L'anàlisi de les condicions d'arribada d'un embaràs i les raons que duen a una dona a seguir o interrompre la gestació implica la consideració de dimensions subjectives com el desig de maternitat o altres desitjos i motivacions que no poden ser explorades exclusivament a través de la metodologia quantitativa, perquè no es captaria tota la seva complexitat. Així, l'aproximació qualitativa està concebuda per estudiar el sentit que les dones donen a les seves pràctiques (sexuals, anticonceptives, ...) i a les pròpies situacions a les que s'han d'enfrontar (sistema de valors, lectura de les pròpies experiències,...) en un context social i institucional donat.

He utilitzat dues tècniques de la metodologia qualitativa. La tècnica principal d'aquesta recerca ha estat l'entrevista en profunditat semiestructurada a dones embarassades que m'ha aproximat l'experiència personal de les dones, però l'entrevista individual l'he complementat amb la tècnica del grup de discussió a dones del mateix tram d'edat que les dones embarassades i a professionals de l'àmbit de la SSR m'ha permès identificar, a través del discurs col·lectiu, escenaris socials, contextos pròxims de la dona embarassada. Els participants en els grups de discussió esdevenen informants qualificats per tal de contrastar, contextualitzar i complementar, des d'una altra perspectiva, el relat de les noies.

Finalment, les diverses tècniques utilitzades en l'anàlisi qualitativa tenen l'objectiu de fer sortir a la llum les lògiques socials que afecten l'experiència de les dones amb la pretensió d'objectivar-les, de fer-les intel·ligibles i explicables a través dels relats i discursos dels seus protagonistes (165).

#### **3.3.1. L'entrevista semiestructurada en profunditat**

Les entrevistes en profunditat permeten identificar elements que han quedat ocults o que no poden ser transmesos a través de qüestionaris i fonts quantitatives. Com el sociòleg

Ruiz Olabuénaga defineix en el seu manual sobre metodologia qualitativa, *l'entrevista a fons* és una tècnica per obtenir informació on la persona entrevistada transmet al entrevistador la seva definició personal de la situació estudiada, se centra en l'experiència del testimoni i en els aspectes del discurs referents a la situació social que es pretén estudiar (166). La possibilitat d'aproximar-me a l'experiència del subjecte d'estudi és especialment pertinent en l'àmbit de la salut (167) i específicament en l'estudi de les raons a la IVE, en la que es pot estar produint un conflicte entre la norma social, entesa com a conducta legitimada, i la pràctica. Així, l'entrevista en profunditat deixa de ser una conversació ordinària per passar a ser una confessió; es tracta de cercar la confessió de l'entrevistada per entendre la seva confrontació amb la norma social dominant. La confessió esdevé com una reivindicació del reconeixement d'una norma particular davant d'altres que són les socialment dominants (167,168). Partir de les veus de les protagonistes permet il·lustrar els arguments, sense voler "demostrar" sinó "mostrar".

Concretament l'entrevista semiestructurada és especialment útil per un estudi de caràcter exploratori, perquè genera una àmplia informació i està poc mediatitzada pel prejudici teòric de l'investigadora. Així mateix, permet captar les contradiccions de la dona entrevistada, les seves associacions d'idees i conceptes propis, així com valorar els silencis (167).

a) *Univers i mostra de l'estudi*

La investigació qualitativa es va realitzar amb dones que estaven embarassades

perquè la intenció és conèixer de primera mà els processos de decisió que les va portar a la condició d'embarassades i els factors que influeixen en les diverses etapes d'aquest procés. La seva condició, a més a més, permet controlar el biaix que suposa entrevistar a dones que ja han viscut la IVE, tenint en compte que la significació que es dona a l'embaràs, per ser retrospectiva, podria estar esbiaixada

de primer fill

Perquè un primer fill suposa un esdeveniment excepcional, únic i irrepetible en la vida d'una dona. A través de la narració d'aquesta experiència s'estudia quin efecte té sobre els desitjos i la presa de decisions en relació a l'embaràs i la maternitat

amb dones d'entre 25-34 anys

Perquè el moment del curs de vida d'una dona és determinant per poder estudiar els factors explicatius d'una IVE (24,19) havia de definir un tram d'edat. El criteri prioritari per seleccionar aquest grup era l'expectativa de trobar la més gran diversitat i complexitat de raons per desitjar o no un embaràs i decidir continuar-lo o interrompre'l. El grup de dones joves-adultes, de 25-34 anys, m'oferia aquesta oportunitat. En elles recau el pes de la norma social de la maternitat, per tant, la decisió d'avortar està especialment estigmatitzada per l'entorn i requereix d'una justificació més elaborada per part de la dona embarassada. Contràriament, abans d'aquesta edat una IVE és acceptada socialment, perquè la norma social de la maternitat el considera un embaràs precoç i la dona no és prou madura i, en canvi, després d'aquesta edat, es tracta d'un embaràs tardà i, per tant, de risc (17). Altres característiques del grup de 25-34 anys són: 1) concentren la majoria de naixements i una minoria d'embarassos no desitjats. El 60,8% dels naixements es produeixen en aquestes edats (INE, dades del MNP 2008) i 9,8 de cada 100 embarassos acaben en una IVE en el grup de dones d'entre 30-34 anys, 2) es troben a la frontera amb el període menys fèrtil (1 de cada 6 dones és infèrtil a partir dels 30 i 1 de cada 3 a partir dels 35 segons dades de l'Institut Dexeus) i 3) a l'edat de 25-34 anys socialment s'espera que s'hagin assolit una sèrie d'objectius (educatius, professionals, de parella i a la maternitat) i, tot i així, les dones d'aquesta franja d'edat també avorten.

Tenint en compte els objectius de la investigació, la mostra va incloure dones embarassades, tant si volien interrompre com seguir la gestació. Era la meua intenció incloure qualsevol tipus d'embaràs per tal de no imposar la idea que tota IVE és producte d'un embaràs no planificat, així com per poder recollir el màxim nombre de factors estructurants de la decisió i desxifrar en quin moment del procés es construeix la decisió i en quin moment es produeix el refús de l'embaràs.

De les dones entrevistades tan sols en coneixia, prèviament, la forma de resolució de l'embaràs, però no sabia si es tractava d'un embaràs planificat o no. D'aquesta manera, podia descobrir a través dels seus relats com s'havien pres les decisions en matèria de sexualitat, anticoncepció i embaràs, descobrir en quines circumstàncies havia arribat l'embaràs que el definia com a desitjat o no desitjat i quines eren les raons que exposaven les dones per voler seguir o interrompre la gestació en funció del nivell de planificació i desig del mateix; quins eren els motius per tenir conductes que no es corresponien amb els desitjos i intencions i, finalment, quina havia estat l'experiència de la dona en contacte amb el sistema sociosanitari i els professionals i el circuit fins a la IVE.

Vaig diversificar la mostra en funció de la problemàtica que volia tractar i vaig buscar la saturació de la informació. Es tractava d'obtenir suficient informació per poder comparar els factors estructurants de la decisió entre les dones entrevistades i, així, evitar la fragmentació de la informació que obtindria de les dones per separat. Amb aquesta finalitat vaig tenir en compte aquelles variables que apareixien associades a una IVE a l'estudi quantitatiu i a la literatura sobre el tema i, així, vaig diversificar l'edat de les dones dins de l'interval de 25-34 anys, la situació de parella, el nivell educatiu, la situació professional i vaig considerar les regions d'origen més freqüents entre les dones que avorten a Espanya.

Taula 1. Característiques sociodemogràfiques i reproductives de les dones entrevistades

<i>Dona (pseudònim)</i>	<i>edat</i>	<i>país de naixement</i>	<i>Temps d'estada a Espanya (anys)</i>	<i>estat civil de parella</i>	<i>tipus de parella</i>	<i>temps de convivència (anys)</i>	<i>temps de relació de parella (anys)</i>	<i>situació material (pis)</i>	<i>nivell d'estudis</i>	<i>Situació laboral (professió i tipus de contracte)</i>	<i>Ha reproductiva (IVE o AVE anteriors)</i>	<i>semanes de gestació</i>	<i>Resolució de l'embaràs actual</i>
<b>Gisela</b>	<b>34</b>	Espanya		soltera	estable (cohabitació)	?	7	de lloguer	universitaris	psicòloga i logopeda/ autònoma		22	continua embaràs
<b>Marina</b>	<b>33</b>	Espanya		soltera	estable (LAT)	-	4	pis de propietat / LAT	COU	teleoperadora / treballa per compte d'altri		14	Continua embaràs
<b>Carla</b>	<b>32</b>	Espanya		soltera	estable (cohabitació)	9	9	de lloguer	universitaris	profe de secundària/ funcionària	AVE	7	continua embaràs
<b>Estela</b>	<b>31</b>	Espanya		soltera	estable (cohabitació)	?	11	de lloguer	universitaris	psicòloga infantil/ autònoma en una empresa		13	continua embaràs
<b>Susana</b>	<b>30</b>	Espanya		soltera	estable (cohabitació)	<1	9	pis de propietat	universitaris i postgrau	administrativa/ funcionària	AVE	13	continua embaràs
<b>Francesca</b>	<b>34</b>	Espanya		casada	estable	3,5	7	pis de propietat	FP	Administrativa / contracte fix	AVE	15	continua embaràs
<b>Ada</b>	<b>25</b>	Armènia	<1	casada	estable	<1 (7 mesos)	4	casa els sogres	universitaris-sociòloga	no treballa fora de casa		12	continua embaràs

<b>Nina</b>	<b>29</b>	Espanya		casada	estable	4	9	pis de propietat		sector sanitari/ contracte d'interina			continua embaràs
<b>Rut</b>	<b>31</b>	Espanya		soltera	estable (cohabitació)		5	de lloguer	3r cicle	dissenyadora gràfica		28	continua embaràs
<b>Olga</b>	<b>28</b>	Espanya		casada	estable (cohabitació)	2	5	pis de propietat	universitaris	mestra de secundària/ funcionaria		28	continua embaràs
<b>Minerva</b>	<b>30</b>	Espanya		casada	estable (cohabitació)	<<1	2	de lloguer		infermera/ contracte fix		20	continua embaràs
<b>Aïcha</b>	<b>27</b>	Marroc		casada	estable (cohabitació)	1	5	de lloguer	batxillerat	no treballa fora de casa		28	continua embaràs
<b>Lara</b>	<b>27</b>	Espanya		soltera	estable		<1	casa els pares	ESO	Hosteleria. Fires/autòno ma			continua embaràs
<b>Violeta</b>	<b>27</b>	Espanya		soltera	no estable (intermitent)		2	habitació llogada /buscant amb la parella	EGB	venedora fires			continua embaràs
<b>Vicenta</b>	<b>26</b>	Espanya		soltera	no estable (desaparegut)			casa d'una amiga	EGB	cangur	2 IVE; AVE	24	continua embaràs
<b>Victoria</b>	<b>27</b>	Espanya		soltera	estable (cohabitació)	<1 (6 mesos)	<1	de lloguer	universitaris	mediadora /contracte d'obra i servei			continua embaràs
<b>Eva</b>	<b>34</b>	Espanya		soltera	no estable (retrobatment)	temps gestació	> 3. Relació intermitent	pis de propietat de la parella	universitaris	Química/ contracte indefinit		22	continua embaràs

<b>Ana María</b>	<b>29</b>	Bolívia	2,5	soltera	no estable		1	habitació llogada	?; ofici:costura	neteja/sense contracte	AVE	7	IVE
<b>Mónica</b>	<b>25</b>	Espanya		soltera	estable (cohabitació)	3	11	pis de propietat	EGB	caixera supermercat		4	IVE
<b>Mariana</b>	<b>30</b>	Equador	8	soltera	no estable (retrobatment)		<1	habitació llogada	universitaris (inacabats)	caixera supermercat		5	IVE
<b>Ivet</b>	<b>27</b>	Espanya		soltera	no estable (amic)		1,5	a casa dels pares	universitaris (en curs)	estudiant		7	IVE
<b>Rosa</b>	<b>32</b>	Espanya		soltera	no estable (recent)		<<1	pis de propietat /venent pis	3r BUP	manipuladora / contracte indefinit		5	IVE
<b>Xènia</b>	<b>31</b>	Espanya		soltera	estable (incerta)		1,5 any	de lloguer	universitaris (en curs)	gestora comercial			IVE
<b>Jèssica</b>	<b>32</b>	Espanya		soltera	estable (cohabitant)	1 mes	6 mesos	de lloguer	Formació professional	estilista; discoteca- contracte indefinit		5	IVE
<b>Paula</b>	<b>25</b>	Espanya		soltera	no estable (recent)		2 mesos	cada dels pares	universitaris (en curs)	Agència d'asseguranc es			IVE
								no planificat					

LAT o Living Apart Together: parelles estables vivint separats; AVE: avortament espontani

Amb l'objectiu d'aconseguir diversificar les característiques sociodemogràfiques de la mostra vaig utilitzar diverses formes de cerca. Vaig contactar amb professionals de centres d'atenció primària de Barcelona i el CJAS, així com amb professionals de clíniques que practiquen IVE de la ciutat. També vaig fer un enviament de correus electrònics en diversos entorns de persones d'aquest grup d'edat i una vegada vaig disposar de les primeres entrevistes vaig utilitzar el mètode de bola de neu per captar altres possibles dones potencialment entrevistables. La IVE és un moment delicat en la vida d'una dona que ha de ser respectat, la dificultat de captar de manera voluntària a dones embarassades ambivalents davant de l'embaràs que decideixen interrompre'l, és la raó per la qual vaig buscar un context que els donés seguretat. Vaig recórrer a clíniques que realitzen IVE per captar les dones durant la visita informativa. A la clínica la forma de reclutar-les va ser aleatòria. Tot i el biaix de representació que suposa que les dones que decideixen avortar fossin reclutades en una sola clínica va ser compensat pel fet que es tractava d'una de les clíniques de Barcelona que rep més demandes d'IVE de dones provinents de tot Catalunya.

L'estudi el vaig realitzar a Catalunya per ser la CCAA amb una de les taxes més altes d'IVE i pel seu caràcter urbà, especialment de Barcelona i l'Àrea Metropolitana, l'anonimat i un menor estigma a l'avortament podia ser favorable a l'hora de poder captar a les dones i disminuir el biaix de declaració. A més a més, pel seu recorregut historicopolític i social en defensa dels drets civils i de les dones, Catalunya és pionera en canvis en les conductes i actituds envers la IVE que es poden acabar donant al conjunt de l'Estat.

*b) El guió i procediments de l'entrevista*

Les entrevistes de tipus semiestructurades les vaig realitzar a partir d'un guió comú que havia de servir com una guia dels grans blocs de l'entrevista i poder recuperar i aprofundir aquells temes que no apareixen espontàniament al discurs de la entrevistada.

Prèviament a l'inici de l'entrevista vaig recollir les variables sociodemogràfiques i sobre l'embaràs actual següents:

1. Any de naixement/edat
2. nivell d'estudis/també de la parella (si existeix)
3. Professió/també de la parella (si existeix)
4. Lloc de residència, amb qui viu i tipus d'allotjament (compra o lloguer)
5. Temps de gestació



L'entrevista contenia 3 grans blocs temàtics que eren introduïts per una pregunta oberta (vegeu guió detallat i les dimensions que es vol explorar en cada apartat a l'Annex 3):

1. Embaràs i maternitat. Pregunta: "Com vius l'experiència de l'embaràs?"
2. Control de la fecunditat. Pregunta: "Com et protegies d'un embaràs?"
3. Relació de la dona amb el sistema sanitari. Pregunta: "Com has viscut l'atenció per part dels professionals de la SSR, abans i després de l'embaràs?"

Després de la presentació dels objectius de l'estudi animava a la dona a descriure el context i el conjunt d'esdeveniments que havien envoltat l'embaràs i a explicar com havia pres la decisió de continuar-lo i d'interrompre'l. Respectava la cronologia amb la qual la dona presentava els diversos esdeveniments, així com el ritme i el nivell de profunditat que ella escollia. Posteriorment, si ho considerava pertinent, recuperava els temes de l'entrevista i els factors que havien aparegut estructurants del procés dins del reat de la dona, per entendre la significació que la dona donava a l'anticoncepció, l'embaràs i la IVE.

En el primer bloc de l'entrevista, explorava les condicions d'arribada de l'embaràs, les relacions afectives, sexuals i de parella en el moment de conèixer l'embaràs, la situació familiar i personal, la situació laboral i la inversió professional de la dona i explorava, també, les condicions per tenir fills i l'evolució de les intencions de fecunditat al llarg del curs de vida. En el segon bloc de l'entrevista, posava l'accent a la pràctica habitual anticonceptiva i en el moment de l'embaràs. Posant èmfasi en la reconstrucció de la conducta sexual, anticonceptiva y reproductiva intentava captar el biaix entre el desig d'embaràs i una mala gestió de l'anticoncepció. També m'interessava entendre quin rol havien jugat en el procés de decisió les reaccions de l'entorn més proper a la dona i l'existència d'una xarxa de suport social. Finalment, en el tercer bloc de l'entrevista, explorava l'experiència de la dona en contacte amb el sistema sociosanitari, quina percepció tenia del rol del prescriptor dels mètodes anticonceptius i l'itinerari seguit fins a que la IVE pogués ser practicada.

A través de les conductes i les raons expressades per les dones pretenia identificar les dimensions que no havien estat verbalitzades: Ambivalències, dubtes, intencions, la pressió social a la maternitat, el desig, les dificultats, el rol de la parella i els rols socials de gènere, la consciència de risc d'embaràs, la significació de la maternitat.

En el cas de dones que decidien continuar amb la gestació les feia opinar sobre les raons que podien portar a una dona a avortar per veure el grau d'acceptació de la pràctica i d'estigma.

Vaig realitzar les entrevistes en espais on les dones se sentissin còmodes, on no hi hagués la presència de persones del seu entorn més proper i poguéssim parlar sense presses. Només en el cas de les dones que havien decidit interrompre l'embaràs es va establir una sala de la clínica on es practicaria la IVE que assegurés la seva confidencialitat.

Vaig pilotar l'entrevista a l'inici de l'estudi amb dues dones embarassades per tal de poder corregir els aspectes del guió que no s'entien i valorar les preguntes que havien d'ajudar a l'entrevistada a recuperar i aprofundir sobre certs aspectes.

Vaig enregistrar i transcriure les 25 entrevistes íntegrament, mantenint el llenguatge original amb les mínimes correccions per tal de preservar la fidelitat a la forma d'expressar-se pel posterior anàlisi. Totes van ser anonimitzades mitjançant un pseudònim, sense definir el lloc de treball i de residència ni el nom de la parella, en el cas que constés parella, per tal que no poguessin ser reconegudes i mantenir la consigna de confidencialitat que els assegurava.

### *c) Tipus d'anàlisi*

Vaig realitzar l'anàlisi de les 25 entrevistes mitjançant el programa Atlas-ti que permet la gestió d'una gran quantitat de dades i de codificacions

Vaig fer una doble lectura de les entrevistes. Inicialment vaig fer una anàlisi temàtica, desgranant transversalment el que apareixia a cada entrevista sobre un mateix tema i així identificar aquells factors estructurants en cada etapa del procés. Posteriorment, vaig analitzar les entrevistes de cada dona per separat i en la seva globalitat per poder veure les particularitats, la forma com cada dona construeix la seva història, com racionalitza els esdeveniments que passen a la seva vida, com articula el relat, considerant que l'ordre d'aparició i l'èmfasi que fa en determinants factors i temes concedeixen més o menys importància a certs aspectes de la seva vida.

A l'anàlisi temàtic, vaig considerar totes les entrevistes, vaig analitzar conjuntament les dones que continuaven l'embaràs i les que volien interrompre'l per poder establir algunes diferències entre ambdós grups. Aquestes últimes les vaig considerar els casos control que havien de permetre identificar els factors estructurants de la decisió de la IVE. Es tractava de dones que havien estat exposades a les mateixes lògiques socials i calia

veure si els factors individuals i la interacció d'aquests amb les primeres estava jugant un paper en la decisió final sobre com resoldre l'embaràs. A l'anàlisi longitudinal, vaig considerar únicament les dones que interrompien l'embaràs per entendre la direcció que prenia la decisió. Analitzant cada relat en el seu conjunt podia resituar el procés de la IVE dins de cada trajectòria personal, de parella i social de les dones que decideixen viure aquesta experiència.

### **3.3.2. Els grups de discussió**

L'ús d'aquesta tècnica respon a l'interès de captar els discursos col·lectius i les representacions que s'adscriuen al voltant d'un problemàtica o situació particular per tal de detectar com la perceben i l'experimenten els individus implicats segons la posició que tenen dins l'estructura social i/o la seva experiència vital o professional (166). Es recrea una situació quotidiana, una conversació dins del grup d'iguals per tal que parlar i debatre sobre una determinada temàtica que els és pròpia. D'aquesta manera, encara que la recreació és un simulacre, tenint en compte que se cita al grup en un moment i lloc determinat, la conversa resultant és real, en tant que l'investigador/a que lidera el grup sàpiga afavorir un clima relaxat i distès i s'hagi pogut reunir a un conjunt de persones similars en l'experiència vital o professional.

En el grup de discussió es reconstrueixen discursivament les normes de referència d'un grup social. En quan a expressió d'una posició social respecte a un fenomen, el discurs del grup es també el de la norma d'aquest sector de la societat enfront la resta de sectors socials (167)

Vaig dur a terme 3 grups de discussió. Dos grups es van realitzar prèviament a la realització de les entrevistes individuals amb l'objectiu d'explorar el discurs col·lectiu sobre el desig de maternitat, les raons a una IVE i l'atenció socio sanitària disponible. Un d'ells estava format per dones que complien els mateixos criteris que les dones entrevistades pel que fa l'edat i la seva història reproductiva, però no estaven embarassades i, l'altre, amb professionals socio sanitàries com a observadores privilegiades de l'experiència de la prevenció i de la IVE. El tercer grup el vaig dur a terme amb professionals socio sanitaris o vinculats amb el sistema sanitari, amb la intenció de validar i contrastar alguns dels resultats més rellevants obtinguts de les entrevistes.

#### *a) Participants*

Grup 1. Dones residents a Catalunya d'edats compreses entre els 25-34 anys que no haguessin tingut fills, criteris d'inclusió de les entrevistes individuals. Donat que la

convocatòria es va fer de manera oberta i voluntària i no es va forçar la diversitat, el grup final era força homogeni, el perfil aconseguit presentava biaixos relacionats amb el nivell educatiu. La taula 1 mostra el perfil de les participants.

*Taula 2 . Perfil de les participants en el grup de discussió 1.*

Participants	Edat	País de naixement	Nivell educatiu	Situació laboral
Dona 2	32	Espanya (Castellón)	Universitari	A l'atur
Dona 3	30	Espanya (Barcelona)	Universitari	A l'atur
Dona 4	30	Espanya (Bilbao)	Universitari	Estudiant
Dona 5	25	Uruguai	Universitari	Estudiant
Dona 6	26	Uruguai	Universitari	Estudiant

Grup 2. Professionals sociosanitàries com observadores privilegiades que al llarg de la seva trajectòria professional han tingut contacte amb una gran diversitat de dones i situacions vinculades a la gestió dels mètodes anticonceptius i l'embaràs. Vaig convidar a participar a 6 professionals del sistema sanitari públic català que realitzaven la seva tasca en centres específics d'atenció a gent jove, centre d'atenció primària i hospital (Taula 2).

*Taula 3. Perfil de les participants en el grup de discussió 2.*

Participants	Activitat professional
Professional 1	Ginecòloga del PASSIR
Professional 2	Ginecòloga i directora del CJAS
Professional 3	Psicòloga de PASSIR
Professional 4	Ginecòloga al CJAS
Professional 5	Llevadora de centre d'atenció primària
Professional 6	Llevadora de centre hospitalari

Grup de discussió 3. Professionals sociosanitaris i vinculats al sistema sanitari, alguns dels quals van participar al Grup de discussió 2.

*Taula 4 Perfil de les participants en el grup de discussió 3.*

Participants	Activitat professional
Professional A	Metge i consultor de sistemes sanitaris
Professional B	Ginecòloga d'un PASSIR
Professional C	Llevadora de centre d'atenció primària
Professional D	Llevadora de centre hospitalari

*b) Guió i procediment de les sessions*

Grup 1. El guió i la sessió es van estructurar al voltant de 3 grans blocs en base als 3 moments del procés de la IVE i en la decisió a la maternitat: el moment en el que es decideix tenir un fill o no, el moment en el que es decideix i es posa en pràctica la protecció anticonceptiva i el moment en que es descobreix l'embaràs. Transversalment, es va buscar clarificar en la mesura que aquests processos de decisió són conscients, els factors que entren en joc, el rol real i potencial del sistema sanitari i, finalment, es va animar a les dones a fer propostes per millorar l'atenció a la SSR (Annex 4.1)

Grup 2. El guió es va estructurar en base a tres dimensions de SSR estretament lligades al procés de la IVE i a l'embaràs. Una primera dimensió vinculada al control de la fecunditat per part de les dones, una segona dimensió vinculada a l'embaràs i una tercera dimensió relativa als recursos disponibles per part de les institucions que afecten la situació laboral dels professionals (Annex 4.2)

Grup 3. La sessió va tenir com a objectiu revisar amb els professionals alguns dels resultats obtinguts en les entrevistes individuals i validar la classificació dels diversos tipus d'embaràs identificats. Amb aquest objectiu es decideix no partir de cap guió preestablert. Es pretenia detectar necessitats insatisfetes de les dones embarassades, avaluar el marge d'acció real del sistema sanitari per corregir deficiències que s'estiguessin produint i discutir sobre el concepte d'embaràs no desitjat. Finalment s'animava als professionals a suggerir mesures compromeses en el seu àmbit de treball, dirigides al col·lectiu sanitari i individual

*c) Tipus d'anàlisi*

En els tres grups de discussió vaig dur a terme una anàlisi temàtic de les transcripcions de cadascun dels grups amb la finalitat principal d'ajudar a completar i interpretar els

resultats principals obtinguts de les entrevistes individuals. Els discursos obtinguts dels grups de discussió no els presento explícitament sinó que han tingut la funció d'enriquir el procés d'anàlisi de les entrevistes realitzades a les dones embarassades; només presento alguna cita quan he considerat que podia ajudar a ampliar la informació obtinguda de les dones en el procés individual de l'avortament.

## **CAPÍTOL 4. LA INTERRUPCIÓ VOLUNTÀRIA DE L'EMBARÀS. INTENSITAT, CARACTERÍSTIQUES I PERFIL DE LES DONES QUE AVORTEN**

En aquest capítol descriu la situació a Espanya pel que fa la intensitat de la IVE i les característiques de les dones que interrompen l'embaràs. De l'escala més general a la més concreta, situo Espanya dins del context europeu i, seguidament, aprofundeixo en el cas espanyol. Comparo els nivells d'avortament amb els nivells d'altres fenòmens vinculats amb la fecunditat, a través d'indicadors globals i específics per edat i ho faig pel conjunt de l'Estat i per CCAA i al llarg d'una dècada (1998-2008). A continuació, descriu les característiques de la pràctica de la IVE i el perfil sociodemogràfic i reproductiu de la dona que avorta a Espanya l'any 2008, informació recollida pel Registre d'IVE i, finalment, a partir de la unió de les dades de parts i d'IVE l'any 2008, i a través d'una anàlisi multivariant, identifico els determinants sociodemogràfics i reproductius de la IVE. Mitjançant el Registre d'IVE, dades de població de l'INE i de *l'Encuesta de Fecundidad y Valores en la España del Siglo XXI* dedico una atenció especial a dos factors que afecten a la intensitat de la IVE a Espanya, em refereixo a la prevalença anticonceptiva i al rol de la immigració.

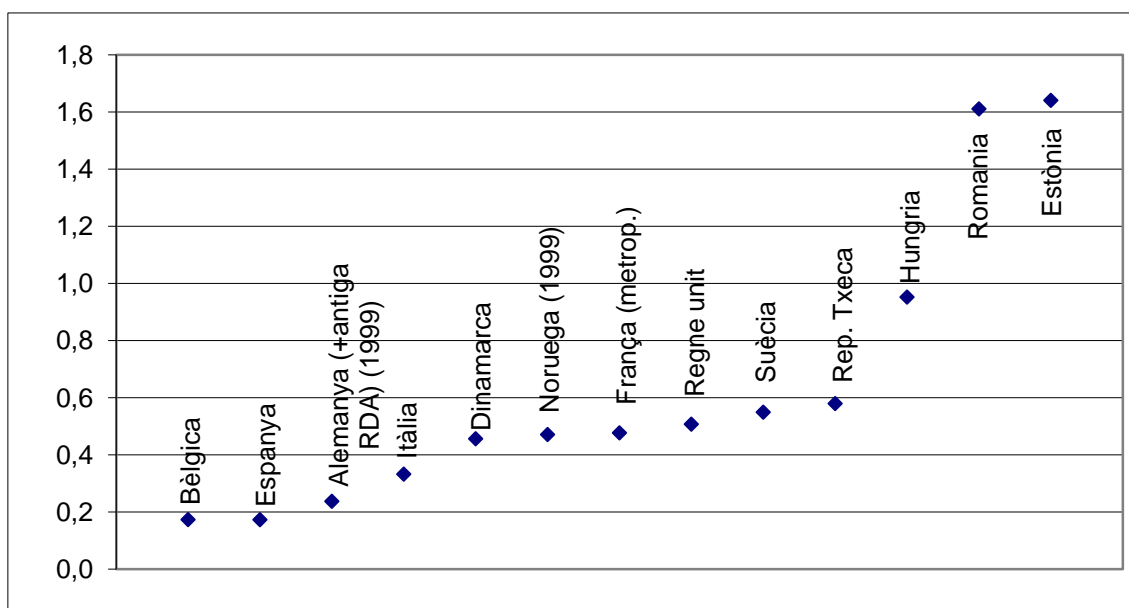
### **4.1. ESPANYA EN EL CONTEXT EUROPEU ENTRE 1998-2008**

Amb l'objectiu de situar Espanya en el context internacional pel que fa a la incidència de l'avortament i la probabilitat d'avortar davant d'un embaràs, en aquest apartat comparo l'índex sintètic d'avortament (ISA), la proporció d'embarassos que es resolen amb una IVE i les taxes específiques d'avortament per edat de diversos països europeus l'any 1998 i el 2008 que em permet veure quina ha estat l'evolució dels nivells d'avortament a Espanya en una dècada (vegeu com es construeixen i s'interpreten els indicadors a l'apartat 3.1.2).

Tots els països que presento en aquest apartat han despenalitzat la IVE i, per tant, puc disposar de dades oficials. He seleccionat una mostra de països que poguessin representar la diversitat europea en matèria de SSR. Així, incloc informació de països d'Europa Occidental, de l'Est i/o antics membres de la Unió Soviètica (incloent els Estats Bàltics), del Nord i països del Sud d'Europa segons la classificació de la OMS (vegeu apartat 3.1.2).

La Gràfica 2 mostra l'ISA com a indicador resum de la intensitat de l'avortament a cadascun dels països l'any 1998 que presenta el nombre mitjà d'avortaments al llarg de la vida reproductiva d'una dona (vegeu també Annex 1. Taula 1).

Gràfica 2. Índex sintètic d'avortament. Europa, 1998



Font: Elaboració pròpia a partir de les dades del Registre d'IVE i de població de l'INE per Espanya i dades d'Eurostat per la resta de països.

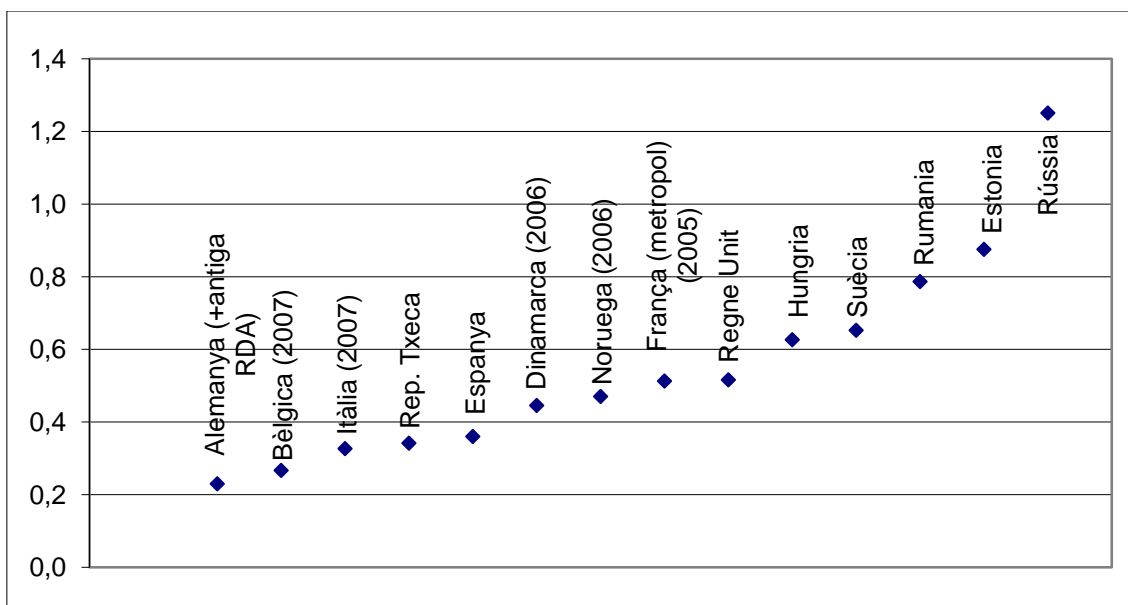
A la dècada dels 90, els països de l'Est d'Europa presentaven l'ISA més elevat; a Estònia i Romania era de 1,6 IVE per dona i a Hongria de 0,95. Tot i que a finals dels anys 80 es començava a penalitzar l'avortament als països d'Europa de l'Est i començaven a difondre's els mètodes anticonceptius com a forma de control de la fecunditat, la intensitat de la IVE encara era alta 10 anys més tard (66). La resta de països, majoritàriament d'Europa Occidental i del Nord, presentaven índexs inferiors a 0,6 IVE per dona. Si bé amb alguna excepció com Alemanya, als països del Sud d'Europa s'observaven els valors més baixos; Espanya ocupava la penúltima posició per darrera de Bèlgica amb 0,2 IVE per dona.

Una dècada més tard, el mateix indicador (Gràfica 3 i Annex 1.Taula 2) mostra com la incidència de la IVE ha seguit un procés de convergència a Europa. El 2008, els països mantenen més o menys les mateixes posicions relatives, amb els països d'Europa de l'Est i nòrdics al capdavant. Tan sols aquells països que mostraven nivells més alts a finals dels 90 veien disminuir aquest indicador, excepte Suècia on ha augmentat (0,65). És especialment rellevant el descens de la incidència de l'avortament als països de l'Est d'Europa, que partien de nivells molt alts. Romania i Rússia mostren índexs d'entre 0,8 i 1,2 IVE per dona, o el cas de la República



Txeca que passa de 0,5 a 0,3 IVE per dona<sup>11</sup>. Contràriament, els països d'Europa Occidental o del Sud que mostraven el 1998 els valors de l'ISA més baixos (Bèlgica i Espanya), veuen augmentar l'indicador. Amb un 0,4 IVE per dona, Espanya ocupa, el 2008, una situació intermèdia deixant enrere països com Alemanya, la República Txeca i Itàlia. Els països que el 1998 presentaven valors intermedis són els que mantenen una posició més estable o augmenten, lleugerament, el nivell d'avortaments (Dinamarca, Noruega, Itàlia, França, Regne Unit).

Gràfica 3. Índex sintètic d'avortament. Europa, 2008

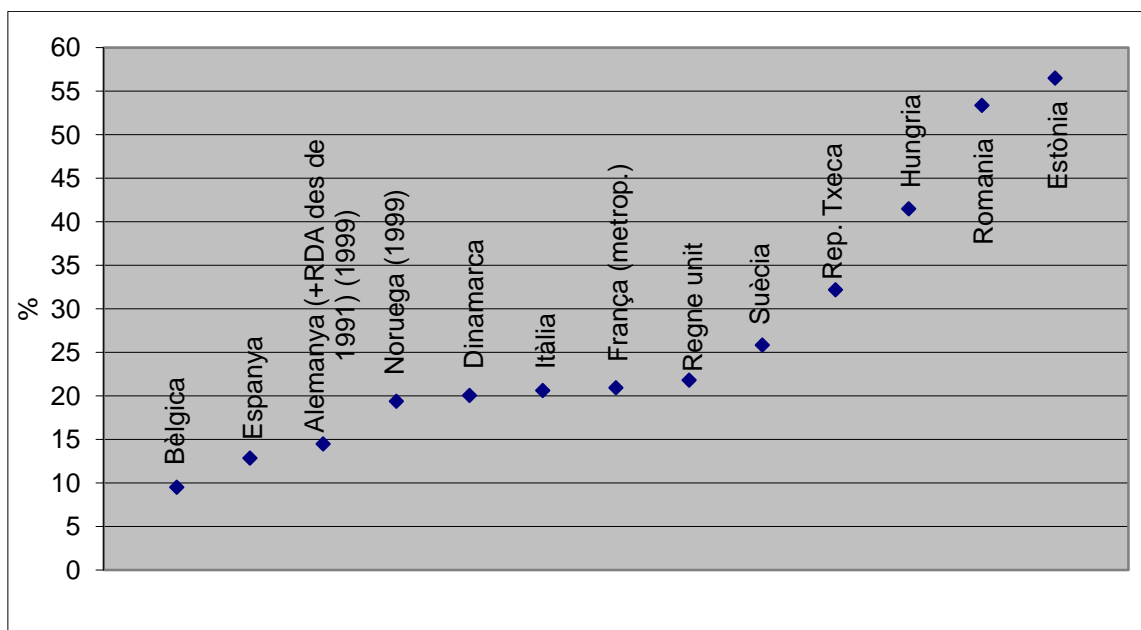


Font: Elaboració pròpia a partir de les dades del Registre d'IVE i de població de l'INE per Espanya i dades d'Eurostat per la resta de països.

Amb la intenció de reduir el biaix que suposa no tenir en compte el nombre d'embarassos a cada país, presento a continuació la proporció d'embarassos que es resolen amb una IVE pels anys 1998 i 2008 (Gràfica 4 i 5 i Annex 1. Taules 3 i 4 respectivament).

<sup>11</sup> Els valors de la República Txeca s'han de considerar amb precaució perquè les dades provinents de fonts internacionals estan subestimades (68)

Gràfica 4. Proporció d'embarassos que es resolen amb una interrupció voluntària de l'embaràs. Europa, 1998

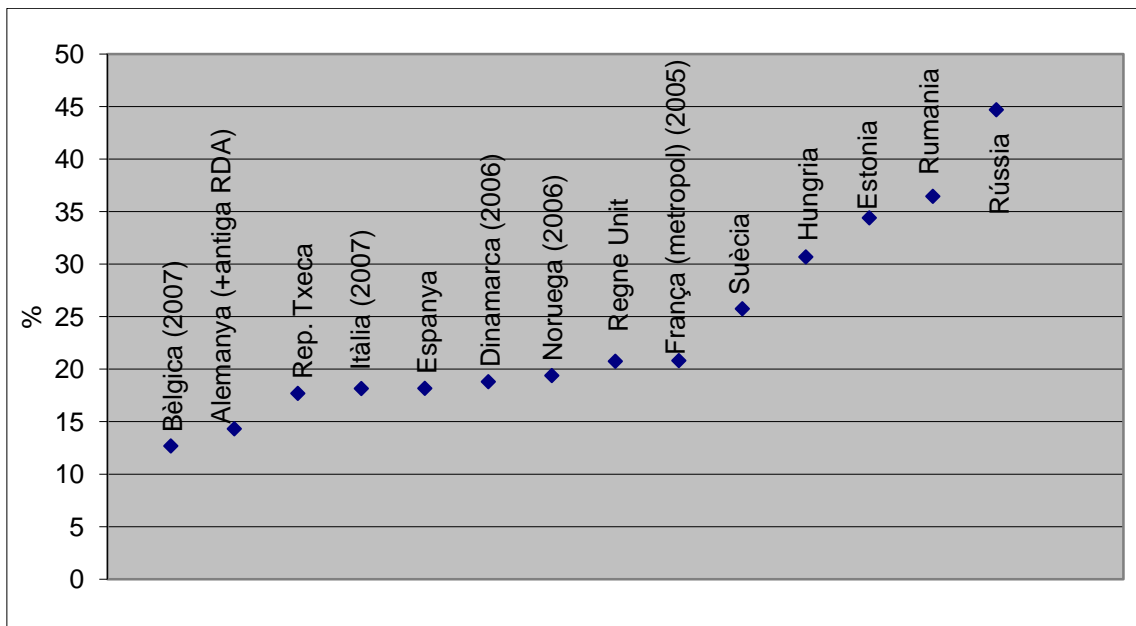


Font: Elaboració pròpia a partir de les dades del Registre d'IVE i de població de l'INE per Espanya i dades d'Eurostat per la resta de països.

A través de la proporció d'embarassos que es resolen amb una IVE es continua apreciament com els països d'Europa de l'Est o que formaven part de l'antiga Unió Soviètica són els que presentaven el 1998 uns nivells més alts d'IVE davant d'un embaràs; més del 30 i del 40% d'embarassos es resolien amb una IVE, seguit de països nòrdics com Suècia (26%) i Regne Unit (22%). A Europa de l'Est el recurs a l'avortament era el mètode més utilitzat per controlar la fecunditat en detriment de l'ús de l'anticoncepció moderna mentre que la cobertura anticonceptiva, en canvi, era elevada a països del Nord d'Europa i d'Europa Occidental (66). Tot i una progressiva difusió anticonceptiva des dels anys 80 i unes lleis més restrictives al recurs a la IVE a països d'Europa de l'Est els nivells d'avortament continuaven sent alts. També ho eren, però, en alguns dels països del Nord i d'Europa Occidental, regions que registraven les prevalències anticonceptives més altes (66). La resta de països nòrdics, d'Europa Occidental i del Sud mostraven valors més baixos, pròxims al 20% (Noruega, Dinamarca, Itàlia, França). Tal i com succeïa amb l'ISA, Alemanya, Espanya i Bèlgica mostraven els nivells d'avortament davant d'un embaràs més baixos. També aquest indicador situava Espanya en la penúltima posició després de Bèlgica.

L'any 2008 hi ha un descens generalitzat del nombre d'embarassos que es resolen amb una IVE (Gràfica 5).

*Gràfica 5. Proporció d'embarassos que es resolen amb una interrupció voluntària de l'embaràs. Europa 2008*



Font: Elaboració pròpia a partir de les dades del Registre d'IVE i de població de l'INE per Espanya i dades d'Eurostat per la resta de països

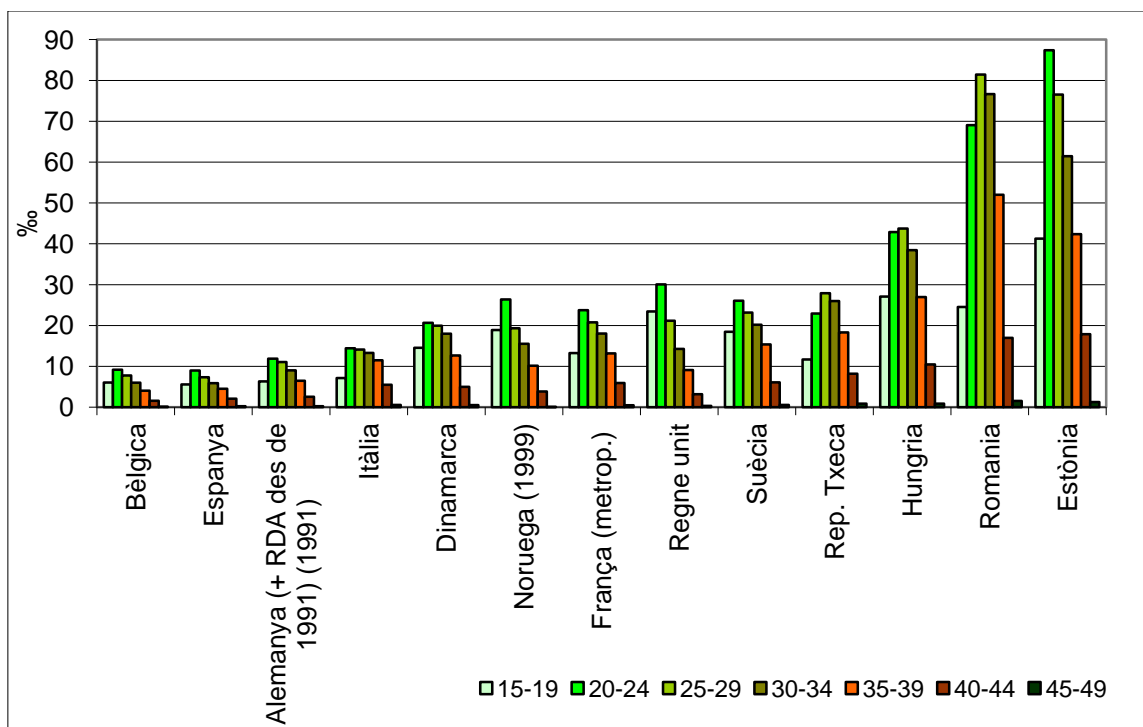
En una dècada ha disminuït la proporció d'embarassos que es resolen amb una IVE a tots els països d'Europa, exceptuant els casos de Bèlgica i Espanya. Cal, però, destacar la magnitud del descens als països d'Europa de l'Est i, molt especialment, el canvi en la posició relativa de la República Txeca que s'equipara, el 2008, a d'altres països d'Europa Occidental i del Sud. El descens està indicant una millora del control dels embarassos no desitjats, fruit de l'augment de la prevalença anticonceptiva moderna en aquells països (Gràfica 5).

Si comparo la posició relativa que ocupen els països un mateix any quan mirem l'ISA i la proporció d'embarassos que es resolen amb una IVE, m'adono com Hongria passa per davant de Suècia quan es tracta de la proporció d'embarassos que acaben en una IVE l'any 2008, mentre que si miro l'ISA aquesta relació s'inverteix; el que pot estar ocultant aquell indicador és que un nivell més alt d'interrupcions es pot deure a una taxa d'embaràs més alta i no a una major probabilitat d'avortar i, si fos així, estaria indicant que els embarassos no desitjats són més freqüents entre les hongareses, que la prevenció d'embarassos no desitjats és més bona a Suècia que a Hongria i que a Hongria, més que a Suècia, el

control de la fecunditat s'està produint un cop s'ha produït l'embaràs. De nou, tal i com succeïa amb l'ISA, Espanya escala posicions en una dècada, ocupant un nivell intermedi pel que fa la proporció d'embarassos que es resolen amb una IVE el 2008, tot i que partia d'un dels nivells més baixos de tot el continent la dècada dels 90.

Tenint en compte que l'avortament no es comporta de la mateixa manera en funció de l'edat de la dona, presento a continuació la Gràfica 6 que mostra les taxes específiques d'avortament per edat l'any 1998 (vegeu també Annex 1.Taula 5).

Gràfica 6. Taxes específiques d'avortament per edat (‰). Dones de 15-49 anys. Europa 1998



Font: Elaboració pròpia a partir de les dades del Registre d'IVE i de població de l'INE per Espanya i de l'Eurostat per la resta de països.

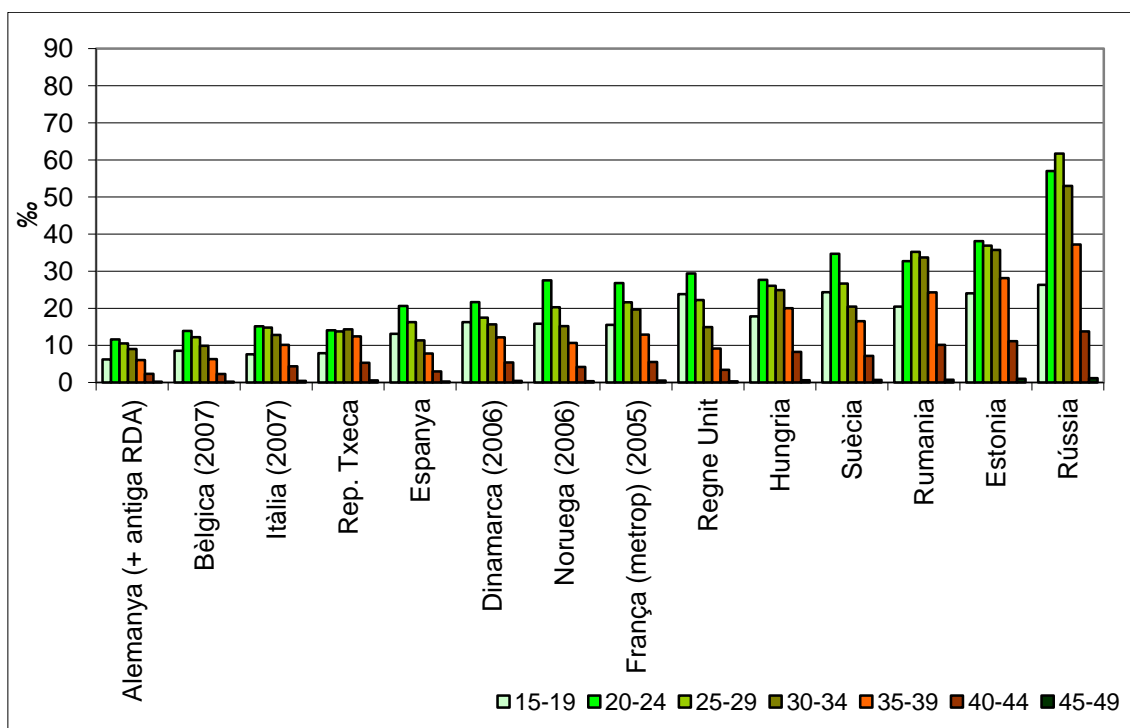
Independentment de la intensitat del fenomen pel conjunt de la població, la distribució dels avortaments per grups d'edat mostra un patró generalitzat, en forma convexa, on les dones en edats centrals presenten una major intensitat de l'avortament que les dones en edats extremes. Veig, però, especificitats segons els països. El 1998, als països de l'esfera socialista, si excloem Estònia, el grup d'edat amb més avortaments relatius era el de 25-29 anys mentre que la resta de països mostraven un patró per edats lleugerament més jove. A Europa Occidental, del

Nord i del Sud, el grup amb una major incidència d'avortament era el de 20-24 anys (Espanya, Bèlgica, Dinamarca, Alemanya, França, Suècia, Noruega, Itàlia).

El 2008 aquest patró es manté o s'accentua als països d'Europa Occidental, del Sud i del Nord, i s'ha estès als països de l'Est d'Europa; el pes de les IVE a Hongria, Romania o la República Txeca es desplaça cap a l'esquerra indicant que l'avortament es va rejuenint (Gràfica 7 i Annex 1.Taula 6).

A banda del rejueniment de l'avortament, és especialment rellevant el descens de la incidència de l'avortament a qualsevol grup d'edat als països d'Europa de l'Est degut a una millor prevenció anticonceptiva.

*Gràfica 7. Taxes específiques d'avortament per edat (‰). Dones de 15-49 anys. Europa, 2008*



Font: Elaboració pròpia a partir de les dades del Registre d'IVE i de població de l'INE per Espanya i de l'Eurostat per la resta de països.

Espanya presenta un augment de la incidència de l'avortament entre 1998 i 2008 a qualsevol grup d'edat. És important destacar la notable incidència de l'avortament, però, en el grup de dones menors de 20 anys a Espanya, sobretot tenint en compte la seva baixa aportació a la fecunditat (vegeu apartat 4.2.2). La situació d'Espanya el 2008 és similar a la d'alguns països nòrdics com Dinamarca, Suècia i Noruega on també, el grup de dones adolescents, presenta la taxa específica d'avortament per edat superior a la del grup de 30-34 anys. El Regne Unit té la taxa d'avortament

adolescent més alta i superior al grup de 25-29 anys. Contràriament, les taxes de les dones de 30 anys o més a Espanya són de les més baixes d'entre tots els països aquí representats, com succeeix en d'altres països del Sud d'Europa (Itàlia) o Occidental (Bèlgica, Alemanya).

#### 4.2. EVOLUCIÓ DE LA IVE A ESPANYA ENTRE 1998 I 2008

Després d'evidenciar l'escalada de posicions d'Espanya pel que fa la intensitat de la IVE en una dècada, en el conjunt del context europeu, pren importància estudiar en detall que succeeix en el nostre context des de 1998 fins el 2008, comparant els indicadors d'intensitat i calendari de l'avortament voluntari amb d'altres fenòmens relacionats amb la fecunditat.

##### **4.2.1. L'augment de la intensitat de la interrupció voluntària de l'embaràs**

L'any 2008 es realitzen segons el Registre d'interrupcions voluntàries de l'embaràs 115.812 IVE a tot l'Estat espanyol. Un 3,28% d'IVE més que l'any anterior (Taula 5). En la darrera dècada, la xifra d'IVE presenta un creixement clarament constant, si bé l'any 2003 i el 2008 s'aprecia un cert alentiment.

No tan sols augmenta la xifra absoluta, es miri l'indicador que es miri es confirma una tendència a l'augment dels nivells d'IVE (Taula 5). L'ISA augmenta un 109,3%, la TGA un 90,7% i els embarassos que es resolen en una IVE augmenten en un 41,9 punts percentuals en la dècada 1998-2008. Tan sols s'observa que l'alentiment de l'augment de les xifres absolutes els anys 2003 i el 2008 es reflecteix, especialment, en un lleuger canvi de tendència en la proporció d'embarassos que es resolen amb una IVE, però aquest comportament puntual no afecta la tendència general de l'avortament voluntari.

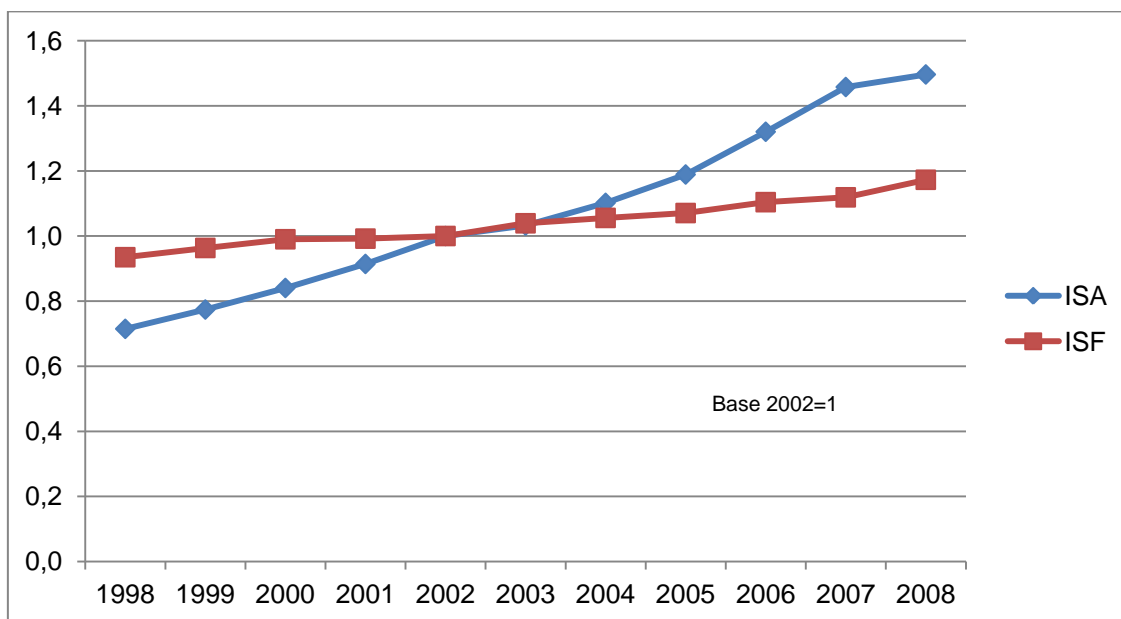
*Taula 5. Xifres absolutes i indicadors d'intensitat de la IVE, fecunditat i embaràs. Espanya, 1998-2008*

	<b>Nombre absolut d'IVE</b>	<b>ISA</b>	<b>TGA</b>	<b>IVE/ embarassos</b>	<b>ISF</b>	<b>TGF</b>	<b>ISE</b>
<b>1998</b>	53.847	0,17	5,09	12,8	1,15	35,11	1,33
<b>1999</b>	58.399	0,19	5,48	13,3	1,18	36,31	1,38
<b>2000</b>	63.756	0,20	5,93	13,8	1,22	37,52	1,43
<b>2001</b>	69.857	0,22	6,35	14,6	1,22	37,71	1,45
<b>2002</b>	77.125	0,24	6,87	15,5	1,23	38,17	1,48
<b>2003</b>	79.788	0,25	7,00	15,3	1,28	39,73	1,53
<b>2004</b>	84.985	0,27	7,32	15,7	1,30	40,36	1,57
<b>2005</b>	91.664	0,29	7,77	16,4	1,32	40,89	1,61
<b>2006</b>	101.592	0,32	8,55	17,3	1,36	42,05	1,68
<b>2007</b>	112.138	0,35	9,36	18,5	1,38	42,41	1,73
<b>2008</b>	115.812	0,36	9,66	18,2	1,44	44,30	1,81
<b>1998-2008 (%)</b>	115,1	109,3	90,7	41,9	25,4	26,2	36,3

Font: Elaboració pròpia a partir del Registre d'IVE, dades del MNP i de població de l'INE; ISA/ISF/ISE: índex sintètic d'avortament/de fecunditat/d'embaràs (per dona); TGA/TGF: Taxa general d'avortament/de fecunditat (‰).

Tot i l'augment de tots els indicadors d'intensitat al llarg d'aquesta dècada, destaca l'evolució de l'ISA (109,3%) constatant que, independentment del canvi d'estructura per edats a Espanya, la probabilitat d'avortar ha anat en augment (Taula 5). I això, ha passat tant en moments d'alentiment de la fecunditat com en moments d'increment (Gràfica 8).

Gràfica 8. Relació de l'índex sintètic d'avortament (ISA) i de fecunditat (ISF). Espanya 1998-2008



Font: Elaboració pròpia a partir de les dades del Registre d'IVE, del MNP i de població de l'INE

Una tendència diferent entre l'evolució de les taxes d'avortament i les taxes de fecunditat, de diferent magnitud en el període d'estudi, com s'aprecia a la Gràfica 8, o fins i tot contrària en d'altres moments, confirma el paper limitat de la IVE per explicar l'evolució de la fecunditat, afectada per altres determinants pròxims de la fecunditat (20,169).

La Taula 5, també, mostra com en el període d'estudi, no tan sols augmenten les mesures d'intensitat de la IVE, també ho fa qualsevol indicador relacionat amb la fecunditat (l'ISF augmenta un 25,4% i la taxa d'embaràs un 36,3%). Aquest comportament és diferent respecte el període anterior, tant pel que fa la relació que s'estableix entre la taxa d'IVE i la proporció d'embarassos que s'interrompen com, també, respecte l'evolució dels altres indicadors de fecunditat. Durant el període 1990-2002 l'increment de la proporció d'embarassos que s'interrompien va ser superior a la TGA (11).

De nou, el que varia en l'evolució dels indicadors d'intensitat de la fecunditat i avortament entre 1998-2008 és el ritme del creixement. Tal i com mostra la Taula 5, ha augmentat sobretot l'ISA, seguit del nombre d'embarassades que opten per interrompre el seu embaràs, mentre que el percentatge de creixement de la taxa d'embaràs i de fecunditat ha estat d'ordre inferior.



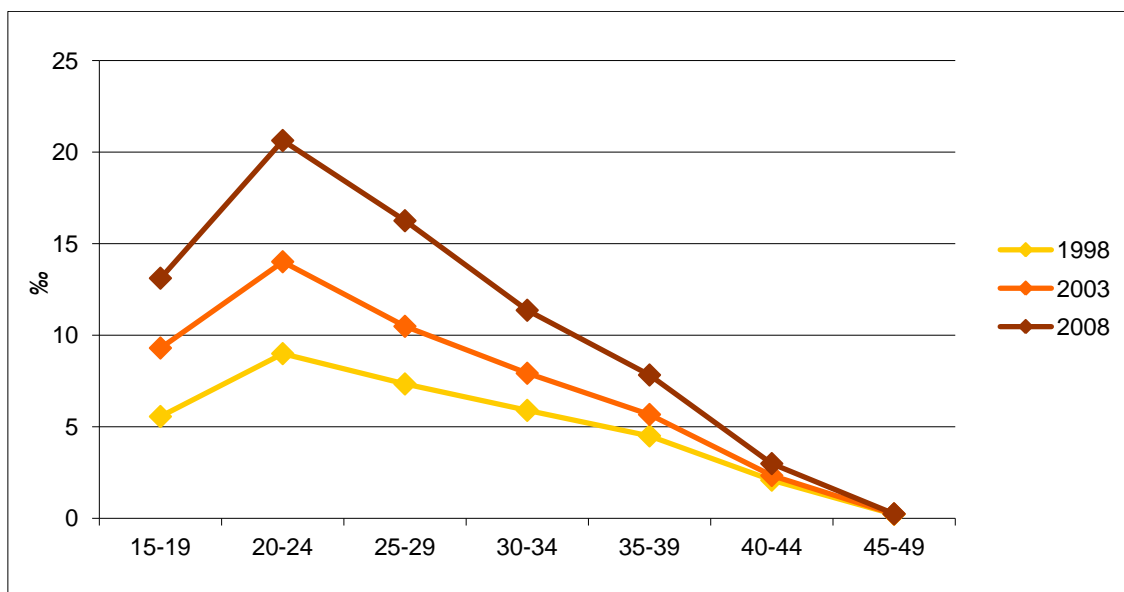
Assumeixo que la diferència entre la taxa d'embaràs i la taxa de fecunditat, tant el 1998 com el 2008 i a qualsevol grup d'edat, es deu a la IVE i desprecia l'efecte de les morts fetals tardanes sobre els embarassos, poc rellevants a nivell estadístic, perquè no assoleixen en cap moment del període un 0,4% del total d'embarassos (dades del MNP de l'INE). Es confirma, doncs, el paper de la IVE com a determinant pròxim de la fecunditat, en la mesura que la taxa de fecunditat augmenta menys que la taxa d'embaràs. La IVE continua augmentant com a recurs per evitar o retardar la maternitat més enllà del possible efecte d'un augment del nombre d'embarassos.

#### **4.2.2. Es consolida un patró jove a la IVE**

Com ja he apuntat més amunt, el recurs a la IVE no és homogeni al llarg de tota la vida fèrtil de la dona, per això mostro els següents indicadors per edat. Tot i que en aquest apartat mostro l'evolució dels indicadors en tres moments (1998, 2003, 2008) a l'Annex 1 presento les dades any a any per tot el període.

He mostrat com, en termes generals, el comportament de l'avortament per edats mostra una pauta generalitzable a diversos països d'Europa Occidental (vegeu apartat 4.1) i que perdura en el temps –còncava per la proporció d'embarassos que es resolen amb un avortament i convexa per les taxes específiques d'avortament per edats-, però cada país i cada moment requereixen d'una anàlisi més detallat per grups d'edat per veure les seves particularitats (Gràfiques 9 i 11). En una dècada, les taxes específiques d'avortament han augmentat a totes les edats a Espanya (Gràfica 9 i Annex 1.Taula 7).

Gràfica 9. Evolució de les taxes específiques d'avortament per edat (‰). Espanya, 1998-2008



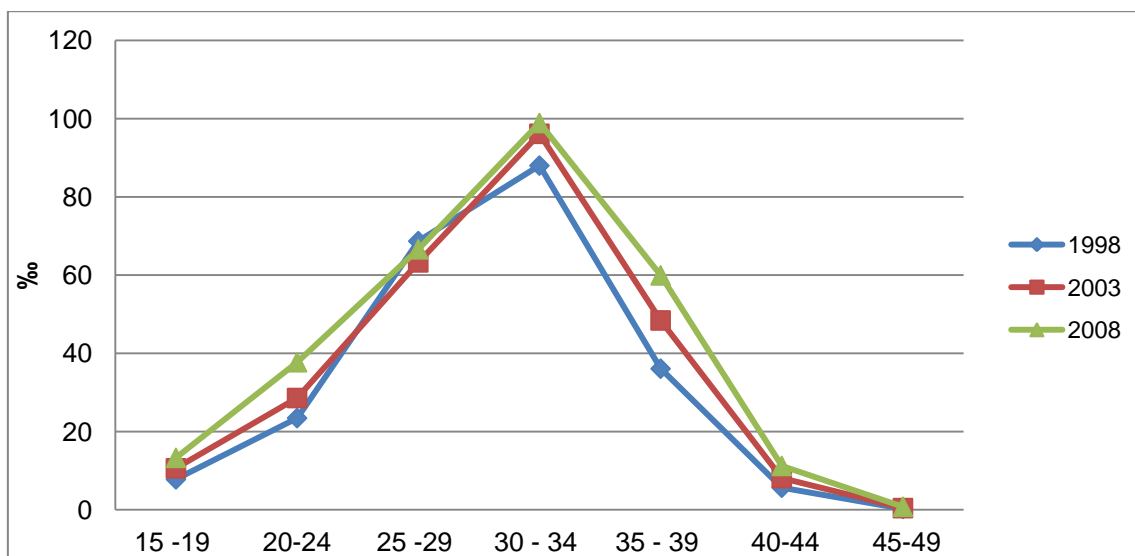
Font: Elaboració pròpia amb les microdades del Registre d'IVE i amb dades de l'INE

Tal i com mostren les corbes de la taxes específiques d'avortament per grups d'edat (Gràfica 9), el patró per edats és semblant al llarg del temps, amb augments a totes els grups, però el pic en el grup de 20-24 anys és cada vegada més pronunciat. Les dones de 20-24 anys presenten una major risc a interrompre l'embaràs de manera constant al llarg del temps (20,6‰ l'any 2008).

Destaca, d'altra banda, l'increment que ha viscut entre 1998 i 2003 de les IVE en el grup adolescent, que l'any 1998 ocupava la quarta posició, per darrera del grup de 30-34 anys, i l'any 2003 ja el sobrepassava (passant de 5,6‰ a 9,3‰ respectivament). Finalment, la probabilitat més alta d'avortar es produeix abans dels 30 anys .

El patró per edats constant, amb intensitats més altes en edats anteriors als 30 anys s'adiu amb un patró tardà a la maternitat (al voltant dels 31 anys els tres moments) que es va accentuant lleugerament amb el temps, tal i com observo a la Gràfica 10, amb l'augment de les taxes específiques de fecunditat a partir dels 30 anys en el mateix període (Annex 1.Taula 8).

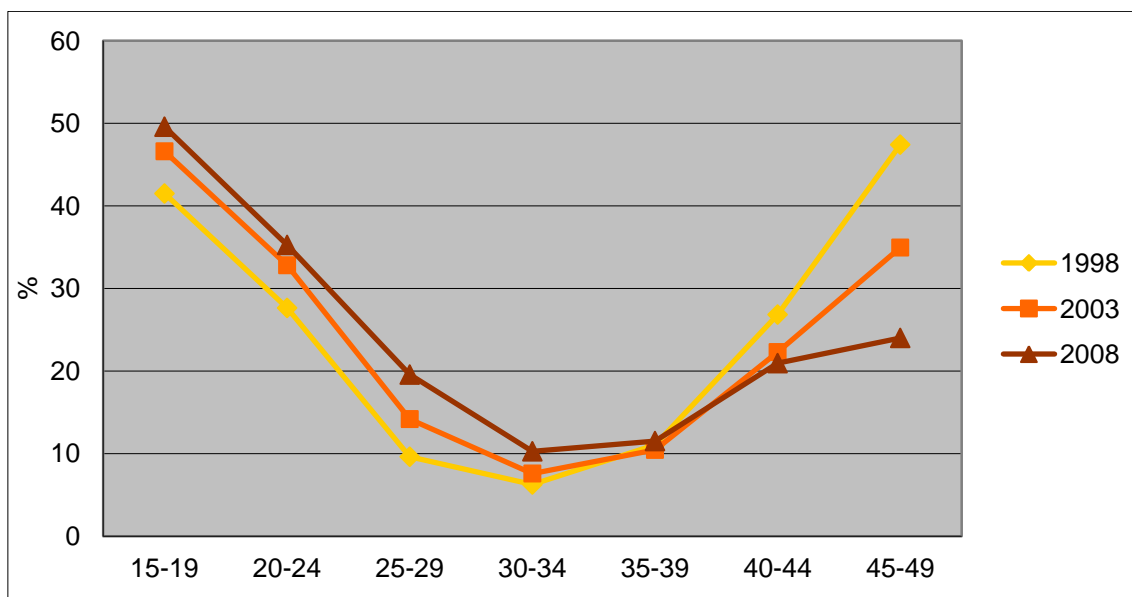
Gràfica 10. Taxes específiques de fecunditat per edat (‰). Espanya, 1998-2008



Font: Elaboració pròpia a partir de les dades del Registre d'IVE, del MNP i de població de l'INE.

No es pot obviar, però, a banda del retard de la maternitat, la importància d'un possible dèficit anticonceptiu en la prevenció d'embarassos no desitjats (que exploro als apartats 4.2.4 i al 5.1.3). La proporció d'embarassos que es resolen amb una IVE, com a mesura aproximada dels embarassos no desitjats, no ha deixat d'augmentar en menors de 35 anys indicant que l'augment de les taxes d'IVE a aquestes edats, que hem vist a la Gràfica 9, ve explicada per una més elevada probabilitat d'interrompre l'embaràs (Gràfica 11 i Annex 1.Taula 9).

Gràfica 11. Proporció d'interrupcions voluntàries de l'embaràs per edat. Dones de 15-49 anys. Espanya, 1998-2008



Font: Elaboració pròpia amb dades del Registre d'IVE i de població de l'INE.

La corba dels embarassos que es resolen amb una IVE per edats, amb forma convexa, indica que les edats extremes presenten les xifres més altes d'embarassos no desitjats, especialment altes en les noies adolescents l'any 2008 (49,6%) i, al contrari, les edats centrals mostren els valors més baixos, són les edats que avorten menys en cas d'embaràs, coincidint amb l'edat a la maternitat. La tendència que he apuntat més amunt, d'augment de la proporció d'embarassos que es resolen amb una IVE en dones més joves de 35 anys, fa que la corba basculi cap a l'esquerra i reforça el que ja hem vist amb les taxes específiques d'avortament per edat, que l'avortament presenta un patró jove, en dones menors de 30 anys, i la maternitat un patró tardà que es va accentuant lleugerament amb el temps.

Entre 1998 i 2008, disminueix el nombre d'embarassos que s'interrompen en les dones més grans de 40 anys indicant que l'augment de les taxes d'IVE a aquestes edats es deu a un augment de la taxa d'embaràs i no, tal i com succeeix a les dones més joves, a una major probabilitat d'avortar davant d'un embaràs.

S'observa a la Taula 6 la relació dels diversos indicadors de fecunditat i d'IVE en una dècada, pel conjunt de dones de 15-49 anys i per cada grup d'edat. A continuació m'aturo en cadascun dels grups quinquennals per veure'n amb més detall la seva evolució.

Taula 6. Evolució de les taxes específiques de fecunditat (‰), d'embaràs (‰), d'avortament (‰) i de la proporció d'interrupcions voluntàries de l'embaràs per edats. Espanya, 1998-2008

	1998				2008				<b>Variació 1998-2008</b>			
	<i>TF</i>	<i>TE</i>	<i>TI</i>	IVE/ emb	<i>TF</i>	<i>TE</i>	<i>TI</i>	IVE/ emb.	<b>% Fecund</b>	<b>% emb.</b>	<b>% IVE.</b>	<b>% IVE/ emb</b>
15-19	7,8	13,4	5,6	41,5	13,3	26,4	13,1	49,6	70,3	97,3	135,8	19,5
20-24	23,5	32,5	9,0	27,6	37,7	58,5	20,6	35,3	60,9	79,81	129,4	27,6
25-29	68,7	76,3	7,3	9,6	66,6	83,0	16,3	19,6	-3,1	8,9	121,5	103,4
30-34	88,0	94,2	5,9	6,3	98,9	110,6	11,4	10,3	12,4	17,3	92,7	64,3
35-39	36,0	40,8	4,5	11,0	59,9	68,0	7,8	11,5	66,1	66,7	73,9	4,3
40-44	5,7	7,8	2,1	26,8	11,2	14,3	3,0	21,0	98,4	83,6	43,4	-21,9
45-49	0,2	0,5	0,2	47,4	0,8	1,0	0,3	24,0	220,5	121,7	12,2	-49,4

Font: Elaboració pròpia a partir de dades del Registre d'IVE i de població de l'INE; *TF*: Taxa de fecunditat; *TE*: Taxa d'embaràs i *TI*: Taxa d'IVE

El grup de 15-19 anys, presenta el 2008, la proporció d'embarassos que es resolen amb una IVE més alta i les taxes específiques de fecunditat i d'embaràs més baixes de tots els grups d'edat. Tot i no presentar la incidència d'avortament més alta, les noies adolescents espanyoles presenten l'increment més important de la taxa específica d'avortament en aquest període (135,8%). La diferència entre l'increment en la taxa específica de fecunditat i la taxa específica d'embaràs, la més important entre tots els grups d'edat (70,3% i 94,8% respectivament), ve explicada pel recurs a l'avortament. Les adolescents espanyoles són les dones que més recorren a un avortament en cas d'un embaràs i, per tant, amb més embarassos no desitjats, ja que el 49,6% d'embarassos s'int interrompen (Taula 6).

El grup de 20-24 anys també presenta increments en tots els indicadors de fecunditat i avortament (Taula 6). És el grup amb una més gran incidència de la IVE al llarg del temps (20,6‰) i és el grup amb el segon increment més important de la taxa específica d'avortament en el període (129,4%), darrera del grup d'adolescents. Més d'un de cada tres embarassos acaben en una IVE. Aquest grup d'edat té un control baix de la fecunditat i estaria utilitzant l'avortament com a mètode de control (a l'apartat 4.2.4 veurem si complementari a l'anticoncepció o

substitut). L'avortament voluntari explica bona part de la diferència entre la taxa de fecunditat i d'embaràs.

El grup de 25-29 anys presenta la segona taxa específica d'avortament més alta (16,3%), però la proporció d'embarassos que es resolen amb una IVE és més baixa que en els grups més joves (19,6%). De totes maneres, presenta l'increment més important d'aquest indicador en una dècada, relacionat amb el descens de la taxa específica de fecunditat (-3,1%). És l'únic grup d'edat que presenta un descens de la fecunditat en el període d'estudi, essent força revelador de l'efecte del retard de la maternitat.

El grup de 30-34 anys presenta la taxes específiques d'embaràs i de fecunditat més altes entre tots els grups d'edat i al llarg del període estudiat. Tot i que les dones d'aquest grup d'edat també recorren a la IVE, la incidència és menor que els grups més joves (11,4‰ el 2008), passant al darrera del grup adolescent que el 1998 presentava una incidència menor. Aquest grup d'edat presenta la proporció d'embarassos que es resolen amb una IVE més baixa entre tots els grups d'edat, coincidint amb que l'edat mitjana a la maternitat es troba en aquest grup d'edat (31 anys el 2008 segons dades de la sèrie de Indicadores Demogràfics Básicos de l'INE).

És molt il·lustrador observar la conducta del grup més jove i el grup de 30-34 anys pel que fa la taxa d'embaràs, d'IVE i de fecunditat. Prenent l'any 1998 de referència, observo clarament la relació que s'estableix entre aquests indicadors. El 1998 els dos grups d'edat presentaven nivells d'IVE molt similars (5,6‰ en les més joves i 5,9 en les dones de 30-34 anys), l'aportació a la fecunditat, però, era força diferent, essent fins a 11 vegades inferior en les adolescents. Això ve explicat per un menor nombre d'embarassos en les més joves i una proporció més alta d'embarassos que es resolen amb una IVE, de 1 a 7, més alta en les adolescents.

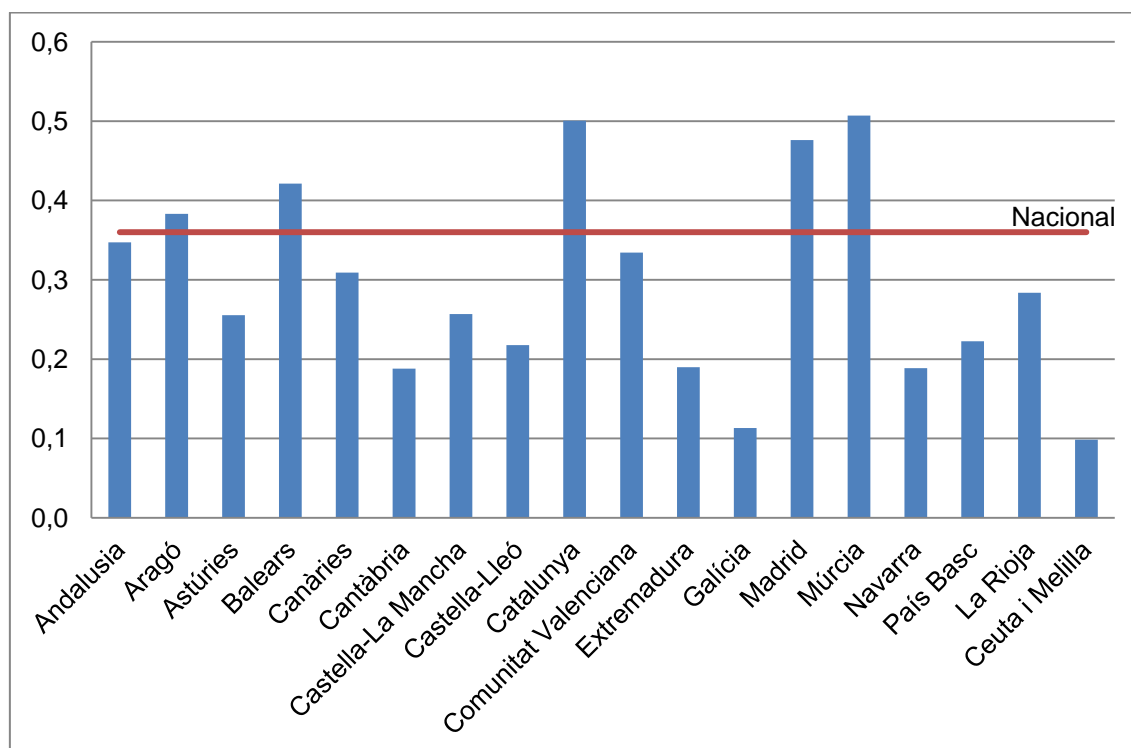
El grup de 35-39 anys, com el grup de 30-34 anys, presenta una variació de la taxa específica de fecunditat i d'embaràs notable que segueix una tendència creixent. Contràriament, la taxa específica d'IVE decreix i se situa en un dels nivells més baixos per darrera dels grups de més de 40 anys. La particularitat d'aquest grup d'edat és el baix nivell d'embarassos que s'interrompen, el més baix el 2008 (11,5%), que podria estar indicant un desig de ser mare a aquestes edats (per retard de la fecunditat o per ampliar la família) i/o un bon control de la fecunditat.

Els grups de 40-44 i 45-49 anys accentuen la tendència que acabo d'apuntar pel grup de 35-39 anys. La incidència de l'avortament és més baixa (3,0‰ i 0,3‰ respectivament) i tot i que la proporció d'embarassos que s'interrompen és superior a les edats 30-39 anys, la variació entre 1998 i 2008 és negativa, les úniques edats on això succeeix. Una altra particularitat és que són els únics grups d'edat on l'indicador que experimenta una variació més important és la taxa específica de fecunditat, resultat d'un nombre més elevat d'embarassos, una menor intensitat d'IVE i un descens dels embarassos que es resolen amb una IVE. Es posa en evidència una maternitat tardana en aquest grup d'edat (per retard del moment de ser mare o per ampliar la família), així com una millora en el control de la fecunditat, reconduint la mala planificació de la fecunditat que s'apuntava uns anys enrere en aquests grups d'edat (20).

#### 4.2.3. Diferències en la intensitat de la IVE i semblances en el patró per edat al territori espanyol

La intensitat de la IVE varia segons la CCAA de residència de la dona. A la Gràfica 12 represento l'indicador pel conjunt d'Espanya i per cadascuna de les 17 CCAA.

Gràfica 12. Índex sintètic d'avortament pel conjunt d'Espanya i per comunitats autònomes. 2008

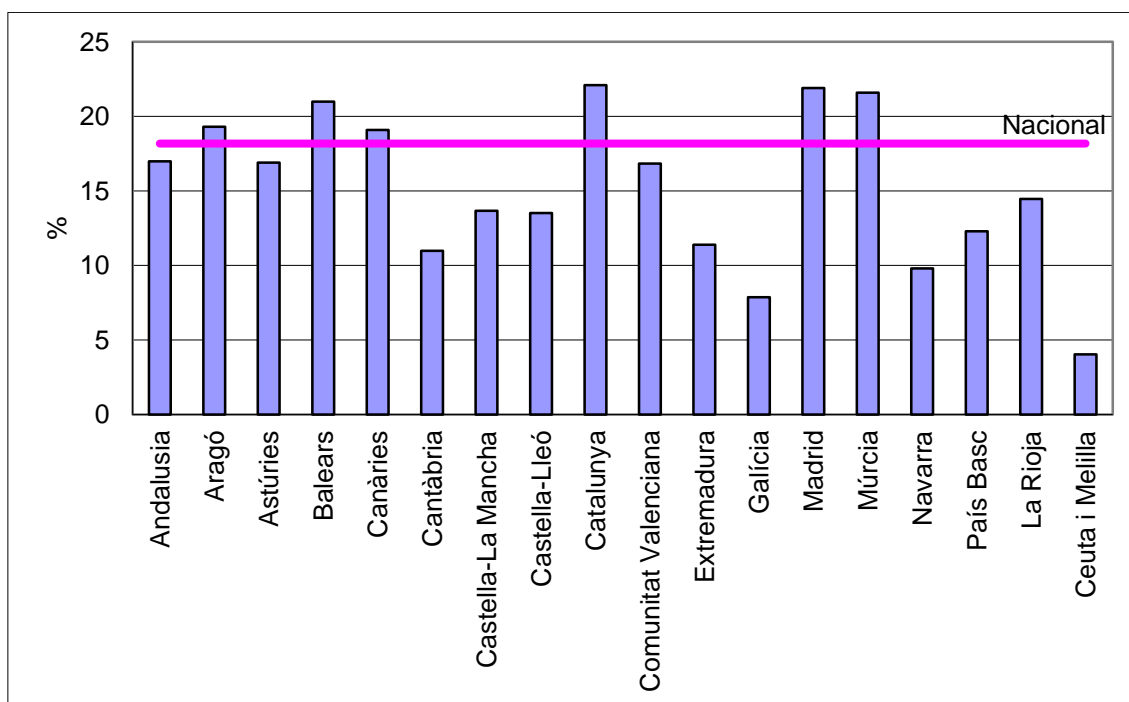


Font: Elaboració pròpia a partir de dades del Registre d'IVE i de població de l'INE

Prenent l'ISA pel conjunt de l'Estat espanyol com a referència (0,36 IVE per dona), es pot veure a la Gràfica 12 com 5 CCAA presenten una incidència de la IVE més elevada que la del conjunt de l'Estat: Aragó (0,38), Les Balears (0,42), Catalunya (0,50), Madrid (0,48) i Múrcia (0,51). A l'altre extrem, les comunitats amb una incidència menor són Ceuta i Melilla (0,10), Galícia (0,11), Cantàbria (0,19), Navarra i Extremadura (0,19) (vegeu també Annex 1 Taula 10).

Per tal de controlar el possible biaix que suposa el nivell d'embarassos de cada CCAA en la probabilitat d'avortar, presento a continuació la proporció d'embarassos que es resolen amb una IVE (Gràfica 13 i Annex 1.Taula 11).

Gràfica 13. Proporció d'embarassos que es resolen amb un avortament nacional i per comunitats autònomes. Espanya, 2008



Font: Elaboració pròpia a partir de dades del Registre d'IVE i de l'INE

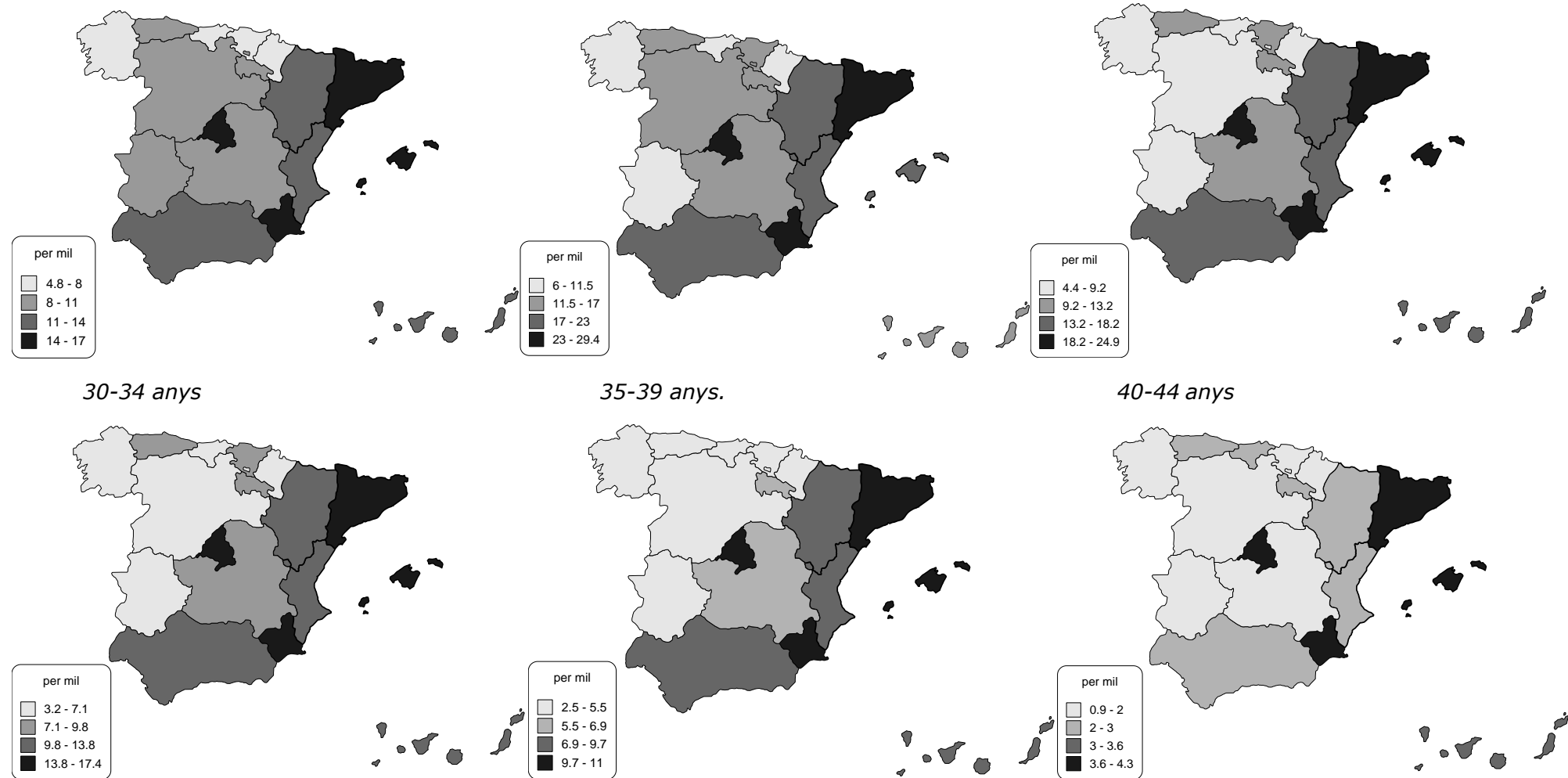
Les mateixes CCAA que presentaven un ISA superior al valor d'aquest indicador pel conjunt de l'Estat espanyol, són les que, també, presenten una proporció d'embarassos que s'interrompen superior al conjunt nacional (18,2%). S'afegeixen, en aquest cas les Illes Canàries. Es tracta, doncs, de les CCAA que independentment de la taxa d'embaràs, davant d'un embaràs recorren més a l'avortament, és a dir, s'estarien produint més embarassos no desitjats. Contràriament, les que recorren menys a una IVE en el cas d'un embaràs, per sota del 10%, són Galícia, Navarra i Ceuta i Melilla seguides de Cantàbria i Extremadura lleugerament o per sobre el 10%.



El patró de comportament de l'avortament per grups d'edat és similar a totes les CCAA. En relació a les taxes específiques d'avortament, el grup d'edats de 20-24 presenta el 2008 la probabilitat d'avortar més elevada a totes les CCAA, seguit del grup de 25-29 anys. El tercer grup que presenta una incidència més alta és en la majoria de CCAA el grup adolescent, excepte a Aragó, Les Balears i Múrcia on aquesta posició l'ocupa el grup de 30-34 anys. Ceuta i Melilla és l'única CCAA on el grup de més de 40 anys presenta més IVE que el grup de 35-39, però això podria ser degut al baix nombre d'IVE registrats en aquesta CCAA.

Observar gràficament les taxes específiques d'avortament per edat i segons CCAA permet visualitzar la posició capdavantera que ocupen Catalunya, Les Balears, Madrid i Múrcia i adonar-me d'algunes particularitats regionals (Figura 3 i Annex 1. Taula 10). Degut a la poca entitat de les xifres absolutes a Ceuta i Melilla i pel grup d'edat 45-49 anys a qualsevol CCAA, no presento aquesta informació als mapes perquè podria distorsionar la representació (vegeu xifres absolutes de les IVE per edat i CCAA a l'Annex 1. Taula 12).

Figura 3. Taxes específiques d'avortament per edat (‰). Comunitats Autònomes, 2008.  
15-19 anys



Font: Elaboració pròpia a partir del Registre d'IVE i dades de població l'INE; no presento les taxes de Ceuta i Melilla ni del grup 45-49 anys perquè presenten valors molt baixos que distorsionarien la representació.

Catalunya, les Balears, Madrid i Múrcia són les CCAA amb les taxes específiques d'avortament adolescent més altes en el conjunt de l'Estat espanyol, amb valors superiors al 14,0‰ (Mapa 1). Ja he apuntat que el grup d'edat 20-24 presenta les taxes més altes a qualsevol CCAA, però destaquen algunes diferències regionals. Catalunya Madrid i Múrcia presenten les taxes més elevades (per sobre de 27,0‰) i Galícia, Extremadura, País Basc, Navarra i Cantàbria les més baixes (per sota de 8,0‰) (Mapa 2). En el grup d'edat de 25-29 anys el ventall de taxes específiques d'avortament per edat és encara més ampli, la taxa més baixa és de 4,4‰ a Galícia i la més alta és de 24,85 a Múrcia, seguida de Catalunya (22,9‰) i Madrid (21,5‰) (Mapa 3). A partir del grup d'edat de 30-34 anys les taxes comencen a disminuir es miri la CCAA que es miri. Es manté el patró regional on Catalunya, Madrid i Múrcia, especialment, però també Aragó i Les Balears mostren els valors més alts, amb taxes superiors al conjunt de l'Estat (11,4‰). El grup de 35-39 presenta les taxes més baixes que en cap cas superen el 11,0‰. A més a més, tal i com s'observa al Mapa 5, augmenta el nombre de CCAA amb taxes baixes, inferiors al 5,5‰.

En resum, Madrid, Múrcia i Catalunya són les regions d'Espanya on la probabilitat d'una IVE és més alta a totes les edats, però on les diferències entre CCAA són més pronunciades és sobretot en les menors de 35 anys i molt especialment en les menors de 30. A l'altre extrem, observo com Galícia, especialment i també Navarra, Extremadura, País Basc, Cantàbria i Castella-Lleó apareixen com les CCAA amb les taxes inferiors a totes les edats.

En relació a la proporció d'embarassos que es resolen amb una IVE el patró de conducta per edats és similar per regions. És comú a totes les CCAA que les edats centrals dels 30 als 39 siguin les que interrompen menys l'embaràs i les dones adolescents les que presenten un percentatge més alt, però observo algunes especificitats regionals pel que fa la conducta de la resta de grups edat (Taula 7). La dada del grup 45-49 anys pot estar afectada pel baix nombre d'IVE total, raó per la qual s'ha de considerar amb precaució (vegeu també Annex 1.Taula 12)

Taula 7. Proporcions d'embarassos que es resolen amb un avortament per grups d'edat segons comunitats autònomes. Espanya, 2008.

	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49*
Andalusia	45,4	32,7	16,4	8,8	11,1	20,5	23,3
Aragó	51,1	37,7	22,5	11,2	12,1	21,7	25,0
Astúries	50,8	37,2	20,0	9,5	9,4	19,9	25,0
Balears	52,4	34,3	21,5	13,4	15,3	25,3	42,6
Canàries	46,0	28,2	18,5	12,3	14,1	24,1	31,2
Cantàbria	46,4	25,4	12,7	5,7	7,3	17,9	13,3
Castella-La Mancha	42,6	26,7	13,0	7,2	9,7	15,1	27,5
Castella-Lleó	48,5	32,9	15,3	6,6	6,7	14,1	13,6
Catalunya	56,7	40,3	24,0	13,5	14,6	25,4	28,8
C. Valenciana	48,4	32,2	17,5	9,5	10,9	20,5	29,3
Extremadura	43,4	27,0	9,8	4,9	6,5	16,8	8,8
Galícia	41,0	21,3	7,9	3,9	4,7	9,1	15,1
Madrid	56,3	43,8	26,6	12,7	13,0	23,3	22,9
Múrcia	45,6	34,8	22,9	13,8	13,9	23,2	23,5
Navarra	37,4	23,4	12,6	4,6	6,9	10,8	13,0
País Basc	51,0	36,7	17,5	6,4	6,7	13,8	22,4
La Rioja	39,9	26,0	16,8	8,1	9,9	21,1	33,3

Font: Elaboració pròpia a partir de dades del Registre d'IVE i de població de l'INE. \*els nombres absoluts del grup 45-49 anys són massa baixos per fer interpretacions.

Catalunya i Madrid, presenten algunes de les proporcions d'IVE més altes sigui quina sigui l'edat, juntament amb Les Balears i Aragó.

Destaquen la proporcions d'IVE davant d'un embaràs en edats joves, menors de 30 anys, a Catalunya i Madrid (superior al 40% en dones de 20-24 anys i al 50% en edats adolescents), però el pes del grup adolescent és també important (superior al 50%) a Astúries, Aragó, Les Balears i el País Basc (Taula 7).

És rellevant destacar el patró especialment jove a Galícia i Extremadura tenint en compte la distància que separa les proporcions d'IVE en menors i més grans de 25 anys. Ambdues CCAA destaquen, també, per les proporcions més baixes de tot l'Estat espanyol en els grups d'edat de 30 o més.

El patró per edats d'aquest indicador pel conjunt de l'Estat mostra que el grup d'edat de 40-44 anys es troba lleugerament per sobre del grup de 25-29 anys. De manera excepcional, les dones de 25-29 anys a Aragó, Astúries, Castella-Lleó, Navarra, Madrid i el País Basc resolen més un embaràs en una IVE que les dones de 40-44 anys.

Les explicacions de les diferències regionals en el patró d'avortament per edats s'han de buscar entre les lògiques socials que apunto al Capítol 5 (diferències en la cobertura anticonceptiva, educació afectivosexual i disponibilitat de programes i accés a serveis de SSR, així com al pes que prenen les normes socials) i al nivell individual (activitat sexual, pràctica anticonceptiva,...) que caracteritzen a cadascun dels grups d'edat a cada CCAA, però no és l'objecte d'aquesta tesi doctoral l'anàlisi per CCAA.

#### **4.2.4. Factors explicatius de la intensitat de la IVE a Espanya**

##### *a) El rol de la immigració en la incidència de la IVE*

El Registre Nacional d'IVE inclou la informació del país de naixement i sobre la nacionalitat de la dona a partir de l'any 2008, raó per la qual no puc disposar de dades de tendència pel conjunt de l'Estat. A través Registre d'IVE de Catalunya – que juntament amb el registre de Madrid són les úniques CCAA que recullen aquesta informació des de 2005– evidencia l'augment del pes de les IVE en dones nascudes a l'estranger residents a Espanya o immigrades, les quals representaven el 34,5% del total d'IVE l'any 2005 i assolien el 45,7% l'any 2008 (170,171).

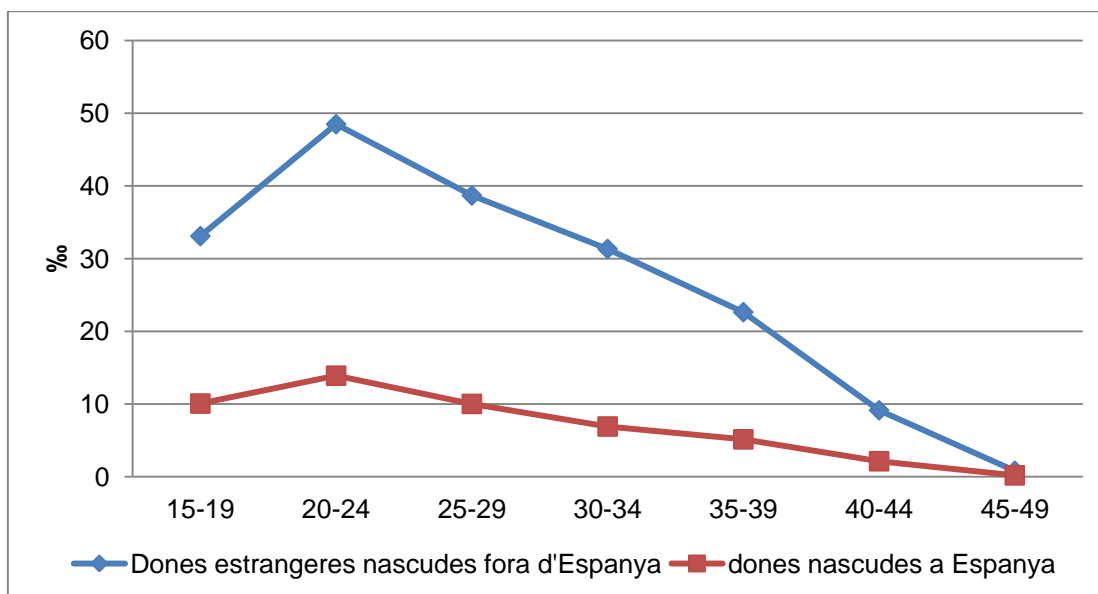
A nivell estatal, l'any 2008, el 44,8% de les IVE es va realitzar a dones nascudes a l'estranger, sent les regions d'origen més freqüents Amèrica Llatina (58,9%) i Europa de l'Est (21,5%) i la incidència de l'avortament d'aquestes dones era superior i gairebé quadruplicava la incidència de les dones d'origen espanyol. Així, les primeres tenien un ISA de 0,92 IVE per dona mentre que les dones espanyoles era de 0,24<sup>12</sup>.

La Gràfica 14 mostra les taxes d'avortament específiques per edat segons lloc de naixement, on s'aprecia com l'avortament de les dones estrangeres és molt superior a totes les edats (vegeu també Annex 1. Taula 13)

---

<sup>12</sup> A partir de 2008 el pes de les IVE en dones nascudes fora d'Espanya disminueix, el 2010 representaven el 41,7% del total d'IVE realitzades a l'Estat espanyol (172)

Gràfica 14. Taxes d'avortament específiques per grups d'edat segons lloc de naixement de la dona (%).<sup>\*</sup> Espanya, 2008



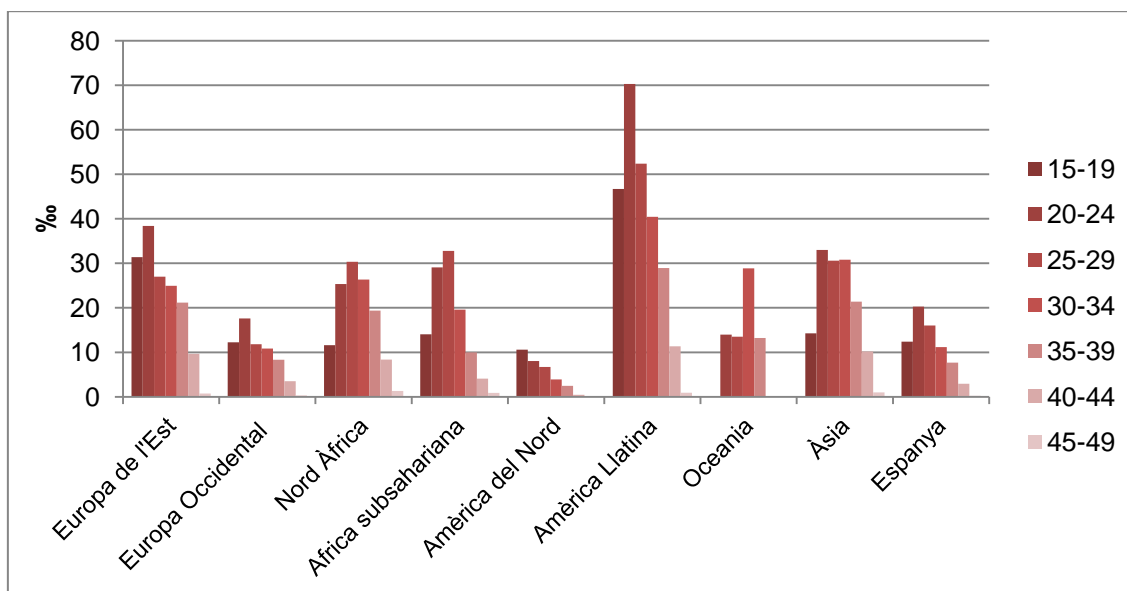
Font: Elaboració pròpia a partir de les microdades del Registre d'IVE i dades de la Revisió del padró municipal de l'INE. \* $p < 0,001$ .

Destaca la intensitat de la IVE en dones nascudes a l'estranger a qualsevol edat. El patró per edat, tant en estrangeres com espanyoles, té en comú que el grup de 20-24 anys és el que presenta una major incidència, però mentre que en dones d'origen estranger l'avortament en aquest grup d'edat (49,3‰) es desmarca per sobre dels altres, en dones espanyoles la distància entre el grup de 20-24 anys i el grup adolescent i el grup de 25-29 anys no és tan pronunciada (13,9‰, 10,1‰ i 10,0‰ respectivament). Contràriament, és rellevant la conducta del grup adolescent en dones espanyoles, la taxa és tan alta com la del grup de 25-29 anys, mentre que en les dones adolescents d'origen estranger aquest grup presenta una incidència més baixa, darrera del grup de 25-29 anys.

Tenint en compte que les dones nascudes a l'estranger no són un grup homogeni i presenten particularitats socials, culturals, patrons de conductes relacionats amb la fecunditat diferents i fan un ús del recurs a la IVE i als mètodes anticonceptius que difereixen segons els seus orígens, calculo la incidència desagregada segons grans regions d'origen (considerant regions amb característiques geopolítiques i culturals similars). La incidència més elevada la presenta el grup de dones llatinoamericanes amb 1,26 IVE per dona l'any 2008, seguida de la incidència del grup de dones d'Europa de l'Est (0,77 IVE per dona), d'Àsia (0,71), el Nord d'Àfrica (0,61) i d'Àfrica Subsahariana (0,55) (Annex 1.Taula 14)

A la Gràfica 15 presento les taxes d'incidència específiques per edats i segons la regió d'origen.

Gràfica 15. Taxes d'avortament específiques per edat segons regió d'origen(‰). Espanya, 2008



Font: Elaboració pròpia a partir de les dades del Registre d'IVE i dades del Padró municipal de l'INE. La diferència en els denominadors de les taxes específiques per regió d'origen respecte el denominador per construir l'ISA en dones estrangeres es deu a aquelles dones residents estrangeres que no han pogut ser classificades segons el seu origen.

El patró per edats varia segons la regió d'origen, així Amèrica Llatina presenta un patró jove similar a l'espanyol, però amb nivells més alts sigui quina sigui l'edat, destaca amb taxes especialment altes per sota dels 30 anys. En el cas de les IVE en dones de l'Est d'Europa prenen molta importància el grup de dones adolescents i joves, amb nivells per sobre del 30,0‰ i entre les IVE de dones asiàtiques, els nivells més alts els trobem en les edats centrals.

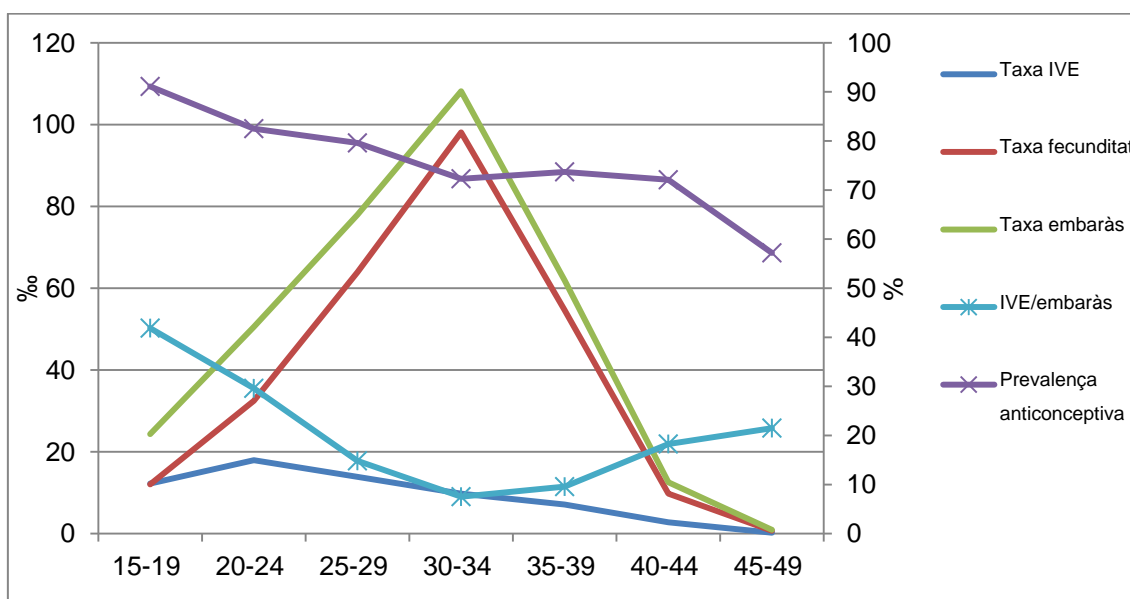
Cal tenir en compte algunes limitacions de la mesura per no fer interpretacions agosarades. Es podria estar sobreestimant les taxes de les dones estrangeres degut a una possible infradeclaració del nombre de residents d'origen estranger al padró d'habitants, especialment en determinats grups d'origen. Finalment, podria no ser l'origen, sinó la condició d'immigrant, lligada a un major dificultat a accedir als circuits formals del sistema sanitari i unes condicions socioeconòmiques i socials més desfavorides que estiguessin contribuint a fer augmentar el risc a l'avortament (82,90,173). Caldrà fer un estudi més en profunditat per conèixer els determinants d'aquestes diferències i contemplar especificitats entre països o regions d'origen, però supera l'objectiu d'aquesta tesi doctoral.

b) *La IVE, una opció alternativa a una errada anticonceptiva*

Les dades que he mostrat en relació al recurs a la IVE semblen suggerir algun dèficit anticonceptiu. Si poso en relació les taxes d'avortament i les proporcions d'IVE amb la taxa de fecunditat i d'embaràs per edat, així com amb la *prevalença anticonceptiva* per l'any 2006 (considerant a les dones sexualment actives l'últim mes i no embarassades que han utilitzat algun mètode anticonceptiu eficaç) (Gràfica 16 i Annex 1.Taula 15) m'adono de la diversitat de conductes en relació a la fecunditat, l'avortament i l'anticoncepció segons el grup d'edat.

Per la seva rellevància, a l'apartat 5.1.3 amplio la informació sobre prevalença anticonceptiva i necessitats insatisfetes i apunto, també, possibles factors explicatius de l'errada anticonceptiva a cada grup d'edat.

*Gràfica 16. Taxes específiques d'IVE (‰), de fecunditat (‰) i d'embaràs (‰), proporció d'embarassos que es resolen amb un avortament i prevalença anticonceptiva (%) per grups d'edat\*. Espanya, 2006*



Font: Elaboració pròpia a partir de les dades del Registre d'IVE, INE i *Encuesta de Fecundidad y Valores en la España del Siglo XXI*, 2006; \*La prevalença anticonceptiva contempla les dones sexualment actives i no embarassades que han utilitzat algun mètode anticonceptiu l'últim mes.

Si excloc el grup de 45-49 anys que presenta valors absoluts massa petits per poder treure conclusions significatives a través dels indicadors, es fa palès com el grup d'edat de 15 a 24 anys o el grup de més de 40 anys assoleixen taxes de fecunditat i d'embaràs baixes amb altes prevalences anticonceptives. La IVE



s'estaria utilitzant com un mètode complementari a l'anticoncepció per evitar maternitats no desitjades.

A través de l'augment de les taxes específiques d'avortament, especialment, de les dones més joves, es trasllueix que tot i una alta prevalença anticonceptiva s'està fent un ús *inconsistent* dels mètodes –que implica no fer ús de cap mètode, sempre o a vegades, o fer-ne un ús incorrecte–, que du a una major freqüència d'embarassos no desitjats.

En canvi, la disminució de la prevalença anticonceptiva en els grups de 25 a 39 anys porta a un augment de les taxes d'embaràs i de fecunditat, sense que això faci augmentar la taxa d'avortament. Es tracta dels grups d'edat amb les taxes d'avortament i proporció d'IVE més baixes degut al retard de la maternitat (vegeu apartat 6.1.3 on aprofundeixo sobre les possibles causes d'una errada anticonceptiva).

L'existència d'IVE en un context general d'alta prevalença anticonceptiva constata una voluntat de limitar el nombre de fills o retardar el moment de la maternitat, davant d'un ús inconsistent dels mètodes anticonceptiu. El que no diu la Gràfica 14, són les raons per voler limitar o retardar l'entrada a la maternitat que estudio al Capítol 6.

#### 4.3. LES CARACTERÍSTIQUES DE LA IVE I EL PERFIL DE LES DONES QUE INTERROMPEN L'EMBARÀS A ESPANYA L'ANY 2008.

L'anàlisi descriptiva de les dades que conté el Registre d'IVE em permet destacar les característiques sociodemogràfiques i reproductives més freqüents entre les dones que avorten i sobre les característiques de la pràctica de la IVE l'any 2008 i, finalment, a través d'una anàlisi multivariant, a partir de la unió de dades del Registre d'IVE i l'Estadística Nacional de Parts, identificar els determinants de la IVE.

##### **4.3.1. Anàlisi descriptiva de les característiques de la IVE i el perfil de les dones que avorten**

Per caracteritzar el perfil de les dones que avorten, considero les dades del Registre d'IVE l'any 2008 i recupero dades de registres d'anys anteriors per apuntar en quins moments hi hagut un canvi de tendència en aquest perfil. Presento les dades pel conjunt de dones que interrompen l'embaràs i segons grup d'edat i origen.

Les variables del Registre d'IVE (vegeu apartat 3.1.1) que em permeten descriure el perfil s'han agrupat segons: a) Característiques sociodemogràfiques de la dona que avorta, b) Història reproductiva i característiques de l'embaràs actual i c) Característiques medicosanitàries de la pràctica de la IVE.

*a) Característiques sociodemogràfiques de les dones que interrompen l'embaràs*

L'edat mitjana a la interrupció voluntària de l'embaràs el 2008 és de 28 anys (desviació estàndard [DE]=6,88) i el 50% de les IVE es concentra en el grup d'edats joves (20-29 anys).

Tal i com s'observa a la Taula 6, més de la meitat de les IVE que es realitzen a Espanya són de dones que havien nascut a l'Estat espanyol (55,1%). En el grup d'edat 25-29 anys el pes de les IVE en dones d'origen estranger, però, arriba a superar lleugerament al de les espanyoles.

Taula 8. Característiques sociodemogràfiques de les dones que interrompen l'embaràs, total i per grups d'edat. Espanya, 2008

	15-19 (n=14.939)	20-24 (n=28.389)	25-29 (n=28.859)	30-34 (n=22.745)	35-39 (n=14.944)	40-44 (n=5519)	45-49 (n=417)	Total	p-valor
<b>Origen</b>									<0,001
Espanyol	31,3	44,5	51,0	49,6	43,5	36,7	32,6	55,1	
Estranger	68,7	55,5	49,0	50,4	56,5	63,3	67,4	44,9	
<b>País de residència</b>									<0,001
Estranger	3,2	2,2	1,7	1,8	2,2	2,3	5,0	1,8	
Espanya	96,8	97,8	98,3	98,2	97,8	97,7	95,0	98,2	
<b>Nivell educatiu</b>									<0,001
< Primària	32,2	24,8	24,1	23,8	23,2	22,8	21,2	25,1	
Secundària	65,1	64,8	60,1	58,1	57,2	55,9	58,1	60,9	
Superior	2,6	10,3	15,7	18,0	19,6	21,1	20,7	13,9	
Altres	0,1	0,0	0,1	0,1	0,1	0,2	0,0	0,1	
<b>Situació laboral</b>									<0,001
ocupada	27,0	60,2	70,5	74,1	74,9	75,0	74,2	63,8	
estudiant	47,0	12,1	3,1	0,8	0,5	0,4	0,2	10,1	
Aturada	18,0	17,8	15,6	13,0	11,6	9,9	8,9	15,1	
mestressa de casa	6,7	8,7	9,5	10,8	11,4	13,1	13,3	9,6	
Altres <sup>o</sup>	1,3	1,3	1,3	1,4	1,6	1,6	3,4	1,4	
<b>Ingressos propis</b>									<0,001
Sí	30,9	65,1	75,0	78,6	79,5	79,4	79,6	68,4	
No	69,1	34,9	25,0	21,4	20,5	20,6	20,4	31,6	

Continuació...

## CAPÍTOL 4.

## LA IVE A ESPANYA. INTENSITAT I CARACTERÍSTIQUES DE LA DONA QUE AVORTA

...Continuació Taula 8.

	<b>15-19</b> (n=14.939)	<b>20-24</b> (n=28.389)	<b>25-29</b> (n=28.859)	<b>30-34</b> (n=22.745)	<b>35-39</b> (n=14.944)	<b>40-44</b> (n=5519)	<b>45-49</b> (n=417)	<b>Total</b>	<b>p-valor</b>
<b>Parella*</b>									<0,001
Sí	6,7	15,3	18,2	17,5	14,8	13,7	11,4	84,8	
No	93,3	84,7	81,8	82,5	85,2	86,3	88,6	15,2	
<b>Convivència**</b>									<0,001
Sí	16,6	39,2	53,1	62,8	69,5	73,1	74,6	50,0	
No	83,4	60,8	46,9	37,2	30,5	26,9	25,4	50,0	
<b>Estat civil</b>									<0,001
Soltera	97,6	89,0	72,2	52,1	35,9	26,1	24,3	68,6	
Casada	2,2	9,4	22,0	36,0	46,3	50,8	51,7	23,7	
Altres^	0,2	1,6	5,8	11,9	17,8	23,2	24,1	7,7	
<b>Mida del lloc de residència</b>									<0,001
50.000 - habitants	38,6	34,7	33,8	35,6	37,1	37,9	36,9	35,7	
>50.000 habitants	61,4	65,3	66,2	64,4	62,9	62,1	63,1	64,3	

Font: elaboració pròpia a partir de les microdades del Registre d'IVE. Espanya, 2008. El valor de la p fa referència a les diferències per edat. L'alta significació de les diferències es pot deure a la mida de la població d'estudi (dones que avorten) per la qual cosa hauran de considerades amb precaució; † sense excloure les no residents (N=2.031), ° pensionistes i altres; \* La variable parella si/no té molts valors perduts, s'haurà d'anar en compte amb la interpretació; \*\*la convivència es considera independentment de l'estat civil; ^vídua, separada, divorciada.

D'entre les dones que no han nascut a Espanya, la majoria d'IVE es produeixen en dones nascudes a Amèrica Llatina (Centre i Sud) que representen més de la meitat del total d'IVE en dones d'origen estranger (57,9%), amb els països de Bolívia i Equador al capdavant. Seguit del 21,2% d'IVE que es produeix en dones nascudes en països d'Europa Central i de l'Est, majoritàriament nascudes a Romania.

De les 2.031 dones que avorten a Espanya amb residència a l'estranger (1,8% del total d'IVE), un 87,6% dels casos són dones nascudes a Europa Occidental o de l'Est i Portugal representa el 81% del total de casos<sup>13</sup>.

Per CCAA de residència la proporció més important d'IVE de tot l'Estat es dona, per aquest ordre, en dones de Madrid, Catalunya, on també veiem els valors d'ISA més alts i Andalusia (per una anàlisi més detallat per CCAA vegeu Annex 2).

El 64,3% d'IVE es realitza en ciutats grans de més de 50.000 habitants especialment, en ciutats capitals (entre 50.000 i 500.000 habitants). Les raons d'aquesta distribució són de natura diferent. Hi ha dos factors que poden explicar el poc pes d'IVE en àrees petites: D'una banda, la poca presència de centres que practiquen IVE en ciutats petites (Capítol 5) i, de l'altra, el pes de l'estigma en poblacions petites que condiciona l'accés de les dones als serveis (Capítol 6). Ambdós factors fan que la dona es desplaci a ciutats mitjanes i grans per realitzar una IVE i, en algun d'aquests casos, al registre no es declararia la mida de la població de residència per part de la dona.

Com a aproximació al pes que té la pertinença a un *grup socioeconòmic*, considero les variables "nivell educatiu", "situació laboral" i "ingressos propis" del Registre d'IVE. Més de la meitat de les IVE es produeix en dones que han assolit la secundària (60,9%) i una quarta part només tenen la primària o menys (25,1%). Quan veig aquesta distribució per edats m'adono com continuen predominant les IVE en dones amb estudis secundaris a totes les edats si bé, com és d'esperar, hi ha una tendència a augmentar les IVE en el nivell d'estudis superiors en les dones més grans (Taula 8). La proporció d'IVE de dones que han cursat la primària és la més estable entre els diversos grups d'edat. Pel que fa la situació laboral i econòmica, les IVE es produeixen majoritàriament en dones amb una feina remunerada (63,8%) i que disposen d'ingressos propis (68,5%).

---

<sup>13</sup> L'any 2008, la legislació sobre IVE a Portugal conté condicions comunes a la legislació espanyola, però és interpretada restrictivament pel legislador i els proveïdors de serveis, motiu d'atracció de dones portugueses a Espanya.

De nou, ambdues variables, ingressos i situació laboral, estan afectades per l'edat de la dona. Les dones amb ingressos propis que avorten augmenten amb l'edat i, de la mateixa manera, quan desagregu per edats, es pot apreciar un clar augment del pes de les IVE en dones assalariades a mesura que augmenta l'edat de la dona, fins el grup d'edat de 30-34 anys (Taula 8). A partir d'aquesta edat, aquesta categoria s'estabilitza en valors alts, coincidint amb les edats que les dones en la població general, acaben la seva formació i comencen a treballar. Contràriament, no és d'estranyar, que el grup adolescent és el que presenta més IVE en noies que estan estudiant. Les IVE en dones aturades representen el 15,1%.

Per tal conèixer la *situació afectiva i de parella* de la dona que avorta, he recorregut a les variables "estat civil" i "situació de parella" que s'hi aproximen. El 68,6% d'IVE és en dones solteres, però la meitat d'avortaments (50,0%) es produeixen en dones que conviuen amb la parella.

Si considero tan sols les dones que cohabituen, els avortaments de dones casades i solteres s'equilibren molt (22,8% i 24,8% respectivament). Això em diu que l'estat civil no té tanta importància en l'avortament com la situació de parella (cohabitar/no cohabitar). En la variable estat civil, l'edat és poc explicativa perquè l'estat civil d'una dona està determinat per l'edat (Taula 8), però si observo les dones cohabitants, el nombre d'IVE augmenta amb l'edat, fet que em suggereix que, juntament amb l'edat, hi ha altres circumstàncies que condicionen la decisió d'avortar en una parella. Un 15,2% de les dones que han avortat han declarat no tenir parella<sup>14</sup>.

En el 88,5% de les interrupcions de dones que tenen parella, aquesta té una feina remunerada i el 6,8% està aturada. Tan sols un 1,1% d'aquestes dones, la seva parella és estudiant.

*b) Història reproductiva i característiques de l'embaràs actual de les dones que avorten*

Per tal d'aproximar-me a la història reproductiva de la dona que avorta he considerat la relació d'IVE segons el nombre de fills previs. El 2008, el percentatge d'avortaments de dones amb fills i sense fill està molt ajustat, sent lleugerament superior els avortaments de dones sense fills (52,7% respecte un 47,3% respectivament). La mitjana de fills de la dona que avorta és de 1. Després del

---

<sup>14</sup> La variable que conté aquesta informació (situació laboral de la parella) té molts valors perduts (N=14.923), raó per la qual s'ha d'anar amb compte amb la interpretació que se'n faci.

segon fill, en canvi, hi ha un descens important del nombre d'avortaments (es passa d'un 18,2% d'avortaments en dones de paritat 2 a un 5,2% amb dones de paritat 3). Recorro llavors a les dades d'anys anterior per veure quina ha estat l'evolució i m'adono que la relació de dones que avorten amb o sense fills anteriors relació s'ha invertit amb el temps. Al llarg de la segona meitat dels anys 90 van augmentar els avortaments en dones sense fills i, posteriorment, han anat disminuint mentre augmentaven els avortaments de dones amb un i dos fills anteriors. (Taula 9).

La paritat de les dones que avorten varia amb l'edat (Taula 9). A més edat, el pes de les IVE en dones que no tenen fills anteriors és més baix. En edats joves o joves-adultes pot existir una voluntat de posposar la maternitat mentre que a partir dels 45 es pot tractar de dones que ja no volen tenir un fill biològic. Contràriament, amb l'edat augmenta el nombre d'IVE en dones que tenen 2 o més fills. Aquest conducta ve explicada per un desig de no ampliar la mida de la família en les dones més grans. El grup de 30-34, és l'únic on el pes dels avortament en dones que no tenen cap fill anterior o en tenen un és molt similar. Conflueixen en aquest grup les dones que pretenen retardar la maternitat amb aquelles que volen limitar la mida de la família.

Taula 9. Història reproductiva i característiques de l'embaràs actual de les dones que interrompen l'embaràs, total i per edats. Espanya, 2008<sup>o</sup>

	15-19 (n=14.939)	20-24 (n=28.389)	25-29 (n=28.859)	30-34 (n=22.745)	35-39 (n=14.944)	40-44 (n=5519)	45-49 (n=417)	Total	p-valor
<b>Núm. fills anteriors</b>									<0,001
0	88,5	65,8	44,8	29,3	17,3	11,9	13,2	47,3	
1	10,2	25,3	30,4	30,4	27,9	26,0	20,0	25,9	
>=2	1,3	8,9	24,8	40,4	54,8	62,1	66,8	26,8	
<b>Núm. IVE anteriors</b>									<0,001
0	85,8	69,9	62,0	59,2	60,4	62,6	69,0	66,3	
1	12,6	23,1	26,5	26,6	24,8	23,2	18,8	23,5	
>=2	1,7	7,0	11,4	14,2	14,9	14,1	12,3	10,2	
<b>Setmanes de gestació*</b>									<0,001
14 o menys	90,7	93,5	94,1	92,1	89,9	89,3	88,0	92,3	
15-22	9,1	6,4	5,8	7,8	9,9	10,5	11,5	7,6	
>22	0,2	0,1	0,1	0,1	0,2	0,1	0,5	0,1	

Font: Elaboració pròpia a partir de les microdades del Registre d'IVE. Espanya, 2008. <sup>o</sup> La significació de les diferències es pot deure a la mida de la població d'estudi, per la qual cosa algunes diferències cal considerar-les amb precaució. \*\* com el Registre no especifica com han estat estimades les setmanes de gestació considero la 14<sup>a</sup> setmana com formant part del primer trimestre per incloure aquells embarassos que han estat calculats des del primer dia de l'última regla



La IVE continua essent majoritària entre dones que no han hagut de recorre-hi mai (66,3%), tot i l'augment constant de les IVE de repetició des dels anys 90 (el 1990 representaven el 19,6% i el 2008 el 33,7%). El patró per edats mostra com a més edat el percentatge d'avortaments de repetició augmenta. El 2008, els grups d'edat centrals, són els que tenen més avortaments de repetició. El pic d'un avortament de repetició de primer ordre es troba en el grup de 30-34 anys i a partir d'aquesta edat, i relacionat amb l'augment del temps de vida reproductiva, augmenten les IVE de segon ordre (Taula 9).

Pel que fa a la durada de gestació, la mitjana de setmanes de gestació a la que s'han produït els avortaments és de 8 setmanes, dins del primer trimestre (vegeu la distribució de les IVE per temps de gestació a la Taula 9), sent les edats extremes les que presenten un major pes d'IVE més tardanes, especialment les dones més grans. Tot i que la literatura afirma que el grup adolescent presenta un major risc a retardar la intervenció degut a les dificultats d'accés al sistema sanitari (174), les diferències per grups d'edat que mostro a la Taula 9 no em permeten apuntar en aquesta direcció. S'haurà de fer un estudi més exhaustiu que sobrepassa l'objectiu d'aquesta tesi.

Segons dades del Registre, el perfil de la dona que avorta s'ha mantingut estable al llarg del temps, amb l'excepció de les dones que avorten sense tenir fills anteriors que són lleugerament menys que en el passat. El que ha variat amb el temps és el pes de la categoria principal d'algunes variables que en alguns casos augmenta respecte les altres, com seria el cas del percentatge de dones que tenen ingressos propis que s'allunya del percentatge de dones que no en tenen o, al contrari, perd pes respecte d'altres categories, com per exemple, el percentatge de dones que avorten per primera vegada respecte les que tenen IVE anteriors.

*c) Característiques medicosanitàries de la pràctica de la IVE*

En aquest apartat mostro la informació que es recull al Registre d'IVE sobre les característiques medicosanitàries de la pràctica de la IVE pel total i per edat de la dona.

L'any 2008, la majoria d'IVE es realitza en un centre extrahospitalari (87,2%), en una distribució similar a totes les edats (Taula 10).

Taula 10. Característiques medicosanitàries de la pràctica. Total i per edat de la dona. Espanya, 2008

	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	Total	p-valor
<b>Derivació a la clínica</b>									<0,001
Centre sanitari públic	53,4	46,7	45,6	45,4	46,6	47,2	45,8	47,0	
Centre sanitari privat	8,5	8,2	8,7	10,3	11,4	13,3	13,9	9,4	
Altres	38,1	45,1	45,7	44,4	42,0	39,5	40,3	43,5	
<b>Tipus de centre on es realitza la IVE</b>									<0,001
Hospitalari	10,9	11,6	12,0	13,7	15,8	16,2	12,0	12,8	
Extrahospitalari	89,1	88,4	88,0	86,3	84,2	83,8	88,0	87,2	
<b>Haver rebut atenció sobre PF (últims 2 anys)</b>									<0,001
Centre de PF	26,1	31,1	32,0	31,1	29,7	28,3	30,1	30,4	
Ginecòleg privat	4,8	7,6	9,0	10,2	10,9	11,6	12,7	8,7	
Altres centres	2,3	2,8	2,6	2,4	2,4	2,2	2,2	2,5	
No s'ha visitat	66,9	58,4	56,4	56,2	56,9	57,9	55,0	58,4	
<b>Mètode per la interrupció</b>									<0,001
Aspiració	85,9	88,4	88,7	86,9	84,8	84,9	83,0	87,2	
Dilatació	5,2	3,8	3,0	3,4	4,0	4,0	6,0	3,7	
Legrat	2,6	2,0	2,1	3,0	4,1	4,1	3,4	2,7	
Farmacològic	4,3	4,6	4,6	4,0	3,8	3,2	3,6	4,3	
Altres (injecció, histerectomia)	2,0	1,2	1,5	2,7	3,4	3,7	4,0	2,0	
<b>Motiu</b>									<0,001
Salut materna	99,3	99,2	98,0	95,1	92,9	92,3	94,5	97,0	
Risc fetal	0,6	0,8	2,0	4,9	7,1	7,6	5,5	3,0	
Violació	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	

Font: Elaboració pròpia a partir de les microdades del Registre d'IVE. Espanya, 2008. ° La significació estadística de les diferències es pot deure a l'efecte de la mida de la població d'estudi, per la qual cosa s'hauran de considerar amb precaució.

El 46,9% de les dones que avorten són derivades al centre que realitza l'avortament a través del sistema sanitari públic i en un 43,5% dels casos per altres fonts que poden ser a través dels grup d'iguals, familiars, amics o mitjans de comunicació com Internet. Més de la meitat de les dones adolescents són derivades a través d'un canal formal, un servei públic (53,4%).

Entre les dones que accedeixen a una IVE, més de la meitat no s'havia visitat a cap centre per informar-se sobre planificació familiar els darrers dos anys (58,4%), sent especialment important el pes que representen les dones adolescents en aquesta categoria (66,9%). La gran majoria de dones de les que sí s'havien visitat, ho fan en un centre de PF (30,4%).

El patró per edat més clar el veig en relació al sistema sanitari privat. Amb l'edat, la dona que avorta recorre més al seu ginecòleg privat per consultar sobre la PF (Taula 10).

A Espanya, el mètode més utilitzat pels professionals per practicar una IVE l'any 2008 és l'aspiració (87,2%). El mètode farmacològic, en canvi, representa un percentatge molt baix del total d'interrupcions practicades el 2008 (4,3%) i a qualsevol edat (Taula 10).

Les IVE és classifiquen segons els tres supòsits despenalitzats per la llei de l'avortament (fins a la modificació de la norma l'any 2010): motiu de salut materna, risc fetal i violació. El primer dels quals concentra gairebé la totalitat d'IVE, amb un 97% dels casos. Per edats, destaca el lleuger augment de les IVE per risc fetal a partir dels 30 anys (Taula 10).

*d) Comparació de les característiques de la IVE segons l'origen de la dona*

L'edat, però també el país d'origen de la dona, són variables que afecten la distribució de l'avortament. Són variables que interaccionen amb la resta de factors associats amb una IVE, per la qual cosa no operen els mateixos factors a totes les edats ni segons l'origen. Amb la voluntat d'anar una mica enllà en la descripció de la IVE, he mostrat la distribució de les característiques de la IVE per edats en els apartats anteriors i en aquest apartat comparo les característiques de les IVE de dones nascudes a l'estranger amb les espanyoles (Taula 11).

Taula 11. Característiques de les IVE segons lloc de naixement de la dona que avorta. Espanya, 2008

	<b>Estranger</b> (n=51.497)	<b>Espanya</b> (n=63.235)	<b>p valor*</b>
<b>Edat</b>			<0,001
15-19	8,9	16,0	
20-24	24,3	24,7	
25-29	28,4	22,2	
30-34	21,8	18,0	
35-39	12,5	13,2	
40-44	3,9	5,5	
45-49	0,3	0,4	
<b>Nivell educatiu</b>			<0,001
<= Primària	27,9	23,1	
Secundària	62,3	59,6	
Superior	9,7	17,3	
Altres	0,1	0,1	
<b>Situació laboral</b>			<0,001
Ocupada	68,0	60,6	
Estudiant	5,2	13,9	
Aturada	15,2	15,2	
mestressa de cas	10,3	8,9	
Altres	1,3	1,5	
<b>Convivència</b>			<0,001
Sí	58,3	43,4	
No	41,7	56,6	
<b>Estat civil</b>			<0,001
Soltera	64,6	71,8	
Casada	28,5	19,9	
Altres	7,0	8,3	
<b>Mida del lloc de residència</b>			<0,001
50.000 o - habitants	29,7	40,4	
>50.000 habitants	70,3	59,6	
<b>Núm. fills anteriors</b>			<0,001
0	36,1	56,2	
1	30,9	22,1	
>=2	33,0	21,7	
<b>Núm. IVE anteriors</b>			<0,001
0	58,6	72,5	
1	27,3	20,4	
>=2	14,1	7,1	
<b>Setmanes de gestació</b>			<0,001
14 o menys	93,7	92,4	
15-22	6,3	7,5	
>22	0,0	0,1	
<b>Derivació a la clínica</b>			<0,001
centre sanitari públic	47,6	46,2	
centre sanitari privat	8,0	10,5	
Altres	44,4	43,3	
<b>CPF</b>			<0,001
CPF	30,2	29,8	
Ginecòleg privat	6,0	10,9	
Altres centres	2,1	2,9	
No s'ha visitat	61,6	56,5	
<b>Tipus de centre</b>			<0,001
Hospitalari	14,6	11,4	
Extrahospitalari	85,4	88,6	
<b>Motiu</b>			<0,001
Salut materna	99	95,3	
Risc fetal	1	4,7	
Violació	0	0	

Font: elaboració pròpia a partir de les microdades del Registre d'IVE. Espanya, 2008. \* significació estadística de les diferències es pot deure a l'efecte de la mida de la població d'estudi per la qual cosa s'ha de considerar amb precaució; els % estan calculats sobre el total per columnes; ° no he exclòs a les dones no residents a Espanya (n=2.031)

Tal i com s'aprecia a la Taula 11, les IVE en dones d'origen estranger tenen més pes en el grup d'edat 25-29 anys respecte les espanyoles. Les dones estrangeres amb estudis superiors representen una proporció menor que les espanyoles (9,7% i 17,3% respectivament). Hi ha menys estudiants entre les IVE de dones estrangeres mentre que el pes de les aturades no varia entre els dos grups. Les IVE en estrangeres es produeixen, amb més freqüència, en dones casades que les espanyoles. Les variables que marquen una diferència més important segons origen són aquelles que fan referència a la història reproductiva. Lligat amb l'edat, les IVE en dones estrangeres es produeixen majoritàriament en dones amb fills anteriors, essent aquesta la variable que diferencia més el perfil entre espanyoles i estrangeres (30,9% i 22,1% tenien un fill respectivament) i més freqüentment les dones estrangeres havien avortat prèviament.

Pel que fa l'accés al serveis sanitaris, el pes de les dones estrangeres que es visiten en un ginecòleg privat és menor que el de les espanyoles. Les dones estrangeres avorten menys en centres extrahospitalaris i són més les que declaren la raó de salut materna per decidir avortar.

### **4.3.2. Anàlisi multivariant del perfil de les dones que avorten a Espanya**

A través de l'anàlisi multivariant comparo les característiques sociodemogràfiques i reproductives de les dones que avorten amb les característiques de les dones que continuen la gestació fins al part, per identificar els determinants d'una IVE en funció de l'edat de la dona.

En aquest sentit, he considerat tres grups d'edat que representen tres moments claus del curs de vida fèrtil d'una dona, les dones menors de 25 anys, les dones entre 25 i 34 anys i les dones de més de 35 anys (22). Es consideren aquests tres moments en el curs de vida d'una dona com a estructurants de la seva decisió a avortar. S'ha posat en evidència en els capítols anteriors, a través de la taxes específiques d'avortament per edat i de la descripció del perfil de la dona que avorta a Espanya, com la IVE presenta intensitats i característiques particulars en funció del grup d'edat, però no s'ha pogut concloure que l'edat determini les diferències. Per aquesta raó s'ha realitzat una anàlisi global i, posteriorment, estratificat segons els grups d'edat que he apuntat més amunt.

Del total d'embarassos que hi ha el 2008 i dels quals se'n coneix la forma de resolució (627.059), el 18,5% es resolen amb una IVE. La proporció d'IVE disminueix amb l'edat, el 39,4% de les dones menors de 25 anys resolen l'embaràs amb una IVE, el 14,2% en les dones de 25-34 anys i el 13,4% en les dones de 35 o més ( $p < 0,001$ ). Les principals característiques de les dones que es queden embarassades el 2008 es presenten a la Taula 12. L'edat mitjana de la dones embarassades és de 30,3 anys i la majoria són d'origen espanyol (72,7%), tot i que el 43,6% de dones joves són d'origen estranger. Es tracta, majoritàriament, d'una dona casada (58,8%) mentre que el grup de dones menors de 25 anys són majoritàriament solteres (77,0%) i que conviu en parella en un 77,4% del casos, sent les dones de 25-34 anys les que presenten la proporció més important de dones cohabitants (61,3%). Tres quartes parts dels embarassos es produeixen en dones actives (treballant, pensionistes i parades), retirades i altres<sup>15</sup>, mentre que en les dones joves presenta la proporció inferior (54,3%). El 35,4% de les dones embarassades tenen estudis secundaris, sent les dones de 34 anys les que presenten una menor proporció en favor dels estudis superiors (39,1%). El 55,8% viu en una població de més de 50.000 habitants (incloent capitals de província). El 19,1% es tracta d'embarassos de dones que viuen a Andalusia, el 18,1% a Catalunya i el 16% a Madrid. El 53,1% no té fills anteriors i aquesta proporció

---

<sup>15</sup> ha sigut necessari fer aquesta agrupació per no perdre aquesta variable, vegeu apartat metodològic 3.1.2.

disminueix amb l'edat, arribant a ser del 33,2% en les dones més grans, la majoria de les quals almenys a tingut un fill (66,8%).

Taula 12. Característiques sociodemogràfiques i sobre la història reproductiva de les dones embarassades. Espanya, 2008 (N=627.059)

Variables	Global		<25 anys (n=110.106)		25-34 anys (n=362.868)		>=35 anys (n=152.487)	
	N	%	n	%	n	%	n	%
<b>Forma de resolució de l'embaràs</b>								
Part	511.247	81,5	66.778	60,6	311.264	85,8	132.024	86,6
IVE	115.812	18,5	43.328	39,4	51.604	14,2	20.463	13,4
<b>Edat</b>								
>=24 anys	110.106	17,6						
25-34 anys	362.868	58,0						
>=35 anys	152.487	24,4						
<b>País de naixement</b>								
Espanya	452.954	72,7	61.300	56,4	268.676	74,5	121.793	80,3
Estranger	169.686	27,3	47.466	43,6	91.864	25,5	29.962	19,7
<b>Comunitat Autònoma de residència</b>								
Catalunya	113.160	18,1	19.879	18,8	65.825	18,2	27.175	18,1
Aragó	16.735	2,7	2.857	2,7	9.597	2,7	4.233	2,8
Astúries	9.819	1,6	1.464	1,4	5.674	1,6	2.657	1,8
Balears	15.871	2,5	2.944	2,8	9.361	2,6	3.521	2,3
Canàries	25.236	4,0	5.278	5,0	13.752	3,8	6.131	4,1
Cantàbria	6.530	1,0	769	0,7	3.960	1,1	1.787	1,2
Castilla-La Mancha	26.304	4,2	4.760	4,5	15.579	4,3	5.891	3,9
Castill-Lleó	24.308	3,9	3.804	3,6	13.551	3,7	6.898	4,6
Andalusia	119.318	19,1	23.741	22,4	69.991	19,4	25.365	16,9
C. Valenciana	67.601	10,8	11.798	11,1	40.360	11,2	15.267	10,2
Extremadura	11.940	1,9	2.033	1,9	7.073	2,0	2.805	1,9
Galícia	24.793	4,0	2.993	2,8	14.838	4,1	6.877	4,6
Madrid	99.605	16,0	16.631	15,7	55.725	15,4	26.936	17,9
Múrcia	24.447	3,9	5.200	4,9	14.062	3,9	5.136	3,4
Navarra	7.662	1,2	960	0,9	4.568	1,3	2.111	1,4
País Basc	23.874	3,8	2.454	2,3	13.809	3,8	7.557	5,0
La Rioja	4.052	0,6	685	0,6	2.371	0,7	991	0,7
Ceuta i Melilla	2.502	0,4	638	0,6	1.349	0,4	508	0,3
<b>Mida de lloc de residència</b>								
10.000 o menys	107.817	17,3	16.996	15,6	65.557	18,1	25.027	16,5
10.001-50.000 hab	167.846	26,9	28.556	26,2	100.611	27,8	38.311	25,2
>50.000 hab	347.831	55,8	63.247	58,1	195.150	54,0	88.462	58,3
<b>Estat civil</b>								
Casada	368.056	58,8	24.153	22,0	235.132	64,7	107.816	70,8
Soltera	233.638	37,3	84.601	77,0	115.372	31,7	33.269	21,8
Altres*	24.718	3,9	1.156	1,1	13.066	3,6	11.250	7,4
<b>Cohabitació</b>								
Sí	484.906	77,4	56.995	51,9	296.537	81,8	130.135	85,5
No	141.215	22,6	52.839	48,1	65.896	18,2	22.125	14,5
<b>Nivell educatiu</b>								
<Primària	78.351	13,0	30.328	28,9	35.581	10,2	12.249	8,3
Primària	149.874	24,9	32.002	30,5	88.242	25,3	29.316	19,9
Secundària	213.187	35,4	37.872	36,2	126.712	36,4	48.067	32,7
Superior	160.125	26,6	4.560	4,4	97.639	28,0	57.444	39,1

...Continuació Taula 12.

Variables	Global		<25 anys (n=110.106)		25-34 anys (n=362.868)		>=35 anys (n=152.487)	
	N	%	n	%	n	%	n	%
<b>Situació professional de la dona</b>								
Activa i altres <sup>^</sup>	481.711	76,8	53.886	54,3	253.406	77,7	111.578	80,7
Estudiant	17.549	2,8	14.161	14,3	3.285	1,0	102	0,1
Mestressa de casa	127.799	20,4	31.271	31,5	69.527	21,3	26.694	19,3
<b>Núm. fills anteriors</b>								
0	332.950	53,1	81.861	74,4	199.799	55,1	50.691	33,2
1	213.064	34,0	22.856	20,8	122.595	33,8	67.206	44,1
2 o més	81.009	12,9	5.374	4,8	40.460	11,1	34.584	22,7

Font: Elaboració pròpia a partir del Registre de Parts i el Registre d'IVE, 2008; <sup>^</sup>treballa, parada, pensionista i altra informació que no ha pogut ser classificada; \*separada, divorciada, vídua

A l'anàlisi univariant es revelen diversos factors associats a decidir interrompre un embaràs o continuar-lo (Taula 13). Pel conjunt de dones embarassades, tenir menys de 25 anys, ser d'origen estranger, viure en ciutats mitjanes o grans (10.001-50.000 i >50.000 habitants), residir a Catalunya, estar soltera i no conviure amb la parella són factors estadísticament significatius en la decisió d'avortar; així mateix que la dona tingui l'estatut d'estudiant i haver assolit almenys el nivell d'educació secundari són factors determinants de la decisió. Pel que fa la paritat de la dona, tenir 2 o més fills anteriors suposa una risc més elevat d'avortar.



Taula 13. Anàlisi univariant dels determinants de la IVE en el total de dones embarassades. Total i per grups d'edat. Espanya, 2008\*

Variables	TOTAL IVE				<25 anys				25-34 anys				≥35 anys			
	n	%	OR	(95%IC)	N	%	OR	(95%IC)	n	%	OR	(95%IC)	n	%	OR	(95%IC)
<b>Edat</b>																
<25 anys	110.106	39,4	ref													
25-34 anys	362.868	14,2	0,26	(0,25-0,26)												
>34 anys	152.487	13,4	0,24	(0,23-0,24)												
<b>País naix.</b>																
Espanya	452.954	14,0	ref		61.300	41,9	ref		268.676	9,5	ref		121.793	9,7	ref	
Estranger	169.686	30,3	2,69	(2,65-2,72)	47.466	36,0	0,78	(0,76-0,79)	91.864	28,1	3,74	(3,67-3,81)	29.962	28,2	3,66	(3,54-3,77)
<b>CCAA residèn.</b>																
Catalunya	113.160	22,4	ref		19.879	44,4	ref		65.825	18,1	ref		27.175	16,8	ref	
Aragó	16.735	19,6	0,84	(0,81-0,88)	2.857	41,2	0,88	(0,81-0,95)	9.597	15,7	0,84	(0,79-0,89)	4.233	13,9	0,80	(0,73-0,88)
Astúries	9.819	17,1	0,71	(0,68-0,75)	1.464	40,6	0,86	(0,77-0,95)	5.674	13,6	0,71	(0,66-0,77)	2.657	11,5	0,64	(0,57-0,73)
Balears	15.871	21,3	0,94	(0,90-0,98)	2.944	38,8	0,8	(0,74-0,86)	9.361	17,2	0,94	(0,89-1,00)	3.521	17,4	1,04	(0,95-1,15)
Canàries	25.236	19,3	0,83	(0,80-0,86)	5.278	33,3	0,63	(0,59-0,67)	13.752	15,3	0,82	(0,78-0,86)	6.131	16,3	0,96	(0,89-1,04)
Cantàbria	6.530	11,1	0,43	(0,40-0,47)	769	30,4	0,55	(0,47-0,64)	3.960	8,3	0,41	(0,37-0,46)	1.787	9,1	0,49	(0,42-0,58)
Cast. La Mancha	26.304	13,9	0,56	(0,54-0,58)	4.760	31,1	0,57	(0,53-0,61)	15.579	9,7	0,49	(0,46-0,52)	5.891	10,9	0,6	(0,55-0,66)
Castella i Lleó	24.308	13,7	0,55	(0,53-0,57)	3.804	37,5	0,75	(0,70-0,81)	13.551	9,9	0,50	(0,47-0,53)	6.898	8,1	0,44	(0,40-0,48)
Andalusia	119.318	17,2	0,72	(0,71-0,74)	23.741	36,6	0,72	(0,70-0,75)	69.991	12,2	0,63	(0,61-0,65)	25.365	13,0	0,74	(0,70-0,77)
C. Valenciana	67.601	17,1	0,71	(0,70-0,73)	11.798	36,9	0,73	(0,70-0,77)	40.360	12,9	0,67	(0,65-0,70)	15.267	12,8	0,73	(0,69-0,77)
Extremadura	11.940	11,6	0,45	(0,43-0,48)	2.033	32,1	0,59	(0,54-0,65)	7.073	7,0	0,34	(0,31-0,37)	2.805	8,3	0,45	(0,39-0,52)
Galícia	24.793	8,0	0,3	(0,29-0,32)	2.993	26,1	0,44	(0,41-0,48)	14.838	5,4	0,26	(0,24-0,28)	6.877	5,5	0,29	(0,26-0,32)
Madrid	99.605	22,2	0,99	(0,97-1,01)	16.631	47,2	1,12	(1,08-1,17)	55.725	18,2	1,01	(0,98-1,04)	26.936	15,0	0,87	(0,84-0,92)
Múrcia	24.447	21,9	0,97	(0,94-1,00)	5.200	37,9	0,77	(0,72-0,82)	14.062	18,1	1,00	(0,96-1,05)	5.136	15,9	0,93	(0,86-1,01)
Navarra	7.662	10,0	0,38	(0,36-0,41)	960	27,8	0,48	(0,42-0,56)	4.568	7,2	0,35	(0,32-0,40)	2.111	7,8	0,42	(0,35-0,49)
País Basc	23.874	12,5	0,5	(0,48-0,52)	2.454	40,3	0,85	(0,78-0,92)	13.809	10,0	0,50	(0,48-0,54)	7.557	8,1	0,43	(0,40-0,47)
La Rioja	4.052	14,7	0,6	(0,55-0,65)	685	29,8	0,53	(0,45-0,63)	2.371	11,5	0,59	(0,52-0,67)	991	12,0	0,67	(0,56-0,82)
Ceuta i Melilla	2.502	4,1	0,15	(0,12-0,18)	638	8,2	0,11	(0,08-0,15)	1.349	2,6	0,12	(0,09-0,17)	508	3,0	0,15	(0,09-0,25)

Continuació...

## CAPÍTOL 4.

## LA IVE A ESPANYA. INTENSITAT I CARACTERÍSTIQUES DE LA DONA QUE AVORTA

... Continuació Taula 13.

Variables	TOTAL IVE				<25 anys				25-34 anys				≥35 anys			
	N	(%)	OR	(95%IC)	N	(%)	OR	(95%IC)	n	(%)	OR	(95%IC)	n	(%)	OR	(95%IC)
<b>Mida lloc de residència</b>																
<=10.000 hab	107.817	13,0	ref		16.996	31,5	ref		65.557	9,0	ref		25.027	11,0	ref	
10.001-50.000	167.846	15,7	1,25	(1,22-1,28)	28.556	34,7	1,15	(1,11-1,20)	100.611	11,6	1,33	(1,29-1,37)	38.311	12,4	1,15	(1,09-1,20)
>50.000 hab	347.831	21,0	1,78	(1,74-1,81)	63.247	42,9	1,63	(1,57-1,69)	195.150	17,0	2,08	(2,02-2,14)	88.462	14,2	1,34	(1,28-1,40)
<b>Estat civil</b>																
casada	368.056	7,4	ref		24.153	12,3	ref		235.132	6,1	ref		107.816	9,0	ref	
soltera <sup>o</sup>	258.356	34,0	6,44	(6,34-6,53)	85.757	46,8	6,26	(6,01-6,52)	128.438	28,9	6,22	(6,09-6,35)	44.519	23,9	3,20	(3,10-3,30)
<b>Cohabitació</b>																
Sí	484.906	11,8	ref		56.995	23,7	ref		296.537	9,9	ref		130.135	11,0	ref	
No	141.215	40,7	5,10	(5,03-5,17)	52.839	55,9	4,07	(3,97-4,18)	65.896	33,1	4,5	(4,41-4,60)	22.125	27,0	3,01	(2,90-3,11)
<b>Nivell educatiu</b>																
>Primària	228.225	12,6	ref		62.330	18,9	ref		123.823	9,9	ref		41.565	11,2	ref	
Secundària	213.187	32,9	3,38	(3,33-3,43)	37.872	73,8	12,07	(11,71-12,44)	126.712	23,9	2,86	(2,80-2,93)	48.067	24,0	2,49	(2,40-2,58)
Superior	160.125	10,0	0,77	(0,75-0,78)	4.560	72,3	11,21	(10,47-12,00)	97.639	8,8	0,87	(0,85-0,90)	57.444	7,1	0,60	(0,58-0,63)
<b>Situació professional*</b>																
Actives i altres <sup>^</sup>	481.711	19,3	ref		53.886	45,5	ref		253.406	15,6	ref		111.578	14,3	ref	
Estudiant	17.549	66,2	8,17	(7,91-8,44)	14.161	73,7	3,35	(3,21-3,48)	3.285	32,9	2,64	(2,46-2,84)	26.796	9,4	0,62	(0,60-0,65)
mestressa casa	127.799	8,7	0,40	(0,39-0,41)	31.271	11,0	0,15	(0,14-0,15)	69.527	7,4	0,43	(0,42-0,45)				
<b>Núm. fills anteriors</b>																
0	332.950	16,5	ref		81.861	39,0	ref		199.799	9,8	ref		50.691	6,4	ref	
1	213.064	14,1	0,83	(0,82-0,85)	22.856	38,0	0,96	(0,93-0,99)	122.595	12,8	1,35	(1,32-1,38)	67.206	8,3	1,33	(1,27-1,39)
2 o més	81.009	38,2	3,14	(3,09-3,19)	5.374	50,6	1,60	(1,52-1,69)	40.460	40,4	6,23	(6,07-6,38)	34.584	33,6	7,41	(7,10-7,23)

\*Degut a la mida de la població d'estudi les diferències són molt significatives ( $P < 0,001$ ) per la qual cosa no s'inclou aquesta informació a la taula. Els % s'han calculat dins de cada categoria respecte el total d'embarassos; <sup>o</sup> inclou solteria, separació, viduïtat i divorci; <sup>^</sup>altres inclou pensionista i informació que no ha pogut ser classificada. \* Al grup de  $\geq 35$  anys, la variable "nivell educatiu" presenta les categories estudiant i mestressa de casa agrupades perquè hi ha una casella amb 0 casos.

Les principals diferències per grups d'edat, a nivell univariant, respecte els factors que acabo d'apuntar pel conjunt de dones embarassades són: entre les dones més joves (<25 anys) els embarassos acaben en un avortament més probablement si la dona és espanyola i viu a Madrid o Catalunya. Les dones de 25-34 anys presenten els mateixos factors de risc a nivell univariant que el conjunt de dones, però tal i com li succeeix al grup de més grans de 34 anys, tenir estudis superiors és un factor protector i tenir almenys un fill anterior augmenta la probabilitat de resoldre l'embaràs en una IVE. També està associat a una IVE el fet de viure a Madrid, Múrcia o Catalunya. Pel que fa el grup de dones més grans, presenten un risc més elevat d'avortar si són d'origen estranger i si viuen a les Illes Balears o Catalunya. El risc augmenta si no són estudiants o mestresses de casa.

Quan construeixo els models multivariants ajustats per CCAA de residència, es confirma que l'impacte dels factors de risc a interrompre un embaràs varien segons el grup d'edat (Taula 14). La IVE està associada a la condició d'estudiant i és determinat el nivell educatiu en el grup més jove, una noia amb estudis secundaris té fins a 11,5 vegades més risc d'avortar que aquelles dones amb un nivell educatiu més baix (95% IC: 11,06-11,90), l'origen estranger en aquest grup d'edat és un factor de protecció. Quan la dona no conviu amb la parella té 4,18 vegades més risc d'avortar que les cohabitants (IC 95%: 4,03-4,34). Viure a ciutats mitjanes o grans també és un factor associat a l'avortament així com tenir fills anteriors, les dones amb 2 o més fills anteriors tenen 7,54 vegades més risc d'avortar (IC 95%: 6,98-8,13). En el grup de 25-34 anys els determinants de la decisió d'avortar són el país d'origen, la dona estrangera té fins 3,37 vegades més risc d'avortar, (IC 95%: 3,29-3,46), així com l'estatut d'estudiant i tenir estudis que superin la primària; els estudis superiors, en aquest tram d'edat, tot i suposar un risc a l'avortament, suposen un risc més baix que les noies que han assolit la secundària (OR=4,35; IC 95%: 4,23-4,48). Viure a una ciutat mitjana o gran està associat amb la decisió d'avortar davant d'un embaràs. Els dos factors més associats a l'avortament en aquest tram d'edat, són el fet de no conviure amb la parella (OR=5,77; 95% IC: 5,63-5,92) i tenir 2 o més fills (OR=9,81; 95% IC: 9,50-10,14). En les dones més grans (>35 anys) els factors associats a la decisió d'avortar són haver nascut a l'estranger, en ciutats grans i superar la primària, especialment les dones que han assolit la secundària tenen més risc (OR=3,56; 95% IC: 3,41-3,73), a partir d'aquest nivell, els estudis superiors, representen un risc més baix, però també superior a les menys instruïdes (OR=1,05; 95% IC: 1,00-1,11). No conviure amb parella suposa un risc a l'avortament, però l'associació d'aquest factor amb la decisió és menor que en els grups de dones més joves (OR=3,54; 95% IC: 3,40-

3,70). La paritat és una variable que es comporta com en els altres grups d'edat, perquè augmenta el risc quan la dona ja ha tingut un fill i de manera especialment important a partir del segon (OR=9,04; 95% IC: 8,61-9,49). La condició d'estudiant o mestressa de casa, en aquest grup d'edat, fa excepcionalment de protector a una IVE (OR=0,45; 95% IC: 0,42-0,47).

Taula 14. Determinants sociodemogràfics i reproductius de la decisió d'avortar segons el grup d'edat de la dona. Espanya, 2008. Models de regressió logística estratificats per edat (odds ratio ajustats i interval de confiança al 95%)†

Variables	>25 anys				25-34 anys				>34 anys			
	n/N	(%)	ORa	95% IC	N	(%)	ORa	95% IC	N	(%)	ORa	95% IC
<b>País de naixement</b>												
Espanya	61.300	(41,9)	ref		268.676	(9,5)	ref		121.793	(9,7)	ref	
Estranger	47.466	(36,0)	0,97	(0,93-1,00)	91.864	(28,1)	3,37	(3,29-3,46)	29.962	(28,2)	2,73	(2,63-2,84)
<b>Mida de la població de residència</b>												
10.000 o menys hab	16.996	(31,5)	ref		65.557	(9,0)	ref		25.027	(11,0)	ref	
10.001-50.000 hab	28.556	(34,7)	1,10	(1,04-1,16)	100.611	(11,6)	1,11	(1,07-1,16)	38.311	(12,4)	1,00	(0,95-1,06)
>50.000 hab	63.247	(42,9)	1,29	(1,23-1,36)	195.150	(17,0)	1,47	(1,42-1,52)	88.462	(14,2)	1,14	(1,08-1,20)
<b>Nivell educatiu</b>												
Primària o menys	62.330	(18,9)	ref		123.823	(9,9)	ref		41.565	(11,2)	ref	
Secundària	37.872	(73,8)	11,48	(11,06-11,90)	126.712	(23,9)	4,35	(4,23-4,48)	48.067	(24,0)	3,56	(3,41-3,73)
Superior	4.560	(72,3)	8,99	(8,30-9,73)	97.639	(8,8)	1,78	(1,72-1,85)	57.444	(7,1)	1,05	(1,00-1,11)
<b>Situació professional *</b>												
Altres	53.886	(45,5)	ref		253.406	(15,6)	ref		111.578	(14,3)	ref	
Estudiant	14.161	(73,7)	2,11	(2,00-2,22)	3.285	(32,9)	2,41	(2,21-2,63)	26.796	(9,4)	0,45	(0,42-0,47)
mestressa de casa	31.271	(11,0)	0,19	(0,18-0,20)	69.527	(7,4)	0,32	(0,31-0,33)				
<b>Cohabitació<sup>o</sup></b>												
Sí	56.995	(23,7)	ref		296.537	(9,9)	ref		130.135	(11,0)	ref	
No	52.839	(55,9)	4,18	(4,03-4,34)	65.896	(33,1)	5,77	(5,63-5,92)	22.125	(27,0)	3,54	(3,40-3,70)
<b>Núm. fills anteriors</b>												
0	81.861	(39,0)	ref		199.799	(9,8)	ref		50.691	(6,4)	ref	
1	22.856	(38,0)	2,75	(2,63-2,87)	122.595	(12,8)	1,72	(1,67-1,76)	67.206	(8,3)	1,58	(1,51-1,66)
2 o més	5.374	(50,6)	7,54	(6,98-8,13)	40.460	(40,4)	9,81	(9,50-10,14)	34.584	(33,6)	9,04	(8,61-9,49)

†Models ajustats per comunitat autònoma de residència. Els % s'han calculat dins de cada categoria respecte el total d'embarassos; <sup>o</sup> inclou solteria, separació, viduitat i divorci; ^altres inclou pensionista i informació que no ha pogut ser classificada. \* Al grup de >= 35 anys, la variable estudis es presenta agrupada perquè hi ha una casella amb 0 casos;

#### 4.4. RECAPITULANT: LA SITUACIÓ DE LA IVE A ESPANYA I LA POSICIÓ DE LES DONES D'ENTRE 25-34 ANYS

La incidència de l'avortament a Espanya ha augmentat en una dècada (1998-2008) i ha escalat posicions en el context europeu, situant-se en un nivell intermedi l'any 2008, amb 0,36 IVE per dona, per davant de països com Bèlgica, Itàlia o Alemanya i per darrera de França, el Regne Unit o Hongria. A Espanya, es consolida un patró jove a l'avortament, amb incidències importants en dones menors de 30 anys, i un augment especialment rellevant de la taxa en població adolescent en el període 1998-2008 (del 135,8%).

En aquesta dècada han augmentat, tant la incidència de la IVE mesurada a través de l'índex sintètic d'avortament com la proporció d'embarassos que acaben interrompent-se (en un 109,3% i un 41,9% respectivament) indicant, que en un context com el nostre amb alta prevalença anticonceptiva, on prop de 3 de cada 4 dones en edat fèrtil i actives sexualment es protegeixen, s'està fent un mal ús dels mètodes i es confirma l'avortament voluntari com un recurs davant d'un embaràs, per retardar, limitar o espaiar la maternitat.

Aquesta conducta general de l'avortament es pot apreciar a totes les edats, però la relació entre l'anticoncepció, la fecunditat, els naixements i la IVE varia d'un grup d'edat a un altre. El grup d'edats joves-adultes (25-34 anys) mostra un relació amb la maternitat diferent a la resta, perquè reflecteix, més enllà d'un mal ús de l'anticoncepció, el pes del retard de la maternitat.

A través de la descripció de la informació recollida la Registre d'IVE sobre les dones que avorten, he pogut comprovar que les característiques d'aquestes dones varien amb l'edat i que es confirma la confluència en els grups d'edat jove-adulta una més gran varietat de situacions a la maternitat, especialment històries reproductives que divergeixen, com dones que ja han tingut el primer fill i dones que no en tenen cap.

Com a variables explicatives del recurs a la IVE, no he pogut corroborar un dèficit anticonceptiu important i, així, la IVE esdevé complementària i no substituïda de l'anticoncepció. Caldrà, però, completar aquesta informació a partir del coneixement de les necessitats insatisfetes (vegeu Capítol 5) i de la pràctica anticonceptiva (vegeu Capítol 6).

Per altra banda, les taxes d'avortament segons el país d'origen han mostrat una intensitat més alta entre dones estrangeres (0,92 IVE per dona). La presència de dones d'origen estranger a l'Estat espanyol, amb diferents patrons reproductius, diferents pràctiques anticonceptives i diferent grau d'acceptació de la pràctica de la IVE que les dones espanyoles, és un dels factors que està afectant la intensitat de la IVE a Espanya (82,175,176).

Les dones d'origen estranger són un grup de població especialment vulnerable en relació a la SSR, el coneixement dels canals per accedir al sistema de salut, relacionat amb l'accés a la informació i a l'anticoncepció, podrien fer augmentar el risc d'una IVE en dones no espanyoles (82,90,173). Un estudi recent mostra com entre les dones residents a Espanya que accedien a una IVE, les dones d'origen estranger havien fet ús de l'anticoncepció prèviament a l'avortament amb menys freqüència que les espanyoles (51% i 74% respectivament) (111). L'origen és una variable que haurà de seguir-se explorant, però que sobrepassa l'objectiu d'aquesta tesi.

A l'Estat espanyol la IVE presenta diferències segons la CCAA pel que fa la intensitat. Catalunya mostra un dels índex sintètics d'avortament més alt (0,50 IVE per dona), per sobre de la mitjana espanyola, així com la proporció més alta d'embarassos que s'interrompen. També destaquen les taxes específiques es miri l'edat que es miri, especialment en dones menors de 35 anys. El patró per edats, tot i ser similar entre comunitats autònomes presenta especificitats regionals, particularment en les edats centrals i en dones de 35 anys o més on trobo la major variabilitat, que hauran de ser estudiades amb més profunditat en el marc d'una altra investigació.

L'impacte dels factors sociodemogràfics i reproductius en la decisió d'interrompre l'embaràs varien segons el grup d'edat i s'insinua el moment del curs de vida com a determinant en la decisió d'avortar. El factor reproductiu, tenir algun fill anterior, i l'absència d'una parella estable es revelen com determinants importants per decidir avortar, especialment en dones de 25 anys o més. Aquest resultat suggereix la importància que dona la dona a poder compartir el projecte parental i la responsabilitat de la cura d'un fill nascut. Per a les dones més joves un factor especialment associat a la decisió d'interrompre l'embaràs és el nivell educatiu i l'estatus d'estudiant que indica que la dona jove prioritza continuar els estudis. En aquesta etapa del curs de vida, que es prolonga fins més enllà dels 25 anys, l'avortament permet a la noia jove poder retardar l'entrada a la maternitat per assolir prèviament el nivell educatiu desitjat i així construir-se un futur professional.

Pel grup de dones de 25 anys o més haver nascut a l'estranger també s'associa amb la decisió d'avortar mentre que per a les dones més grans pren més importància l'activitat professional. El grup de 35 o més és l'únic en el que la categoria de "dones actives i altres" és un factor de risc, aquesta particularitat suggereix que la arribada d'un fill ha d'encaixar amb la situació professional de la dona.

Finalment l'estudi quantitatiu de la IVE apunta cap a possibles lògiques socials (vegeu Capítol 5) i individuals (vegeu Capítol 6) per explicar-ne l'augment. Els indicadors demogràfics mostren la realitat de la IVE a Espanya, però no parlen de què hi ha rere la decisió d'avortar i quines són les raons i motivacions que tenen les dones per fer-ho.



## **CAPÍTOL 5. LÒGIQUES SOCIALS DE LA INTERRUPCIÓ VOLUNTÀRIA DE L'EMBARÀS. ELS OBJECTIUS PÚBLICS**

En aquest capítol caracteritzo el sistema de SSR i estudio com es concreten els objectius públics dirigits a disminuir la IVE i a garantir la SSR de les persones a Espanya, des d'una perspectiva comparada, perquè comparo el cas espanyol, belga i francès

Per descriure el sistema de SSR i emmarcar la IVE en el context de cada país, he contemplat extensament 5 estratègies a través dels quals s'implementen els objectius públics que, com a part de les lògiques socials a la IVE, estant afectant el procés individual de la IVE: 1) la legislació sobre la IVE, 2) l'educació afectivosexual, 3) la cobertura anticonceptiva, 4) els serveis socio-sanitaris d'atenció a la SSR i 5) l'oferta específica de serveis a la IVE.

Finalment mostro dades d'incidència d'avortament i caracteritzo la situació de la IVE a Bèlgica i França per tal de poder concloure, a través de la comparació dels tres països, quina relació s'estableix entre els objectius públics dirigits a disminuir la IVE i la intensitat i característiques del fenomen.

### **5.1. LA IVE EN EL MARC DE LA SALUT I ELS DRETS SEXUALS I REPRODUCTIUS A ESPANYA**

Després de més de dues dècades des de la despenalització de la pràctica de l'avortament l'any 1985 i de la despenalització de l'anticoncepció el 1978 a Espanya, en aquest capítol em pregunto si 1) les mesures institucionals preses han facilitat l'accés a la IVE i si els objectius públics dirigits a fer disminuir l'avortament voluntari han tingut algun efecte sobre la intensitat i característiques de la IVE i el perfil de la dona 2) si les mesures han estat prou eficaces per prioritzar la prevenció en matèria de SSR i evitar situacions de risc que requereixen de mesures correctores, com és el cas de la IVE.

Tot i que en el transcurs de la redacció d'aquesta tesi doctoral hi ha hagut modificacions legislatives en matèria de SSR a Espanya, faig referència al marc legal espanyol vigent l'any 2008, així com descriu el context institucional d'aquell moment, per emmarcar les dades obtingudes sobre avortament al Capítol 4.

### **5.1.1. Actors i lluites pels drets sexuals i reproductius**

Des de finals del s.XIX i durant el s.XX van aparèixer a Espanya moviments que abordaven el tema de la reproducció i de l'anticoncepció obertament. Com tot moviment social naixien de la necessitat d'atendre reivindicacions socials i al mateix temps les influïen. Els anys 30 del s.XX, l'Anarquisme espanyol i la Liga Española para la Reforma Sexual sobre Bases Científicas, dos moviments que no compartien molts dels seus ideals, van coincidir amb la seva participació al debat i coneixements sobre temes sexuals i de reproducció. Els moviments de dones, d'altra banda, en aquell moment, no tractaven temes sexuals obertament.

Des del punt de vista institucional, la Segona República proclamada el 1931 va establir una legislació avançada pel que fa la condició de la dona (plantejava la llei del divorci, el dret a vot,...), oferint un escenari adient per parlar d'avortament. Mentre, l'Església, per la seva banda, amb el papa Pío XI, prohibia, clarament, l'avortament.

Un dels fets històrics més destacables a Espanya va ser el Decret de la Generalitat de Catalunya el 5 de desembre de 1936 impulsat pel moviment anarquista, pel qual es despenalitzava l'avortament per motius eugenèsics (pretenia evitar el naixement de fills no desitjats que poguessin ser abandonats) i de salut pública (evitar els avortaments clandestins i en condicions insegures i que les classes més pobres poguessin regular la seva natalitat). En conjunt, es tractava d'una reforma que volia evitar l'avortament clandestí i les seves conseqüències pel que fa a la morbimortalitat. Una experiència que s'evidenciava molt progressista, però que no es va poder implementar vertaderament degut a la curta vigència de les lleis. La importància de l'anarcosindicalisme a Catalunya no es va fer extensiu a la resta de l'Estat espanyol i, per tant, l'experiència catalana no va prosperar. Espanya era una societat molt catòlica, factor al que s'ha d'afegir l'ambivalència per part de partits polítics de dretes sobre la despenalització de la pràctica i que van resultar ser un obstacle a la legalització de l'avortament en aquell moment.

L'etapa franquista (1939-75) va suposar un retorcés en els avanços de les primeres dècades del s.XX i sobretot respecte el que hi va haver durant la Segona República en l'àmbit de la sexualitat, el control de la natalitat i la situació social de la dona. Es va atribuir el descens de la natalitat i l'anomenada "Decadència d'Espanya" als republicans, no es contemplava, en canvi, com a causa de la decadència les conseqüències de la guerra ni la crisi econòmica que aquesta va suposar, i per aquest motiu es va adoptar una política clarament pronatalista. Per aconseguir

aquesta finalitat es va promoure la identificació de la dona com a dona-mare i se la va relegar a la llar en detriment de promoure l'educació de la dona es va promoure la família patriarcal, tradicional, indissoluble, amb el pare com a autoritat moral en la línia promoguda per la Sección Femenina, institució creada el 1934 per les dones pertanyents a la Falange espanyola. S'incentivava la fecunditat marital mitjançant subsidis i es va prohibir l'avortament i l'anticoncepció.

La penalització de l'avortament es va produir el 1941, en el marc de la dictadura franquista, amb la introducció de la Llei de Protecció de la Natalitat de 24 de gener d'aquell any (articles 411 i 417) "per la protecció del no nascut, contra l'avortament i la propaganda anticonceptiva". Aquesta llei titllava d'interrupció de l'embaràs de greuge social i contra l'Estat. Tot i així, l'avortament i l'anticoncepció continuaven practicant-se i facilitant-se. La política pronatalista impulsada a l'època franquista no va tenir l'efecte esperat i no va ser fins a la posterior etapa de bonança econòmica, a mitjans 60, que s'aprecia una lleugera recuperació. En aquesta època l'Església catòlica continuava condemnant l'avortament obertament.

Els anys 60 van ser uns moments de mobilització feminista a tota Europa. Van confluïr diversos factors que van empènyer a la mobilització organitzada. El turisme avortiu, especialment al Regne Unit i Holanda per part de dones espanyoles, especialment important els anys 70, van ser uns dels arguments al·ludits per justificar la despenalització (177).

Com a dates clau del moviment feminista, el 1976 hi va haver una campanya estatal de les associacions feministes per exigir l'amnistia per les dones que havien avortat o que haguessin practicat avortaments. Un any més tard, el 1977 hi va haver una campanya del moviment feminista per la legalització de l'anticoncepció. El 1978 els grups feministes van criticar l'article 15 de la Constitució Espanyola de 1978 perquè creien que dificultaria el ple dret de l'avortament, l'argument "tots tenen dret a la vida i a la integritat física i moral" que concedia dret a la vida del no nascut. El 1978 es va despenalitzar la informació, prescripció i venda de l'anticoncepció. No va ser fins el 1979, amb el procés de Bilbao, en el que es jutjaven a 11 dones que havien avortat, que es va generar un debat social, incentivat pel moviment feminista, que posava l'avortament a l'agenda política. Concretament, va treure a la llum la problemàtica, la inseguretat del professional, les condicions en les que s'ha de dur a terme la pràctica l'avortament en la clandestinitat i marcava l'inici d'un període de gran activitat dins del moviment de dones i a un més gran debat en cercles polítics. En les eleccions municipals de

1979, en les plataformes reivindicatives del moviment feminista es van plantejar idees de defensa de l'avortament lliure i el desenvolupament dels drets i la SSR.

Dins del moviment feminista hi havia una consciència creixent que l'avortament no es podia desvincular d'altres temes, com la sexualitat. Per aquesta raó, el moviment feminista percebia el dret a l'avortament com innegociable. Refusaven concedir el dret de la dona a decidir en mans dels professionals sanitaris, d'una institució, d'un jutge i/o dels companys sentimentals així com restringir l'avortament a certes limitacions com l'edat de la dona.

A les jornades estatals pel dret a l'avortament de 1981, es va aprofundir en el discurs feminista del dret a l'avortament i un any més tard es van realitzar manifestacions per un avortament lliure i gratuït. El mateix any que la Coordinadora Estatal de Organitzacions Feministes elaborava un projecte de llei.

El Grup Socialista és un dels partits polítics que va lluitar durant 6 anys i mig per la despenalització de l'avortament. El 1977 van començar els primers intents per modificar el Codi Penal, quan el Partit Socialista y Comunista van presentar una proposició de llei en relació amb l'amnistia pels delictes d'avortament, adulteri... El Consell de Ministres va elaborar textos que l'any 1979 permetrien reduir les penes contra l'avortament. Novament el Partit Comunista va intentar introduir modificacions a la llei aprofitant l'avinentsa. El 1982, quan el partit socialista va guanyar les eleccions, la promesa de despenalització de l'avortament va prendre impuls. El febrer de 1983 el Consell de Ministres va aprovar un text per elaborar un nou article del Codi Penal, que seria l'article 417 bis. L'article original es mantenia però es modificava, incloent algunes clàusules per les quals algun avortament no seria punible. No va entrar en vigor degut a un recurs d'inconstitucionalitat de l'Alianza Popular (precedent del Partit Popular) que va ser acceptat pel Tribunal Constitucional. Les organitzacions pro dret a l'avortament, per la seva banda, també refusaven el projecte per limitador. El mateix any, el 1983, hi va haver manifestacions simultànies a tot l'Estat a favor del dret a l'avortament. El mateix any de la despenalització de l'avortament, l'any 1985, es van organitzar les Jornades Feministes Estatals per part de la Coordinadora en defensa de l'avortament lliure i gratuït. No va ser fins el 5 de juliol de 1985 que entra en vigor la Llei Orgànica 9/1985 de 5 de julio de reforma de l'article 417 bis que despenalitzava l'avortament en alguns supòsits i segons unes indicacions (vegeu apartat 5.1.2). Uns mesos més tard, el 1986, es va organitzar una campanya per part de la Coordinadora dels moviments feministes en la que es va fer públic que grups feministes estaven practicant avortaments en denúncia de la llei i les seves

limitacions. Des d'aquell moment, la Coordinadora de moviments feministes va defensar una llei basada en dos principis: la lliure elecció de la dona i la consideració de la pràctica de l'avortament com una pràctica mèdica prestada pels serveis de salut pública. Es criticava que la legalització parcial de l'avortament no reconeixia el dret de la dona a decidir i perpetuava la idea que la dona no és capaç de decidir sobre el seu cos. Per la seva banda, en els debats previs a l'aprovació, els grups de l'oposició manifestaven que la llei era restringida en els supòsits, però àmplia en les possibilitats d'execució, és a dir era una llei ambigua i permissiva.

Abans de complir-se un any de la despenalització de llei de 1985, considerada dèbil perquè els arguments justificaven un sistema de terminis i, en canvi, s'havia aprovat un sistema d'indicacions restringit que no incloïa el supòsit social, el Grup Parlamentari Mixt (agrupació de Diputats d'Izquierda Unida-Esquerra Catalana) va plantejar una proposta de llei per superar les limitacions, si bé aquesta no va prosperar. Cinc anys després de l'entrada en vigor de la llei encara es considerava desfasada pel mateixos grups parlamentaris que acabo de citar. I encara, en les següents legislatures, d'altres grups parlamentaris van proposar modificacions a la llei. El 1996, el Grup Socialista, argumentant a favor de la "indicació de necessitat", va destacar que hi havia nombroses situacions, no contemplades per la llei, generant situacions antidemocràtiques. El juny de 2000, el Grup Parlamentari Mixt va tornar a proposar una nova llei per garantir la protecció jurídica i mèdica de les dones que volien avortar i pels professionals que realitzessin l'avortament. Reconeixien que en 15 anys s'havia anat normalitzant la situació, però encara es produïen denúncies policials i judicials. Una inseguretat jurídica que porta a la violació de la intimitat i la llibertat de les dones, augmenta la inhibició i la objecció dels professionals. Una prova d'això i cas paradigmàtic va ser el judici, el 1990, realitzat a professionals de Pamplona per haver realitzat avortaments. Aquest fet va generar por entre els professionals i durant un cert temps ja no es van realitzar més avortaments al País Basc per por a la indefensió dels professionals. El Partit Socialista va proposar una nova llei per la qual cap dona pogués anar a la presó per decidir interrompre un embaràs. El Bloc Nacionalista Gallec i Izquierda Unida proposaven, cadascú per la seva banda, una llei més àmplia, basada en un sistema de terminis i d'assistència pública. En les eleccions generals del 2000, l'Església va promoure el vot dels partits contraris a l'avortament.

Les decisions del Govern des d'abans de l'entrada en vigor de la llei de 1985 i encara el 2008, es basen en la idea que determinats sectors de la societat espanyola no estan preparats per acceptar una despenalització més àmplia o que

eviti la criminalització i fer-ho agreujaria les relacions amb els sectors conservadors. Des de l'estranger, aquesta actitud ha estat titllada pròpia d'un tarannà espanyol per qui la moderació es imposada en nom d'un hipotètic consens polític i social.

Des de l'aprovació de la Llei de 1985 es preveia una reforma que incorporés el quart supòsit: el supòsit social. Amb la reforma del Codi Penal, el 1992 es va voler introduir aquesta reforma i, a més a més, permetre l'avortament a la demanda de la dona en les primeres setmanes de gestació, però no es va aconseguir. Com tampoc es va aconseguir que la reforma del Codi Penal de 1995 incorporés modificacions o una normativa especial sobre avortament (vegeu apartat 5.1.2)

En aquest context, l'any 2000 a les jornades feministes estatals es van realitzar noves propostes de canvi pel dret a l'avortament.

Davant l'estancament en la matèria, el 2004 el partit socialista va proposar una llei de terminis dins del seu programa electoral, però no seria fins el 2007 que recuperaria aquesta proposta.

Més de 20 anys després de la despenalització de la pràctica de la IVE, el 2007 perdurava el mutisme polític sobre el tema de l'avortament davant de les limitacions i injustícies que es produïen degut a l'ambigüitat del Codi Penal vigent en aquell moment. La queixa del col·lectiu de professionals que n'havia assumit la pràctica des de la seva despenalització, davant de la renúncia dels professionals de la sanitat pública a normalitzar una prestació reconeguda pel Sistema Nacional de Salut, la majoria d'ells agrupats dins l'Associació de Clínicas Acreditades per la interrupció Voluntària de l'Embaràs (ACAI), no deixava de fer evident la manca de metges que practiquessin avortaments, que no hi havia hagut relleu generacional i que a més a més de fer-se càrrec i tenir la responsabilitat de la pràctica, els professionals que treballaven a les clíniques acreditades privades estaven assumint, també, les denúncies i persecucions, en definitiva la criminalització.

Arrel del procés obert a clíniques de Barcelona i de Madrid per uns suposats avortaments il·legals, l'avortament va tornar a ser objecte de debat al Congrés el 18 de desembre 2007. A conseqüència d'una moció d'una diputada d'IU-ICV per ampliar la despenalització de l'avortament, el PSOE va proposar una reflexió sobre la llei de 1985, si bé no va optar per cap via concreta per modificar una llei o una ampliació de la mateixa que, d'altra banda, considerava que fallava (178). La moció pretenia millorar els drets de les dones, però també garantir l'avortament a la

sanitat pública i regular l'objecció de consciència dels professionals sanitaris, millorar el finançament i la informació dels anticonceptius; així mateix també demanava que s'introduïssin continguts sobre sexualitat al sistema educatiu. Tot i el reconeixement per part del PSOE que compartia el fons de la moció, instava a una reflexió juntament amb les forces polítiques i socials prèvia a una modificació de la llei. Durant unes setmanes es va instaurar la polèmica en l'àmbit social i polític perquè s'acusava al president del govern d'insinuar que havia declarat les intencions d'incloure la reforma de llei de l'avortament en la pròxima legislatura. Aquesta moderació es va deure, com el mateix PSOE va confirmar, a trobar-se en un moment delicat de finals de legislatura. CIU i PP s'oposaven fermament a una reforma.

Amb el debat sobre la taula i arrel de les detencions que hi va haver a les clíniques privades que realitzaven avortaments el 2007, es van plantejar els aspectes més destacats en aquell moment com a limitacions i insuficiències de la llei per part de moviments de defensa dels drets de les dones. Els punts més rellevants que resumien aquestes deficiències de la llei, declarats per agrupacions de dones com la Xarxa de Dones per la Salut o la Coordinadora Estatal d'Organitzacions Feministes entre d'altres, eren:

- Les limitacions que suposen els 3 requisits establerts per la llei
- Les dificultats afegides que suposa que aquesta prestació no s'ofereixi des de la sanitat pública.
- La manca de voluntat política per millorar una situació estancada i ambigua.
- La permissivitat davant de l'objecció de consciència de grups de professionals. L'objecció s'ha convertit en una actuació col·lectiva que impedeix la lliure actuació individual del professional.
- La poca defensa i seguretat de les dones i dels professionals per part del govern.

Fruit de totes aquelles lluites i la pressió dels diversos actors a adaptar la legislació al context social del moment i aproximar-nos a les tendències predominants als països veïns europeus, la reforma de llei que proposava el Govern socialista es va acabar concretant i l'any 2010, s'aprova la Llei Orgànica d'Interrupció Voluntària de l'Embaràs i Salut Sexual i Reproductiva 2/2010, de 3 de març (vegeu apartat 5.1.2).

Després de més de dos anys d'implementació d'aquesta llei, però, el Ministerio de Justicia del Govern del Partit Popular n'està elaborant una nova reforma, en el moment de redacció de la tesi (179).

### **5.1.2. El marc legislatiu de la IVE**

Les dades d'avortament que presento al Capítol 4 s'emmarquen en la legislació anterior a 2010, raó per la qual, en aquest apartat, faig referència a la Llei Orgànica 9/1985 (180) .

El marc legal que regulava l'avortament el 2008 es basa en una regla de màxima prohibició, llei penal amb sancions penals. Tal i com ja he dit més amunt, l'excepció a aquesta regla s'introdueix a la legislació a través del article 417 bis l'any 1985 i, així, la interrupció de l'embaràs a Espanya està penalitzada com a delictes excepte en 3 supòsits i determinades condicions.

1. No serà punible l'avortament practicat per un metge, o sota la seva direcció, en un centre sanitari, públic o privat, acreditat i amb el consentiment de la dona embarassada, quan es produeixin algunes de les circumstàncies següents:

1.<sup>a</sup> Que sigui necessari per evitar un greu perill per la vida o la salut física o psíquica de l'embarassada i així consti en un dictamen emès amb anterioritat a la intervenció per un metge de l'especialitat corresponent, diferent a aquell per qui o sota la direcció del qual es practiqui l'avortament (indicació terapèutica)

En cas d'urgència pel risc vital per la gestant, podrà prescindir-se del dictamen i del consentiment exprés.

2.<sup>a</sup> Que l'embaràs sigui conseqüència d'un fet constitutiu de delictes de violació (article 429), sempre que l'avortament es practiqui en les 12 primeres setmanes de gestació i que el fet mencionat hagi estat denunciat (indicació ètica)

3.<sup>a</sup> Que es presumeixi que el fetus haurà de néixer amb greus tares físiques o psíquiques, sempre que l'avortament en practiqui en les 22 primeres setmanes de gestació i que el dictamen, expressat amb anterioritat a la pràctica de l'avortament, sigui emès per dos especialistes de centre sanitari, públic o privat, acreditat a l'efecte i diferent d'aquell per qui o sota la direcció del qual es practiqui l'avortament (indicació eugenèsica).

La dona, acollida en aquest tercer supòsit, queda exempta de responsabilitat criminal encara que la interrupció no s'hagi realitzat en un centre que compleixi les



característiques ni sigui acreditat o no s'hagin emès els dictàmens preceptius per l'avortament terapèutic, sempre i quan el supòsit que fonamenta la indicació i la IVE es realitzi per un facultatiu.

Dos dels supòsits incorporen un termini de gestació, 12 setmanes en cas de violació i 22 setmanes en cas de malformació fetal, mentre que el primer dels supòsits, risc per la salut física o psíquica de la mare, no estableix cap referència temporal. Legalment, la IVE per risc de salut de la mare és possible en qualsevol moment de la gestació. Tenint en compte aquest buit de la legislació espanyola, es recorre al concepte de "viabilitat fetal" per establir límits temporals a la IVE en el primer supòsit; un concepte, d'altra banda, canviant en funció dels avenços mèdics i tecnològics i, per tant, un concepte polèmic.

En base a aquest sistema de criteris, la licitud de l'avortament queda supeditada a la intervenció de terceres persones. La voluntat de la dona és un requisit necessari però no suficient, fet que demostra que el marge de llibertat de decisió és limitat.

Amb tot, l'article 417 bis dóna resposta a un problema social important, el *curanderisme assassí*, avortaments realitzats en condicions insegures, i la necessitat que una dona es traslladés a d'altres països on la legislació fos menys restrictiva.

Tal i com exigeix la Llei, una condició indispensable, perquè l'avortament no sigui punible, és que la intervenció es dugui a terme en un centre sanitari, públic o privat, autoritzat per realitzar aquest tipus d'intervencions.

El raonament que fa el legislador per considerar constitucional la despenalització de l'avortament en els supòsits d'indicacions, és que existeixen situacions singulars o excepcionals que si fossin castigades penalment, per incompliment de la llei, resultaria inadequat per les lleis humanes.

El 2008, es mantenia vigent l'article 417 bis de la Llei Orgànica 9/1985. Aquest article no es va arribar a incorporar al Codi Penal de 1995 ni tampoc es va substituir per cap altre precepte, simplement quedava vigent com un cos estrany, generant una situació que no era convenient, ni des de la perspectiva de la seguretat jurídica dels professionals o de les dones que avorten, ni des de la perspectiva de la coherència que s'hauria d'exigir a qualsevol ordenament jurídic. Així mateix, la renúncia a introduir el supòsit social dins del Codi Penal de 1995 suposa que es continuï condemnant el delictes d'avortament fora de les indicacions – sense el consentiment de la dona i per imprudència– originant incoherències

internes en el model penal de protecció de la vida intrauterina i perpetuant els defectes d'un sistema despenalitzador que s'ha mostrat ineficaç per contenir l'increment del nombre d'IVE que es practiquen a Espanya.

La regulació de l'avortament l'any 1985 va anar acompanyada d'una estricta reglamentació administrativa. La sentència del Tribunal Constitucional 53/1985, d'11 d'abril, exigeix la comprovació del supòsit de fet en els casos de l'avortament terapèutic i eugenèsic que pràcticament deixa en mans d'una comissió tècnica els casos inclosos en aquesta indicació eugenèsica o terapèutica. Així mateix, exigeix que l'avortament es realitzi en centres sanitaris públics o privats autoritzats a l'efecte o mitjançant una altra solució similar dins del marc constitucional. Concretament, la sentència recorda «el deber del Estado de garantizar que la realización del aborto se llevará a cabo dentro de los límites previstos por el legislador y en las condiciones médicas adecuadas para la salvaguardia del derecho a la vida y a la salud de la mujer». Davant d'aquesta situació, el Govern promulga un Reial Decret sobre centres acreditats y dictàmens preceptius per la pràctica legal de la IVE en els que es facilitin els tràmits burocràtics, es prescindeixi de les comissions i sobretot es diferenciï entre avortaments que no impliquin risc (181).

En el marc més ampli de la salut pública, la Llei General de la Salut de 1986 estableix els termes generals necessaris per fer efectiu el dret a la protecció de la salut reconeguts en l'article 43 i concordants amb la Constitució. Tal i com es defineix a l'article 2 "son titulares del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria todos los españoles y los ciudadanos extranjeros que tengan establecida su residencia en el territorio nacional". Al mateix temps, la Llei garanteix que l'accés a l'assistència sanitària pública es realitzi en condicions d'igualtat efectiva per a tota la població espanyola i assenyala que la política de salut estarà orientada a la superació dels desequilibris territorials i socials. Encara més, a l'article 12 s'assenyala que "los poderes públicos orientarán sus políticas de gasto sanitario en orden a corregir desigualdades sanitarias y garantizar la igualdad de acceso a los Servicios Sanitarios Públicos en todo el territorio español, según lo dispuesto en los artículos 9.2 y 158.1 de la Constitución", aspectes que no deixen dubtes sobre la importància que la Llei concedeix a l'equitat a l'accés a les prestacions que han de ser iguals per tots els ciutadans i ciutadanes (182).

Al mateix temps, la Llei General de la Salut també reconeix a l'article 10 el dret de totes les persones a rebre informació sobre els serveis sanitaris als que poden accedir i sobre els requisits necessaris pel seu ús, fent referència, per tant, a la obligació dels poders públics de fer efectiu aquest dret a la informació.

Pel que fa els continguts de les actuacions sanitàries, la Llei General de la Salut assenyala que el Sistema Nacional de Salut ha d'integrar totes les funcions i prestacions sanitàries que d'acord amb allò previst a la Llei, són de responsabilitat dels poder públics pel degut acompliment del dret a la protecció de la salut. En aquesta línia, encara que la Llei només fa referència explícita a "los programas de orientación en el campo de la planificación familiar y la prestación de los servicios correspondientes", és evident que garantir la protecció de la salut requereix que totes les dones puguin accedir a la interrupció de l'embaràs en aquells casos en els que ho permeti la Llei.

Tot i el marc legal sobre l'avortament que regeix l'Estat espanyol i el reconeixement, per part de la Llei General de la Salut de 1986, del dret a la protecció de la salut i a la garantia d'accés a l'assistència sanitària pública, en condicions d'equitat i efectiva per tota la població espanyola, a la pràctica hi ha desigualtats en l'accés als serveis al territori espanyol (vegeu apartat 5.1.3).

D'altres normatives que afecten a la pràctica de l'avortament el 2008 són les que fan referència a l'autonomia del pacient i consideren el menor com a subjecte de dret. La Llei bàsica reguladora de la autonomia del pacient i de drets i obligacions en matèria d'informació i documentació clínica que entra en vigor el 2002 contempla el menor d'edat com a subjecte de dret, autònom pel que fa a temes de salut. El Codi Penal pressuposa legalment l'autodeterminació sexual a partir dels 13 anys, edat a la que es reconeix la capacitat del menor a establir relacions sexuals. Del que es dedueix la seva capacitat per adoptar mesures anticonceptives. En canvi, però, a la pràctica necessita el consentiment del progenitor o tutor perquè se li pugui prescriure o dispensar algun mètode anticonceptiu. Els límits del consentiment informat fan referència no al menor d'edat sinó a la no capacitat intel·lectual i emocional d'entendre, només llavors es requereix del consentiment del representant legal, tal i com expressa l'article 162 del Codi Civil que dóna la potestat del menor als progenitors. La Constitució espanyola vincula la protecció dels drets d'un fill als diversos acords internacionals. Així, el Conveni Europeu de 1997 sobre Drets Humans i Biomedicina, en vigor a Espanya des del 2000, exposa que s'ha de tenir en compte l'opinió del menor i que dependrà de la seva edat i el grau de maduresa que això es faci en major o menor mesura. Anant una mica més enllà, La Carta Europea dels Drets del Nen de 1992 i La Llei Orgànica de protecció del menor de 1996, fan referència al dret del menor a buscar, rebre i utilitzar informació pel seu desenvolupament.

*a) Un apunt sobre la Llei Orgànica que entra en vigor el 2010*

El 3 de març de 2010 es va aprovar la Llei Orgànica 2/2010 de SSR i IVE (183). Aquesta llei es va proposar el 2007 des del Ministerio de Igualdad del Govern socialista amb la voluntat principal de fer disminuir el nombre d'embarassos no desitjats. Situa als 16 anys la majoria d'edat per decidir interrompre l'embaràs i el liberalitza fins a la setmana 14 (sempre hi quan tres dies abans de la intervenció s'hagi informat a la dona dels seus drets i ajudes disponibles) i que s'autoritzi, de manera excepcional, fins a la setmana 22 en cas de risc per la salut de la mare o greus anomalies del fetus (en ambdós casos ha d'existir un dictamen d'un comitè clínic, dos especialistes diferents dels que practican la interrupció).

Amb la llei de 2010, la intervenció està garantida dins de la cartera de serveis del Sistema Nacional de Salut. L'Estat ha de vetllar pel compliment efectiu d'aquest requisit a través de l'Alta d'Inspecció Sanitària.

Aquesta nova situació de 2010, equipara la llei espanyola a la d'altres països de l'àmbit europeu. A més a més, la reglamentació ofereix una seguretat jurídica tant a les dones que volen avortar com als professionals que practiquen l'avortament.

En relació a les menors d'edat, les noies entre 16 i 18 anys poden interrompre l'embaràs, prèvia obligatorietat d'informar almenys a un dels seus pares, tutors legals o ostentadors de la seva pàtria potestat. L'excepció es produeix quan la transmissió d'aquesta informació posa en perill a la menor. Falta clarificació sobre la manera com s'ha de transmetre aquesta informació per part de la menor ni com es resoldran els casos en que les joves manifestin que poden tenir problemes al comunicar-ho als adults.

Després de més d'un any des de l'entrada en vigor de la llei de 3 de març de 2010 la realitat evidencia la distància entre el text legal i el grau d'aplicació de la normativa per part del Govern Central i de les CCAA i algunes limitacions del text (184,185).

### **5.1.3. Els serveis i l'atenció a la salut sexual i reproductiva**

L'Estat, a través del Sistema Nacional de Salut, s'erigeix com a garant de les prestacions sanitàries, però són les conselleries de sanitat i els serveis regionals de

salut, dependents de les CCAA, els que han assumit les competències, funcions i el finançament corresponent.

Tot i que els avortaments són reglamentats per una legislació estatal, cada CCAA concreta la normativa a través de Decrets i elaborant els seus propis plans de salut. Cada CCAA defineix la seva estratègia pel que fa a la SSR, l'organització dels serveis sanitaris, el finançament de les IVE, així com la informació sobre mètodes anticonceptius i de PF. No existeix una política sobre SSR comuna a tot l'Estat espanyol i això genera desigualtats territorials importants.

*a) Prevenció d'embarassos no desitjats*

A Espanya l'any 2008 no hi havia una política clara, unitària i integral de prevenció d'embarassos, entesa com la combinació d'una estratègia d'educació afectivosexual, d'informació i de prestació de mètodes anticonceptius i de PF (haurem d'esperar fins a la introducció de la Llei Orgànica de SSR i IVE 2/2010 de 3 de març).

L'educació afectiva i sexual

L'educació sexual no és d'obligat compliment dins del currículum escolar a l'Estat espanyol. No existeixen uns estàndards mínims en educació sexual. El govern central i les autonomies tenen la potestat de definir la política en aquest sentit. La perspectiva que es dóna a l'educació sexual varia entre centres educatius i dins de cada centre, en funció de qui l'imparteix.

L'educació sexual es va incloure en els programes educatius de les escoles el 1970, tot i no ser obligatòria. El 1981, el govern proposava tractar alguns temes sexuals a l'escola, però la Llei Orgànica del Dret a l'Educació de 1985 encara concedia llibertat als professors i autonomia als centres per decidir si introduir-la o no. A partir de la dècada dels 90 es va produir una nova orientació pel que fa la salut i l'educació de la salut des del sistema educatiu i des del sistema sanitari fruit, en part, de la preocupació per l'epidèmia del VIH/Sida de finals dels 80. Si bé la Llei Orgànica General del Sistema Educatiu de 1990 (186) contemplava la introducció de l'educació sexual dins del currículum escolar, va tenir un èxit desigual en la seva implementació. Generalment es tractava poc a consciència i impartida per professionals poc motivats que la donaven per a complerta havent presentat unes nocions molt superficials de la temàtica sexual. La posterior retirada de la Llei Orgànica General del Sistema Educatiu per part del govern del PP, no va millorar la situació, tot al contrari. La Llei Orgànica de Qualitat de l'Ensenyament (187) va

suposar un retrocés al promoure exclusivament una visió de la sexualitat centrada en la reproducció. L'educació per la Salut, dins de la qual s'inclouria l'educació afectivosexual, no s'abordava com a tema transversal a l'escola, sinó dins d'assignatures com la biologia i les ciències naturals, exceptuant iniciatives minoritàries i voluntaristes d'algun professor que, recolzat per la institució, encarregava la tasca d'incidir en algun aspecte focal mitjançant algun taller específic d'un nombre limitat d'hores (normalment contractat a professionals externs al centre, professionals sanitaris, d'ajuntaments, d'ONG) i així tractaven de suplir les mancances dels professors de l'escola o de l'institut (188). El 2006 es va aprovar la Llei Orgànica d'Educació (189) amb la qual desapareixia dels textos qualsevol referència a l'educació afectivosexual. Aquest buit no el cobreix l'assignatura, aprovada i vigent el 2008, d'Educació en Ciutadania (que a partir del 2012 és eliminada del currículum escolar pel Govern PP), dins de la qual l'educació sexual hi podria tenir cabuda i, en canvi, és percebuda com un calaix de sastre. La sexualitat torna a ser debat a les escoles, però els professors encara no estan formats per impartir els coneixements pertinents.

A Espanya hi ha una manca d'educació per a la salut, però també una falta de formació específica al respecte, d'habilitats i de recursos educatius i pedagògics que impossibiliten que els professors puguin abordar la temàtica còmodament. L'educació afectivosexual té poc valor quantitatiu dins dels plans d'estudi i també té mancances qualitatives. Predomina encara una aproximació molt informativa i poc formativa i tracta sobretot els aspectes anatòmics i biològics. Professionals de l'educació per a la salut entrevistats en un estudi qualitatiu, realitzat per l'Observatorio de Salud de la Mujer l'any 2005, reconeixien que un dels problemes més seriosos dels plans d'estudi era que oblidaven l'aspecte emocional i vivencial de la salut i també de l'educació (38). Per reorientar els continguts i objectius de l'educació per a la salut, per tal d'educar als joves a què puguin construir la seva individualitat en llibertat i evitar conductes de risc els mateixos professionals proposaven:

- a) Abordar la sexualitat de forma integral i no reduint-la al coit.
- b) L'educació ha d'incloure aspectes emocionals i sentimentals
- c) Promoure una perspectiva de gènere per potenciar la igualtat entre els dos membres d'una parella heterosexual.
- d) Avançar l'edat d'inici de l'educació en salut, amb la lògica adequació temàtica i de continguts per tal d'ajudar a desenvolupar coneixements,

actituds i conductes responsables (en aquell moment l'educació sexual es començava oficialment als 14 o 15 anys)

Aquestes mancances a nivell institucional que, segons aquests professionals, no estaven essent compensades per l'educació rebuda dins del marc tradicional de la família, que ells mateixos valoraven com poc activa pel que fa l'educació sexual dels seus fills, no és en detriment d'un increment d'altres fonts informals d'informació sobre la sexualitat, especialment els mitjans de comunicació i el grup d'iguals. Finalment, el grup d'iguals és la font d'informació més important, percentualment, en la que coincideixen diversos estudis qualitius i quantitius consultats per elaborar l'informe sobre la situació de la IVE a Espanya publicat pel Ministerio de Sanidad y Consumo l'any 2007 (37).

L'aleatorietat en l'educació per a la salut dins del currículum escolar a cada centre educatiu confereix una desigualtat regional.

Els metges i, en general, els professionals sanitaris han estat els principals promotors de les polítiques relatives a la sexualitat, la PF i l'educació per la salut del propi sistema educatiu espanyol. Aquest fet ha concedit algunes particularitats a l'educació traduint-se, per exemple, en una educació orientada a les conductes de risc i menys a l'afectivitat o aspectes positius de la sexualitat.

Paral·lelament, i reforçant una tendència a la infravaloració de l'educació en salut afectiva i sexual, des dels anys 90 han disminuït les campanyes informatives i preventives sobre VIH/Sida iniciades amb la preocupació social que va causar l'inici de l'epidèmia a finals 80 a Europa. La primera campanya duta a terme, l'any 1991, a nivell Estatal sobre l'ús del preservatiu "Póntelo, pónselo" va tenir un gran impacte social i mediàtic, però no se n'ha tornat a fer cap altra a escala nacional amb aquell impacte. Posteriorment, ja no s'ha tornat a fer tanta incidència, des de l'àmbit institucional, en la prevenció i les conductes segures, en un moment de canvis generacional i conductual.

Amb l'arribada del PP al Govern, el 1996, es va accelerar un desinterès, ja no tan sols en l'educació i la informació sinó pel que fa als recursos general de la PF. D'altra banda, va ser durant la seva legislatura que es va començar a dispensar l'AU en algunes CCAA.

Amb la Llei Orgànica 2/2010 de 3 de març l'educació continua no sent obligatòria en els currículums escolars si bé "los poderes públicos garantizarán la información y la educación afectivo sexual y reproductiva en los contenidos formales del sistema

educativo..." i "apoyarán a la comunidad educativa en la realización de actividades formativas relacionadas con la educación sexual, la prevención de infecciones de transmisión sexual y embarazos no planificados" (art. 5, Capítol I i art. 10, Capítol III respectivament).

#### Cobertura anticonceptiva

No és fins el 1978 que va deixar de considerar-se delictes a l'Estat espanyol, vendre, prescriure, divulgar i oferir qualsevol mètode que evités un embaràs a través del Reial Decret 2275/78, de 7 d'octubre. En aquell moment Espanya era l'únic país europeu on l'anticoncepció era il·legal.

L'esterilització com a dret individual no es va despenalitzar, fins 5 anys més tard, el 1983. Fins llavors, l'esterilització havia tingut una finalitat eugenèsica.

La prescripció i seguiment dels mètodes anticonceptius va ser assignada, el 1995, a l'Atenció Primària segons un reial decret, mentre que és l'Atenció Especialitzada la que fa la indicació i el seguiment de la planificació familiar en un sentit més ampli, de l'esterilització (vasectomia i lligadura de trompes), així com de les interrupcions voluntàries de l'embaràs. D'altra banda, i com es comentarà en el següent apartat sobre organització dels serveis socio-sanitaris, cadascuna de les CCAA té autonomia per elaborar decrets i/o plans de salut introduint especificitats que concreten un mapa diversificat pel que fa l'accessibilitat a l'anticoncepció. Existeix una diferència regional important deguda a aquesta diversitat en l'estructura assistencial de cada CCAA i a la diversitat de polítiques de finançament. Les desigualtats, també, es donen a cada CCAA, a nivell provincial i fins i tot municipal degut a situacions conjunturals.

Tot i que, a nivell estatal, l'anticoncepció està contemplada dins dels programes de salut, l'any 2008 mancava una legislació que contemplés la prevenció dels embarassos i les ITS de manera integral.

A la pràctica, fins i tot l'accessibilitat als mètodes anticonceptius és limitada per tres factors principals, generalitzables en major o menor mesura a tota Espanya (190):

- 1) Econòmic. Tot i que la cartera de serveis del Sistema Nacional de Salut inclou l'assistència en tots els mètodes i aquests es troben en el conjunt mínim necessari per un sistema bàsic d'atenció a la salut declarat per l'Organització Mundial de la Salut, el Sistema Nacional de Salut no finança cap anticonceptiu de tercera generació, dificultant-ne l'accés a població amb



menys recursos econòmics. El Sistema Nacional de Salut tan sols finança alguns anticonceptius que usen un nombre reduït de persones, com el DIU.

- 2) Temps d'espera. La prescripció està incorporada a l'atenció primària, però no tots els facultatius la realitzen. La pressió assistencial, la motivació personal i la formació dels professionals fan que, a vegades, es derivin aquestes demandes a unitats assistencials de recolzament. Aquesta derivació prolonga encara més el temps d'espera.
- 3) Objecció de consciència. Algun professional no prescriu mètodes anticonceptius per raons ètiques. Això succeeix especialment amb l'AU, però també, en algun cas, amb altres mètodes anticonceptius.

El preservatiu no està finançat pel sistema sanitari públic, només es facilita gratuïtament a través de programes a poblacions específiques (joves, homes que tenen sexe amb homes, ...).

Les particularitats de l'anticoncepció postcoital o AU, com a mètode que evita la fecundació un cop hi ha hagut una relació sexual de risc, així com pels obstacles específics que presenta dins del sistema de salut, requereix d'una menció especial en les properes línies.

No va ser fins el 23 de març de 2001, quan el Ministerio de Sanidad y Consumo va autoritzar la seva comercialització a l'Estat espanyol en centres sanitaris ( i el 2009 va començar a ser dispensada lliurement en farmàcies equiparant-se a d'altres països europeus).

La AU presenta obstacles d'accés específics i/o més accentuats que els mètodes anticonceptius (191):

- 1) Hi ha més objecció de consciència per part d'alguns professionals.
- 2) Fins a l'entrada en vigor de la norma que permet la dispensació en farmàcies (2009) existeixen obstacles relacionats amb l'organització dels serveis que la dispensen: la limitació dels horaris d'alguns serveis sanitaris de caràcter ambulatori que dispensen l'AU obliguen a la dona a recórrer a serveis d'urgència; el perjudici o la manca de confidencialitat d'alguns serveis, la manca de recursos específics dirigits a gent jove i altres poblacions socialment vulnerables, així com pocs serveis que dispensen l'anticoncepció postcoital en àrees rurals poden dificultar-ne l'accés

Un estudi comparatiu per CCAA elaborat per la Federació de Planificació Familiar Estatal abans de l'entrada en vigor de la norma que permet la dispensació de l'AU en farmàcies (191), mostrava un mapa de prestació desigual, en relació a les condicions d'accés al servei de dispensació, l'atenció per part dels professionals i la dispensació gratuïta. El 2008, el finançament de l'AU no es produïa a tot l'Estat espanyol, només 10 CCAA la dispensen gratuïtament al sistema públic: Andalusia, Aragó, Astúries, Cantabria, Castella-Lleó, Navarra, Catalunya, Extremadura, Galícia.

L'any 2008 no existien dades generals sobre l'ús de l'AU a l'Estat Espanyol, però s'havien realitzat alguns estudis que n'estimaven l'ús<sup>16</sup>. Abans de l'entrada en vigor de la norma que permet la dispensació en farmàcies el 2009, el predomini de les usuàries menors de 30 anys semblava confirmar-se en diversos estudis per CCAA (191). En el grup d'edat jove el 28% referien haver usat el mètode alguna vegada. El 19,8% de les usuàries de l'AU l'havien usat anteriorment i tres quartes parts d'aquestes l'havien utilitzat només un altra vegada. La raó principal citada per haver de recórrer a la AU va ser el trencament del preservatiu (68,7%), seguida de l'errada en qualsevol mètode anticonceptiu (15,4%) (192)<sup>17</sup>.

Tot i la dificultat de comptabilitzar el número de dispensacions de AU, l'International Marketing Studies elabora un informe sobre la distribució de l'AU en farmàcies i hospitals per CCAA a l'Estat espanyol, a partir del qual es pot fer una estimació de les taxes d'ús; si bé les taxes d'han de prendre amb precaució perquè hi ha d'altres fonts de dispensació són indicatives de l'evolució des del 2001 al conjunt de l'Estat espanyol (passant de 160.200 unitats el 2001 a 484.400 el 2004). Fins a 2004, s'evidenciava també una gran variabilitat en l'ús per CCAA (Catalunya i Madrid presentaven el percentatge d'ús més alts, el 16,6% i 16,0% respectivament i a Ceuta i Melilla, Cantàbria, La Rioja i Navarra no superaven el 1,0% d'ús el 2004) (37). L'informe del Ministerio de Sanidad y Consumo de 2007 conclou que aquestes diferències es devien a factors relacionats amb l'organització del sistema de SSR de cada CCAA (existència de programes de SSR per joves, accessibilitat a la informació i a l'educació,...), així com a les diverses conductes sexuals i preventives dels més joves a cada regió (37)<sup>18</sup>.

---

<sup>16</sup> Posteriorment, el 2011 es du a terme un enquesta d'àmbit nacional que permet conèixer les característiques sociodemogràfiques de les usàries, conductuals, de coneixements sobre la AU i l'accés al mètode a Espanya un cop entrada en vigor la norma que permet la dispensació de la AU en farmàcies. L'enquesta va ser realitzada a 6.200 dones de 14-50 anys. Disponible a: <http://www.sec.es/prensa/noticias/2011.10.04.php>

<sup>17</sup> L'enquesta nacional sobre AU descriu el perfil de la dona que accedeix a la AU (193)

<sup>18</sup> S'estima que les ventes d'AU han augmentat des de que s'autoritza la venda en farmàcies l'any 2009 (194).

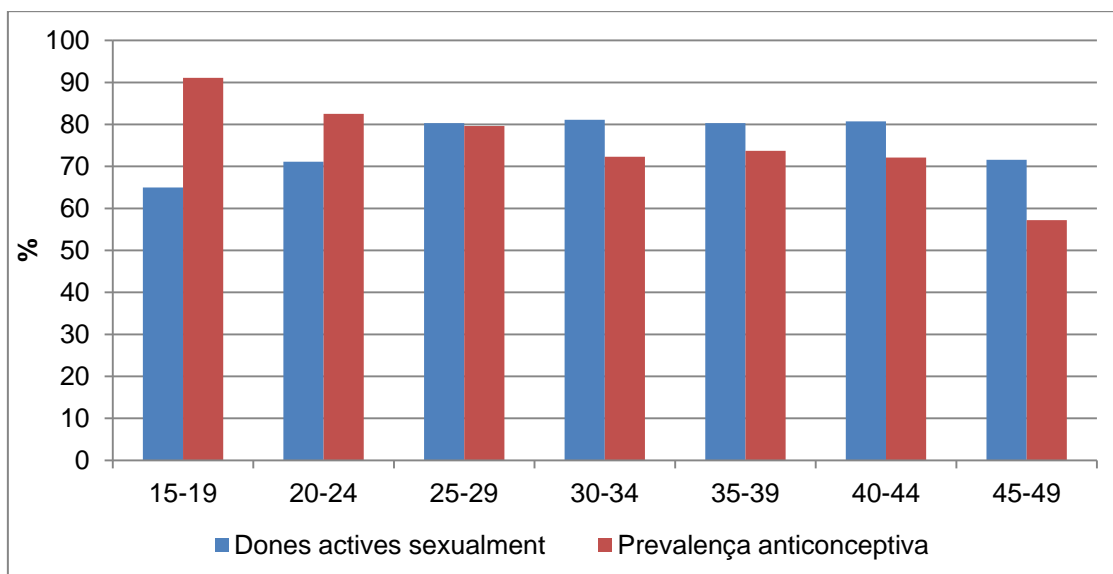
No es disposa d'informació sobre l'ús de l'AU segons el país d'origen de la dona, però els professionals sanitaris que la dispensen declaraven, a l'estudi quantitatiu publicat per l'Observatorio de Salud de la Mujer de 2005, que les dones immigrants són una minoria de les usuàries d'AU, d'entre les que hi accedeixen per circuits normalitzats (38).

Prevalença anticonceptiva actualment i en la perspectiva d'una dècada (1995-2006)

Segons dades de *l'Encuesta de Fecundidad y Valores en la España del Siglo XXI*, la prevalença anticonceptiva pel conjunt de l'Estat el 2006 és del 73,3% (entre les dones sexualment actives les últimes 4 setmanes i no embarassades) i aquesta prevalença disminueix amb l'edat (d'un 91,10% en les menors de 20 anys a 57,2% en les dones de 45 anys o més).

A la Gràfica 17 mostro la relació que s'estableix entre l'activitat sexual i la prevalença anticonceptiva per grups edats (vegeu també Annex 1. Taula 16)

*Gràfica 17. Activitat sexual i prevalença anticonceptiva per grups d'edat. Dones de 15-49 anys\*. Espanya, 2006*



Font: Elaboració pròpia a partir de les microdades de *l'Encuesta de Fecundidad y Valores en la España del Siglo XXI*, 2006; \* ambdós proporcions es calculen respecte les dones sexualment actives i no embarassades.

L'activitat sexual augmenta entre els 15-19 anys (65,0%) i els 30-34 anys (81,1%). En les edats centrals i fins els 40-44 es manté en aquests valors més alts i disminueix a partir dels 45 anys. D'altra banda, la prevalença anticonceptiva disminueix amb l'edat. El que no em diu aquesta gràfica és si la desprotecció en les

edats centrals es deu a un desig de maternitat, raó per la qual calculo les *necessitats insatisfetes* d'anticoncepció.

L'aproximació teòrica a les *necessitats insatisfetes* en matèria d'anticoncepció s'explica pel pes de les dones que no volent quedar embarassades, essent fèrtils i actives sexualment no usen cap mètode anticonceptiu (13,69). L'any 2006 un 19,0% de les dones no embarassades actives sexualment les darreres 4 setmanes que deien no desitjar un o un altre fill o que deien no saber-ho, no usen cap mètode anticonceptiu. Les dones que presenten més necessitats insatisfetes són les adolescents i dones de 40-44 i 45-49 anys (el 16,7%, 15,7% i 34,9% respectivament) i les que menys són les dones de 25-29, 20-24 i 30-34 anys (5,6%, 9,8%, 11,1% respectivament).

Tot i un desig de maternitat a les edats centrals continua havent-hi una infrautilització dels mètodes anticonceptius per prevenir un embaràs a qualsevol edat. Les raons que poden explicar una més gran desprotecció anticonceptiva poden ser diverses. El factor generacional pot explicar, en part, la desprotecció en dones de més de 45 anys, les quals van iniciar la seva vida sexual en un context de penalització dels mètodes anticonceptius. Altres raons que s'han de considerar, lligades al factor l'edat, són una menor freqüència de relacions sexuals en edats madures, una disminució de la capacitat reproductiva i, particularment, la creença d'aquesta disminució de la capacitat que produiria un cert relaxament en l'ús de l'anticoncepció en dones de més de 45 anys. Una evidència que el descens de la capacitat reproductiva moltes vegades és tan sols una creença són les taxes d'avortament i la proporció d'embarassos que es resolen amb una IVE en aquestes edats (Capítol 4), que si bé han disminuït respecte anys anteriors en els grups de 40 o més anys encara palesen la desprotecció en aquests grup d'edat en les relacions sexuals.

A l'altre extrem, en dones adolescents la immaduresa pròpia d'aquestes edats, el tipus de relacions afectivosexuals, esporàdiques i poc planificades, i/o la manca d'informació sobre PF i educació sexual i reproductiva poden explicar les raons d'un no ús de mètode.

El preservatiu és el mètode més utilitzat en el conjunt d'Espanya (42,8%) respecte del total de dones actives sexualment i no embarassades, seguit de l'anticoncepció oral (27,75%) i en tercer lloc l'esterilització (15,8%), majoritàriament masculina (Taula 15).

*Taula 15. Mètodes anticonceptius usats entre les dones actives sexualment el darrer mes que han utilitzat algun mètode. Espanya, 2006*

	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	Total
<b>Esterilització femenina</b>	0,0	0,6	1,3	3,7	7,6	13,5	15,9	6,6
<b>Esterilització masculina</b>	0,0	0,3	1,7	4,4	15,8	18,6	16,8	9,2
<b>Oral</b>	28,1	38,3	39,1	31,8	26,6	15,8	14,3	27,8
<b>Preservatiu</b>	66,5	52,9	45,8	48,8	36,7	34,6	29,6	42,8
<b>Mètodes barrera</b>	1,8	0,9	0,4	0,0	0,0	0,4	0,6	0,4
<b>DIU</b>	0,6	1,5	6,1	6,3	9,8	12,5	14,6	8,1
<b>Injeccions</b>	0,0	0,6	0,6	0,2	0,0	0,4	0,0	0,3
<b>Ogino (natural)</b>	0,0	0,00	0,4	0,9	0,2	0,0	0,9	0,4
<b>Coitus Interrup.</b>	0,6	1,2	1,5	1,1	1,8	3,7	6,1	2,3
<b>Altres</b>	2,4	3,7	3,1	2,8	1,4	0,6	1,2	2,1

Font: elaboració pròpia a partir de les microdades de l'*Encuesta de Fecundidad y Valores en la España del Siglo XXI*, 2006; els mètodes barrera inclouen les cremes i espermicides i el diafragma; la categoria "altres" no s'especifica a l'enquesta.

El patró per edat (Taula 15), mostra com el preservatiu és el mètode més utilitzat a tots els grups d'edat. L'ús d'aquest mètode disminueix amb l'edat (amb l'excepció d'un petit repunt en el grup de 30-34 anys). El segon mètode més utilitzat és l'anticoncepció oral fins els 39 anys. Per les dones de 40-44 anys el segon mètode més utilitzat és l'esterilització (si agrupo l'esterilització femenina i la masculina) i és el primer mètode per les dones de més de 44 anys. Contràriament al que succeeix amb el preservatiu, l'ús de l'esterilització femenina, per la seva irreversibilitat, augmenta amb l'edat quan s'ha assolit la mida de la família desitjada. El DIU també augmenta amb l'edat i el pes que representa és especialment important per les dones de 45 anys o més. El *coitus interruptus* i altres mètodes naturals també prenen valors baixos a totes les edats, però són més declarats a partir dels 40 anys.

Tant o més important que la prevalença anticonceptiva, pel que fa als embarassos no desitjats, ho és l'ús de mètodes eficaços (Esterilització, anticoncepció oral, DIU, injeccions, preservatiu, diafragma). La proporció és gairebé universal, el 95,6% de dones que es protegeixen ho fan mitjançant un mètode eficaç. I és molt generalitzat a tots els grups d'edat, el grup de 45-49 anys és el que en fa un menor ús (91,8%) i el grup més jove, de 15-19 anys, el que en fa més ús (96,9) (Taula 16).

*Taula 16. Proporció d'usuàries d'un mètode anticonceptiu segons eficàcia i segons edat de la dona. Espanya, 2006.*

	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	Total
<b>Eficaç</b>	96,9	94,5	94,8	95,2	96,5	95,7	91,8	95,1
<b>Ineficaç</b>	3,1	5,5	5,2	4,8	3,5	4,3	8,2	4,9

Font: elaboració pròpia a partir de les microdades *l'Encuesta de Fecundidad y Valores en la España del Siglo XXI, 2006*

Les dones menors de 25 anys són les que presenten una prevalença anticonceptiva més alta, però també presenten les taxes específiques d'avortament més altes i en augment (Capítol 4). L'ús del preservatiu, com a mètode més prevalent, pot ser un altre factor explicatiu de l'augment dels embarassos que es resolen amb una IVE. El preservatiu tot i ser un mètode considerat eficaç és el que registra més errors en la utilització (146,195). Les dades d'ús d'AU són reveladores de les febleses d'aquest mètode, ja que la raó principal declarada per les dones per recórrer a l'AU és una errada amb el preservatiu (192,193). D'altra banda, no s'estaria produint el descens dels embarassos no desitjats que s'esperava amb l'accés a la AU. Haurem d'esperar a què millorin les condicions d'accés a aquest mètode amb l'entrada en vigor de la normativa que permet la dispensació en farmàcies sense recepta mèdica el 2009, per avaluar el seu impacte en el nombre d'embarassos no desitjats.

Tot i les dificultats de comparar entre les enquestes de fecunditat disponibles, de manera general s'aprecien tres grans canvis en l'ús de l'anticoncepció des de la seva despenalització a Espanya: l'augment de la cobertura anticonceptiva, el descens de les necessitats insatisfetes i l'augment de l'eficàcia dels mètodes usats (21).

Per comparar la situació en una dècada prenc de referència el treball de Delgado (21)<sup>19</sup>. Per aquest motiu en els següents paràgrafs les dades de 2006 presenten lleugeres diferències respecte les taules 15 i 16<sup>20</sup> (vegeu l'explicació al Capítol 3) .

Pel que fa els mètodes utilitzats, hi hagut un increment del preservatiu sigui quina sigui l'edat de la dona entre 1995 (41,2%) i el 2006 (50,9%). L'anticoncepció oral tot i no haver seguit un evolució lineal ha acabat situant-se en un lloc rellevant com a mètode el 2006, a totes les edats, passant del 24,8% el 1995 al 33,0% de 2006 i

<sup>19</sup> En general comparo 1995 i 2006, però quan les característiques de la mostra no m'ho permeten perquè es produiria un biaix considero les dades de l'enquesta de 1985.

<sup>20</sup> Delgado considera les dones d'entre 18 i 49 anys en risc d'embaràs, excloent les dones esterilitzades o la parella d'elles i harmonitza les dades pels dos anys

s'ha produït un descens de l'ús del *coitus interruptus* que passava de ser un dels mètodes més importants a un mètode minoritari (des d'un 16% el 1995 al 2,7% el 2006).

El 2006, són menys que en el passat les dones no embarassades i actives sexualment que no es protegeixen amb algun mètode anticonceptiu (si bé no han d'estar necessàriament en risc d'embaràs no desitjat). Mentre que l'any 1985 representaven el 52,5%, l'any 2006 eren el 23,2%<sup>21</sup> i en una dècada ha augmentat l'ús dels mètodes eficaços pel conjunt de dones actives sexualment (passant del 80,4% el 1995 al 94,2% el 2006)

#### Els serveis d'atenció a la SSR

A Espanya no existeix un model unitari pel que fa els serveis assistencials en matèria de SSR. A cada CCAA hi ha un model d'organització i prestació de serveis diferent. L'existència d'un programa a l'Atenció Primària o l'existència de serveis específics (Centres de PF o Centres de SSR) determina l'eficiència de l'atenció en aquest sentit.

Es poden distingir dues etapes en l'establiment dels serveis d'atenció assistencial:

1ª. A la dècada dels 80, tot i que es va començar a organitzar abans, va ser el moment en el que la prestació dels serveis de PF es va fer mitjançant la creació de Centres de PF dependents, majoritàriament, de l'àmbit sanitari municipal, amb l'objectiu d'atendre de manera integral les consultes de sexualitat.

2ª A la dècada dels 90 aquests serveis van perdre unitat, s'integraren a l'Atenció Primària i a l'Atenció Especialitzada amb càrrec a la Seguretat Social.

El 1995 va entrar en vigor el Reial Decret 63/1995, de 20 de gener, sobre ordenació de prestacions sanitàries del Sistema Nacional de Salut que definia i regulava, entre d'altres, les prestacions en matèria de PF amb càrrec a la seguretat social.

No es fins el 2001 que es va homogeneïtzar la gestió dels serveis a totes les CCAA. L'INSALUD va cedir les competències a cadascuna de les CCAA. Fins llavors, la informació dels serveis que depenien de l'INSALUD es fragmentava en tres nivells: l'Atenció Primària, les Unitats d'Atenció a la Dona i l'Atenció Especialitzada que atén a nivell ambulatori però també hospitalari (196).

---

<sup>21</sup> No he considerat l'enquesta de 1995 perquè feia referència només a dones en parella i podia confondre el resultat.

L'any 2008, la informació dels serveis que depenien de les CCAA no estava estandarditzada, així com tampoc ho estaven els serveis ni les responsabilitats. Aquesta disgregació i manca d'homogeneïtzació ha suposat, i encara avui, descoordinació i desigualtat d'accés a la informació i atenció en sexualitat a tota Espanya. La darrera conseqüència d'això, és la dificultat d'avaluació de la qualitat dels serveis prestats.

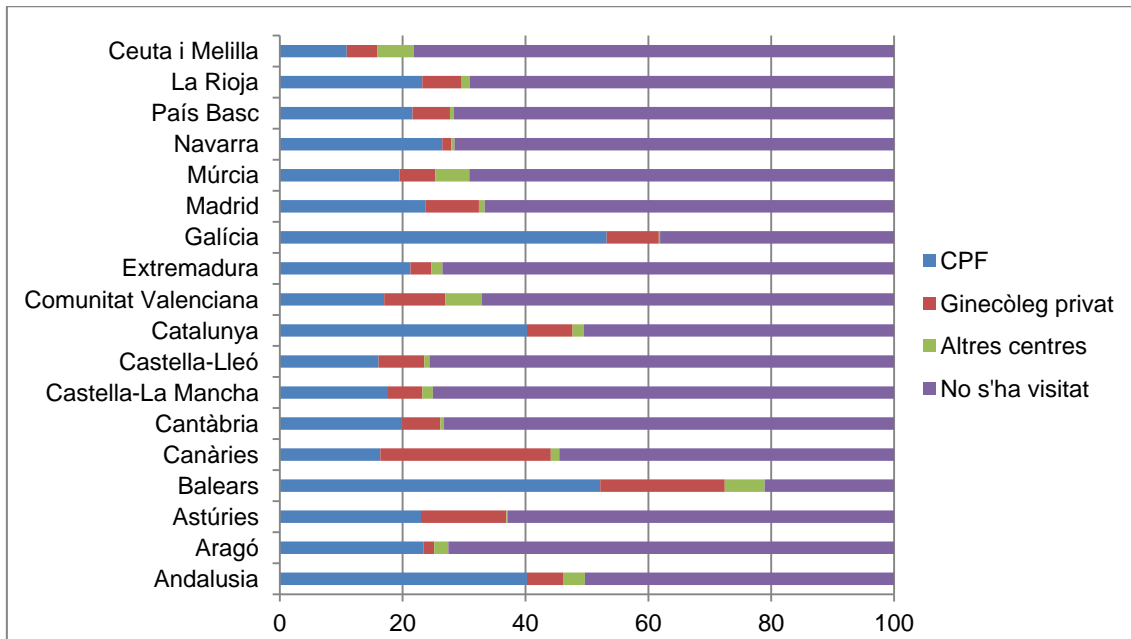
Amb els anys, la situació ha anat evolucionant, però la diversitat es manté. En funció de cada CCAA, els recursos assistencials en matèria de PF es realitza des dels hospitals i des dels Centres de PF, inclosos, aquests darrers, dins dels Centres d'Atenció Primària, tant públics com privats. Es tracta dels Centres d'Atenció a la SSR o els Programes d'Atenció a la SSR, Centres d'Orientació Familiar i Educació Sexual i Centres d'Atenció a la Dona, en genèric. Pels joves, alguns municipis organitzen l'anomenada Consulta Jove o Tarda Jove inclosa dins d'alguns dels serveis anteriors.

El 1991, la Federació de Planificació Familiar Estatal (FPFE) va posar en funcionament tres CJAS, un a Catalunya, l'altre a Madrid i l'altre a Galícia, com a recursos específics destinats a la població adolescent, complement de la xarxa sociosanitària de les CCAA i subvencionats pel Ministerio de Asuntos Sociales. El 2000 es inaugurar el d'Albacete. El 2008, el de Santiago de Compostela va deixar de funcionar.

Reflex de que hi ha barreres d'accés al sistema de SSR, d'entre les dones que van avortar el 2008, més de la meitat no havien acudit a cap centre per informar-se sobre PF en els darrers dos anys (58,4%) i aquest percentatge augmentava fins el 66,9% entre les dones menors de 20 anys (Taula 10). D'entre les dones que sí havien rebut atenció sobre PF, el Centre de PF era el lloc més visitat a qualsevol edat i a qualsevol CCAA, excepte a Canàries (Taula 10 i Gràfica 18) (vegeu dades per CCAA, també, a l'Annex 2. Taula. 14).



Gràfica 18. Accés a la informació sobre planificació familiar entre les dones que avorten segons comunitat autònoma de residència. Espanya, 2008



Font: Elaboració pròpia a partir de les microdades del Registre d'IVE. Espanya, 2008;  $p < 0,001$

b) *L'arribada d'un embaràs no desitjat: l'oferta de serveis d'IVE*

La prestació sanitària de la IVE depèn de cada CCAA, la distribució de l'oferta de centres que practiquen IVE és desigual al territori espanyol, així com el tipus de centres, l'accessibilitat i el seu finançament. El resultat és una diversitat de situacions i desigualtats territorials (184,197).

El que es pot assumir amb aquesta situació desigual és que el nombre d'IVE no està en funció del nombre de centres que en practiquen, així les incidències d'IVE més altes no es troben, necessàriament, a les CCAA on hi ha més centres.

Així mateix, la titularitat i el tipus de centre (públic o privat, hospitalari o extrahospitalari), no condiciona el nombre d'IVE, si bé condiciona el tipus d'atenció i l'accés de les dones i, com a punt més endavant, també condiciona les característiques de la pràctica i fins i tot del perfil de la dona que es notifica al Registre.

Els serveis que practiquen avortaments

A Espanya, la majoria d'IVE es realitzen en centres extrahospitalaris (el 2008 representaven el 87,2%). Es tracta, majoritàriament, de clíniques privades

acreditades per la realització d'aquesta pràctica on, en el marc de la llei de 1985 es deriven la majoria d'embarassos que arriben al sistema sanitari públic. L'altra estructura sanitària que practica avortaments a Espanya, si bé de manera més minoritària, és l'hospital (que va practicar el 12,8% d'IVE l'any 2008). Independentment del tipus de centre, segons la seva titularitat, el pes dels avortaments en centres privats l'any 2008 era del 98,2% mentre que la xarxa pública només en va realitzar el 1,8%, en una tendència molt estable al llarg del temps i una distribució molt similar a tot el territori espanyol (Annex 2. Taules 15 i 16).

La majoria d'IVE que es realitzen en hospitals són d'embarassos que es troben en estats de gestació avançada i, el 2008, es van practicar el 66,7% del total d'IVE per risc fetal. D'altra banda, quan aquests sobrepassen el termini de gestació establert per la llei, no són practicats a centres hospitalaris públics (164).

Ja he apuntat més amunt que l'acreditació de centres privats no hospitalaris es va produir amb el Reial Decret 2409/1989 (181), davant de l'evidència que no s'estaven realitzant els avortaments dins del sistema sanitari públic. De totes maneres, no totes les CCAA van acreditar centres externs al sistema públic, com succeeix a Navarra. En aquesta CCAA no es realitzen IVE i la dona ha de viatjar a una altra CCAA.

L'ambigüïtat de les dues principals normatives reguladores de la IVE (Llei 9/1985, de 5 de juliol i el Reial Decret 2409/1986, de 21 de novembre) ha estat clau perquè fossin les clíniques privades acreditades les que es fessin càrrec d'aquesta prestació.

Durant un temps, la interpretació dels fiscals va prevaldre per sobre de la interpretació del metge. S'afavorien els requisits formals per sobre dels motius de les dones i això deixava en una posició d'inseguretat, i encara avui, els professionals. Aquestes circumstàncies legislatives juntament amb l'objecció de consciència han resultat ser els principals obstacles per obrir unitats d'avortament als hospitals públics i privats.

L'intent d'introduir la pràctica de les IVE de primer trimestre als hospitals públics, no ha funcionat. Algunes de les argumentacions que els professionals d'hospitals públics, no objectors, utilitzen per justificar el manteniment d'aquesta situació de desequilibri entre la pràctica que es realitza en centres privats i hospitals públics són que "els hospitals s'han de limitar a practicar les IVE que són conseqüència

dels programes de diagnòstic prenatal del seu centre (o d'aquells pels quals actuen com a referència) i les d'aquells casos en que la IVE s'ha de practicar a una dona malalta que requereix de tecnologia hospitalària o internament, i a atendre els casos de complicacions d'avortaments practicats en centres extrahospitalaris" (164). Amb tot, però, hi ha altres aspectes explicatius del poc pes de les IVE en àmbit hospitalari públic com la manca d'adaptació dels centres, dels serveis i les tècniques de la realització d'IVE, així com la manca de formació dels professionals. A més a més, els centres hospitalaris no garanteixen la intimitat de la dona, estan saturats d'altres demandes obstètriques i ginecològiques, els comitès d'ètica han de fer una valoració de les IVE per incloure-les com a Interrupcions Legals de l'Embaràs i, finalment, és freqüent l'objecció de consciència (164).

Les clíniques acreditades espanyoles cobreixen una necessitat social que cap altre col·lectiu volia i vol acomplir. Un grup de professionals compromesos i capaços de suportar individualment, o com a col·lectiu sensibilitzat, possibles problemes legals, civils i penals van obrir clíniques que oferien una solució digna a les dones que volien avortar. No s'està produint, però, relleu generacional.

A banda del procés d'acreditació del centres per poder realitzar IVE, abans dels judicis pels suposat casos d'IVE il·legals a clíniques de Barcelona, no hi havia un sistema continuat i acceptat de control de qualitat de les clíniques. Cadascuna invertia en recursos humans i materials i posava les mesures de control, però les inspeccions públiques estaven centrades sobretot en aspectes estructurals (arquitectònics, sortides d'incendis...) i de registre (històries clíniques, arxius de documentació, ...) i no podien garantir la mesura de qualitat de l'atenció prestada (164).

ACAI, que engloba la majoria de les clíniques acreditades per la pràctica legal de la IVE de tota l'Estat, és un actor important i de referència i, a més a més, està cobrint una mancança per part del sistema sanitari. La presa de decisions i el protagonisme d'aquest actor ha sigut motiu de debat i crítica per part d'altres actors que se senten exclosos (finançadors, d'altres proveïdors de la prestació...). D'altra banda, amb el seu mutisme, l'Administració Pública, ha legitimat els seus criteris d'actuació. A partir de 2010 la legislació 2/2010 de 3 de març obliga a concentrar en poques clíniques acreditades tota l'activitat.

Tot i els obstacles i la manca de protocols en el conjunt del sistema públic, hi ha una xarxa de relacions entre les dispositius d'utilització pública o privada d'atenció a la sexualitat i els centres extrahospitalaris que practiquen avortaments. Els

mecanismes d'accés, però, són variables. L'any 2008, el 46,9% de les IVE es van derivar al centre a través del sistema sanitari públic, especialment en dones joves, i en un 43,5% dels casos per altres fonts com poden ser els grups d'iguals, familiars o amics o mitjans de comunicació com Internet (Taula 10). Amb l'edat, la dona que avorta recorre més al seu ginecòleg privat per consultar sobre la seva IVE que les dones joves (13,9 i el 8,5% respectivament l'any 2008) (Taula 10)

Tot i que la sanitat pública requereix de la tarja sanitària, perquè qualsevol persona i pugui ser atesa, a la pràctica quan la dona que vol interrompre el seu embaràs no la pot presentar, se n'hi entrega una de provisional mentre se li tramita la definitiva. En aquest sentit, fem especial esment a un col·lectiu amb necessitats especials per la seva condició de vulnerabilitat: la condició d'immigrant irregular no ha estat fins ara un obstacle per accedir a la informació i a l'atenció en cap de les CCAA; les modificacions legislatives introduïdes l'any 2012 pel Govern del PP afectarà l'accés a la IVE per part de grups vulnerables (198).

Pel que fa el mètode utilitzat per practicar una IVE a Espanya hem vist a la Taula 10 que el mètode farmacològic és encara molt minoritari. Es va començar a utilitzar a Espanya el 2000 i l'any 2008 representava un percentatge inferior al 5% del total d'interrupcions practicades (4,3%). Haurem d'esperar a que entri en vigor la nova Llei de 2010 perquè es protocolitzi l'ús d'aquest mètode dins de l'Atenció Primària.

Com he mostrat a la Taula 9, l'elevat pes de les IVE de primer trimestre a Espanya és un reflex del bon accés de la dona als serveis d'atenció a la IVE. Amb tot, el nombre d'IVE de primer trimestre ha disminuït lleugerament en favor dels de segon des del 1996 (passant de 5,7% a 7,6% el 2008). La millora de la qualitat i la quantitat de mètodes de diagnòstic prenatal (169) s'ha de tenir en compte per entendre l'evolució d'IVE de segon trimestre i pot explicar el lleuger augment dels avortaments realitzats per risc fetal, que va passar del 2 al 3% del total d'IVE en aquest període.

#### Diferències territorials en l'atenció a la interrupció voluntària de l'embaràs

La diversitat territorial en la implementació d'un sistema de serveis d'atenció a la sexualitat i la reproducció, també es fa evident en la pràctica de l'avortament (Taula 17). Les CCAA poden definir legislacions complementàries a l'estatal dins del seu àmbit competencial.

Tenint en compte l'escàs paper dels centres públics en la realització de la IVE (1,8% en el conjunt de l'Estat espanyol el 2008), és destacable el pes de les IVE en

aquests establiments a la CCAA de Cantàbria (10% el 2008). D'altra banda, no es pot establir una relació entre nombres de centres que practiquen avortaments i un major pes dels avortaments que es practiquen en una CCAA. Catalunya, per exemple, presenta el nombre més elevat de centres públics que practiquen avortaments de tota Espanya, superant fins i tot el nombre de centres privats i, en canvi, enregistra un percentatge dels més baixos d'IVE hospitalària del conjunt de CCAA (Taula 17).

*Taula 17 . Distribució d'IVE segons la titularitat del centre. Espanya, 2008*

	centres públics	% IVE	centres privats*	% IVE
Andalusia	1	0,10%	16	99,90%
Aragó	0	0,10%	2	99,90%
Astúries	5	2,10%	3	97,90%
Balears	5	2,60%	2	97,40%
Canàries	4	4,60%	4	95,40%
Cantàbria	1	10,00%	1	90,00%
Castella-La Mancha	0	0,00%	2	100,00%
Castella-Lleó	0	0,00%	3	100,00%
Catalunya	20	2,30%	10	97,20%
Comunitat Valenciana	10	6,10%	15	93,90%
Extremadura	0	0,10%	2	99,90%
Galícia	2	6,30%	3	93,70%
Madrid	1	0,00%	6	100,00%
Múrcia	0	0,00%	5	100,00%
Navarra	0	0,10%	0	99,90%
País Basc	7	6,30%	6	93,70%
La Rioja	1	3,70%	0	96,30%
Ceuta i Melilla	No info	0,00%	No info	100,00%

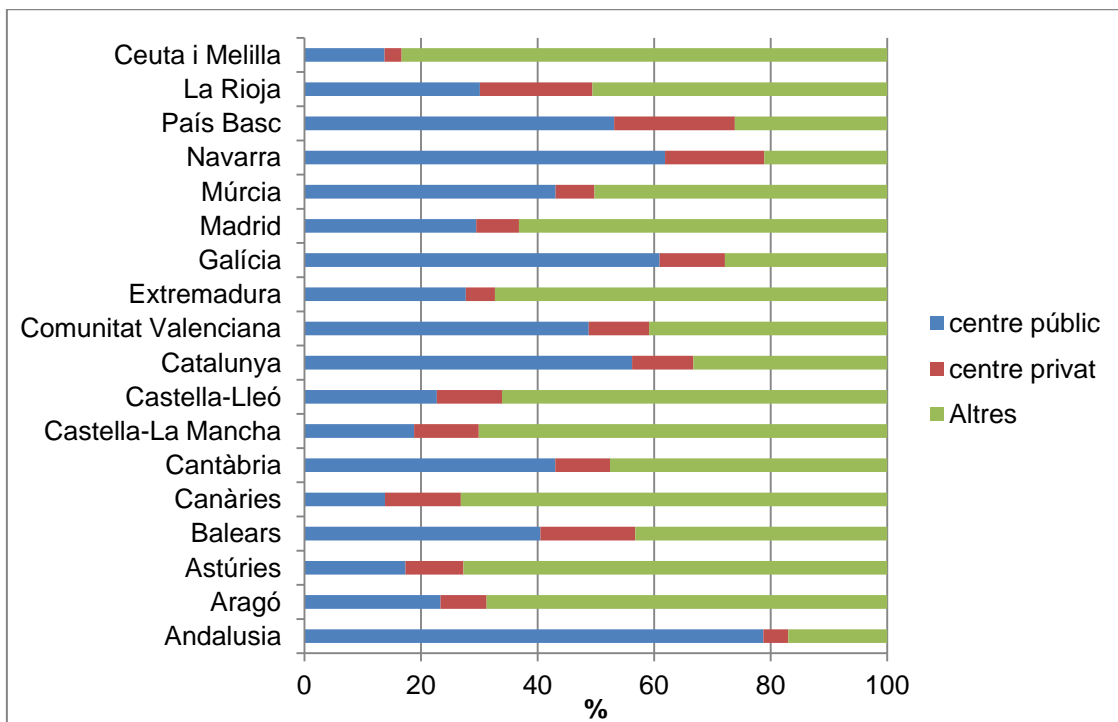
Font: Elaboració pròpia a partir del Registre d'IVE. \*El centre privat inclou majoritàriament clíniques acreditades, però també altres centres i hospitals privats. Quan no consta cap centre però es realitzen IVE es pot considerar que s'està duent a terme la domiciliació de la IVE quan la dona es desplaça a una altra CCAA en centres d'aquella titularitat

Com es pot veure a la Taula 17, Navarra és la única comunitat que no disposa de cap centre sanitari que presti el servei d'IVE. Les dones que viuen en aquesta comunitat i necessiten recórrer a un avortament han de viatjar a Saragossa, Madrid o Bilbao on són acollides sobretot per centres privats. Cap hospital d'Aragó, Múrcia, Castella-La Mancha i Castella i Lleó i Extremadura ha practica avortaments i a La Rioja no s'ha acreditat cap clínica privada. D'altres aspectes poden, també, ser obstacles a l'accés a la IVE i ser el motiu per obligar a la dona a viatjar fora de la

seva província o comunitat, tal i com es constata a través d'un estudi realitzat pel Grupo de Interés Espanyol sobre SSR, Cooperación y Desarrollo sobre les desigualtats d'accés a la SSR i la IVE a l'Estat espanyol l'any 2008 (197). En ell s'hi ressenya com la distribució dels centres sanitaris que practiquen avortaments és heterogènia sobre el territori i es localitzen a ciutats grans. A Les Canàries o les Illes Balears obliga a les dones que viuen a les illes petites a haver-se de desplaçar, tal i com succeeix entre àrees urbanes i rurals. A Catalunya, per exemple, l'ampli ventall de clíniques i/o l'anonimat d'una gran ciutat com Barcelona són aspectes atractius per les dones d'altres províncies o fins i tot d'altres CCAA que s'hi desplacen. La poca disponibilitat de serveis extrahospitalaris a Cantàbria també obliga a la majoria de dones que no s'acullen al supòsit de risc fetal, únic supòsit que hi és permès, d'haver de viatjar a Astúries o el País Basc. L'objecció de consciència és un altre element limitador. A Catalunya, per exemple, el nombre d'hospitals supera el nombre de centres extrahospitalaris, però l'objecció de consciència dels professionals apareix com un obstacle per accedir a una IVE en un entorn hospitalari. Els terminis de gestació de cada centre són una altra dificultat augmentant la probabilitat que una dona hagi de desplaçar-se a d'altres províncies o CCAA, com passa a les dones aragoneses (de Teruel i Huesca) o a les dones de Castella-La Mancha, de Castella i Lleó o les gallegas o les murcianes que han de desplaçar-se quan l'embaràs supera les 12 setmanes.

Es constata que el tipus, la forma i les dificultats per obtenir informació des dels serveis sanitaris quan la dona s'assabenta del seu embaràs i el vol interrompre, marquen diferències regionals importants. Existeix una relació entre el nivell d'informació i l'itinerari d'accés a la IVE. La informació arriba de manera adequada i s'agilitza el circuit fins a l'avortament quan aquesta és rebuda per part del metge de família o del Centre de PF (197). El tipus de centre des del qual s'informa a la dona sobre on pot avortar m'informa del grau de normalització del circuit en el sistema públic, tot i que després s'hi realitzi o no la pràctica. Així, a les comunitats d'Andalusia, el País Basc, Navarra i Catalunya més del 50% de dones que van avortar el 2008 s'havien informat d'on fer-ho en un servei de titularitat pública, especialment a Andalusia (78,7%). Contràriament, el circuit és majoritàriament a través de canals informals a Astúries, Canàries, Castella-La Mancha i Ceuta i Melilla (més del 70% d'IVE) (Annex 2. Taula 14).

Gràfica 19. Lloc de derivació al centre que practica la interrupció voluntària de l'embaràs segons comunitat autònoma. Espanya, 2008



Font: Elaboració pròpia a partir de les microdades del Registre d'IVE. Espanya, 2008;  $p < 0,001$

En la majoria de CCAA no existeix un protocol comú d'actuació davant la demanda d'una IVE. En aquest sentit depèn del tipus de centre, sent els centres de PF els que han definit més clarament els procediments, o del professional a títol individual o com a col·lectiu de professionals d'un centre, que el circuit de derivació estigui més o menys normalitzat. Tan sols a Andalusia existia el 2008 un procediment comú per la tramitació de les demandes d'IVE que obligava a tots els professionals a derivar la demanda als centres concertats.

Cantàbria presenta la particularitat que el seu únic Centre de PF està localitzat al costat de l'hospital, fet que agilitza la derivació de la demanda d'IVE.

La IVE és una prestació sanitària pública quan es practica en un centre hospitalari públic, però el baix percentatge d'IVE en hospitals públics (1,8% el 2008) respecte del total d'IVE, constant al llarg del temps, demostra la poca voluntat política de concretar-la (des del Govern Central i des de les CCAA que tenen les competències de sanitat per garantir la prestació sanitària pública). No és fins a l'entrada en vigor de la Llei sobre SSR i IVE de 3 de març de 2010 que es contempla aquest aspecte i

es pretén corregir-lo ampliant el finançament públic, també quan les IVE es realitzen en els centres acreditats per l'Estat.

En aquelles comunitats on l'any 2008 no hi havia concert o aquest era en una sola província o per algunes de les clíniques acreditades, s'havien desenvolupat mecanismes específics d'ajuda (a través de les clíniques, de serveis socials o ajuntaments, en alguna província...). Hi havia tres models de finançament o ajuts molt diferenciat: l'andalús, el valencià i el català (184,197).

A Andalusia, l'objecció de consciència de la sanitat pública va ser compensada per un sistema de finançament de l'avortament realitzat en el sector extrahospitalari a partir de l'establiment d'un concert amb les clíniques. Un dels sistemes més àgils de totes les CCAA. A partir de la meitat de la dècada dels 90 es va començar a considerar l'avortament com una prestació normalitzada dins del Sistema Andaluz de Salut encara que externalitzat a través del concert amb les clíniques privades acreditades.

A la Comunitat Valenciana hi havia un model híbrid. El Servei Valencià de Salut assumeia el cost de les IVE realitzades en una clínica d'Alacant i aquelles que eren practicades als centres públics de València i Castelló, on disposen d'unitats i equips destinats a aquests efectes.

La sanitat pública catalana no garantia l'accés a l'avortament. La Generalitat canalitzava, des de 1991, a través de l'Associació Salut i Família un finançament mitjançant ajudes específiques a aquelles dones amb una situació psicosocial o econòmica vulnerable. La seva estratègia a la hora de distribuir uns recursos limitats va fer optar a l'Associació pel copagament i la negociació amb algunes de les clíniques extrahospitalàries acreditades.

A d'altres CCAA el sistema de salut tenia concerts amb alguna clínica dins de la mateixa comunitat (com succeeix a Astúries, Madrid, Aragó o País Basc) o amb alguna clínica d'alguna altra CCAA (a Galícia es deriva les dones a una clínica de Madrid).

## 5.2. SEMBLANCES I DIFERÈNCIES DEL SISTEMA DE SALUT SEXUAL I REPRODUCTIVA A ESPANYA, BÈLGICA I FRANÇA. ALGUNS APRESENTATGES

Els objectius públics dirigits a disminuir la IVE i a garantir la SSR de les persones i la seva implementació a Bèlgica, França i a Espanya presenten aspectes en comú,



però també divergències. L'interès rau en poder extrapolar aquestes experiències per veure quines són les estratègies públiques a través dels quals s'implementen els objectius públics –legislació sobre la IVE, educació, cobertura anticonceptiva, serveis d'atenció a la SSR i a la IVE–, pròpies de cada país, que afecten la intensitat i les característiques de la pràctica

Als tres països, la despenalització de la IVE i d'altres dimensions de SSR, com l'anticoncepció, ha permès millorar l'atenció a la SSR, a través de l'establiment d'uns serveis legitimats per llei, normalitzant-ne l'accés i millorant l'acompanyament de la dona. Ara bé, la despenalització no ho és tot. Les condicions específiques de cadascuna de les lleis i com aquestes es concreten amb plans de salut i estructures sanitàries a cada país i regió és el que acabava afavorint o dificultant les condicions d'accés a la IVE, fer que l'experiència per la dona sigui més o menys traumàtica i fer que perduri viu l'estigma envers ella i/o el professional que practica la IVE. Són aquestes especificitats de cada país les que es volen revelar en aquest apartat.

Les dades de Bèlgica i França que apareixen en aquest capítol són de 2002/2003, dades disponibles en el moment que vaig realitzar el treball de camp en aquests dos països. Tot i així, quan ha estat possible aconseguir dades posteriors, indico l'evolució de les xifres des de 2002, per equiparar les dades al cas d'Espanya.

### **5.2.1. Lluites pel dret a la IVE. Recorreguts que conflueixen i divergeixen en els tres països**

Si bé la lluita per la despenalització de la IVE va tenir una força notable en els tres casos, un cop despenalitzada la pràctica, la intensitat va disminuir, especialment a Bèlgica i Espanya amb un cert mutisme polític. A Espanya, però, hi havia latent una pretensió de canviar la normativa que s'acabava d'aprovar el 1985 i que va deixar insatisfetes les expectatives de les dones; però no va ser fins 22 anys més tard, amb els processos judicials iniciats el desembre de 2007 que es va generar un debat social i polític més ampli i una implicació formal per part del Govern central que suposaria, com he dit més amunt, la modificació de la llei de 1985 per la Llei Orgànica de SSR i IVE el 3 març de 2010. El que no s'havia perdut un cop despenalitzada la IVE en cap dels tres països, eren les accions, per part dels professionals de la SSR, per augmentar i millorar l'accés als serveis d'interrupció de l'embaràs.

A França, les lluites per aconseguir el dret a l'avortament estan molt relacionades amb les lluites pel dret a decidir lliurement, el dret al control del propi cos i el dret a l'anticoncepció i no tan, o no només, per una raó de salut pública. Els anys 50, aquesta lluita pel dret a decidir va suposar la unió de forces de dones de diverses corrents ideològiques per aconseguir els drets sexuals i reproductius anhelats.

El 1955 es va crear *l'Association la Famille Heureuse* capdavantera en la lluita contra els avortaments clandestins a França. Cinc anys més tard, es transformaria amb el *Mouvement Français pour le Planning Familial* que va tenir un rol molt important en la legalització de l'anticoncepció i, posteriorment, la despenalització de l'avortament. El 1973 el *Mouvement Français pour le Planning Familial* prenia la decisió en el seu congrés anual de practicar avortaments il·legals per tal de fer evident la necessitat de l'existència d'una estructura i d'obligar l'institucionalització d'una estratègia pública, que després caracteritzaria el model francès de l'avortament.

A França, com apuntaré pel cas belga i espanyol, hi va haver un fet que va precipitar els esdeveniments; va ser "el procés de Marie-Claire a Bobigny", l'any 1972, degut a una interrupció voluntària de l'embaràs.

L'oposició en el cas francès era exercida per les faccions catòliques, els legisladors conservadors i part dels professionals mèdics per raons ètiques. Amb posterioritat a la despenalització els moviments "provida", recolzats per l'Església catòlica van començar a actuar a través de grups que fan accions concretes en contra de dones que avorten i de les clíniques que practiquen avortaments.

A Bèlgica, l'evolució de la situació relativa a la IVE presenta aspectes força particulars. La lluita feminista va tenir un rol notable en la lluita per la despenalització de la pràctica; es tractava d'un grup nombrós, que englobava a les dones, però també als metges i metgesses sensibilitzats, els quals practicaven les interrupcions de l'embaràs, així com diverses faccions polítiques –comunistes, socialistes– i lliurepensadors. A més a més, els moviments feministes han sabut fer aliances amb el sector eclesial progressista, que com a Espanya era un dels principals obstacles per fer avançar la llei. El 1955 es va constituir la primera associació que plantejava el debat de l'avortament obertament, *l'Association Belge pour le Planning Familial*.

A Bèlgica, hi ha un equilibri entre el debat dins de l'esfera política i l'acció real. Ja abans de la llei de 1990 sobre l'avortament, els avortaments il·legals eren

practicats en bones condicions mèdiques i psicològiques, contextualitzades en una política de tolerància respecte l'avortament (199). Hi havia un acord oral amb els departaments de justícia de no perseguir aquells qui practicaven avortaments o les dones que avortaven.

A Bèlgica, el grau d'implicació de diversos sectors socials en la lluita pel dret d'avortar queda simbolitzat amb "l'afer Peers", que esclatava el 1973 en un context de relativa acceptació per part dels magistrats i que va servir de revulsiu a la lluita pel dret a l'avortament. La inculpció d'un metge per la seva pràctica abortiva va accentuar la còlera dels sectors progressistes i va provocar una gran mobilització de l'opinió pública, que va desencadenar tota una sèrie d'estratègies d'acció. En resposta a la lluita del moviment feminista, el 1975 es va obrir el primer *Centre Extra-Hospitalaire* privat que practicava avortaments i facilitava informació anticonceptiva. A poc a poc, tot i el context més conservador, els *Centres Extra-Hospitalaires* es van instal·lar a Brussel·les i a d'altres ciutats flamenques com Gant, Anvers i Bruixes.

Els anys 80, el sector de la SSR es va professionalitzar i esdevingué pluridisciplinar. Tot i que a la regió de Flandes no hi havia pressió política, sí que hi havia un Comitè de despenalització format per un grup de dones socialistes i algun metge progressista.

La negativa més clara a un canvi en la legislació que regulés el dret a l'avortament es va produir, com a Espanya, per part de l'Església catòlica, que representava un pes polític majoritari. Paral·lelament, els moviments "provida", també amb posterioritat a la despenalització de la pràctica, van començar a exercir pressió d'una manera particular. A Bèlgica, aquest moviment no està organitzat, com a França, en grups que fan accions en contra de les dones que avorten o professionals que practiquen la interrupció, sinó que *l'Association Pro-vita* i el seu homòleg flamenc es troben en *pseudocentres* de planificació familiar, on es refusa practicar els avortament.

És, possiblement, la lluita des de diferents sectors el que ha donat a Bèlgica les seves particularitats. El que ha permès elaborar unes estratègies que avancen a diferent velocitats. Tot i una llei tardana, no va obstaculitzar la concreció de diverses mesures socials (199).

Pel cas espanyol, de manera més pragmàtica, similar al cas belga i més allunyat del cas francès, la lluita pel dret a la despenalització i, posteriorment, per la

liberalització de la legislació sobre IVE, ha estat encapçalada pels grups feministes i pels professionals que realitzen la pràctica (vegeu apartat 5.1.1). Uns grups que han treballat i treballen amb l'aprovació tàcita, però poc reconeguda, de l'Estat.

La data a partir de la qual es genera un debat social més ampli sobre el dret a l'avortament a Espanya és el 1979, la data del judici a 11 dones que havien avortat a la ciutat de Bilbao.

El pes de l'Església catòlica pren molta importància a Espanya al llarg del temps, perquè se l'hi ha concedit rellevància des dels diversos governs en els diversos moments. Molts lligats a l'Església, els grups "provida" s'han sentit reforçats i han generat una manca de voluntat política de presentar una llei més agosarada o modificacions importants, fins a la Llei Orgànica de 3 de març 2010 que substituïa la llei de 9/1985.

### **5.2.2. Tres països, tres marcs legals de la IVE**

La IVE està despenalitzada, però continua essent il·legal en determinades condicions tant a Bèlgica, amb la llei de 1990 (200), com a França, amb la llei de 1975 (201), com ja he apuntat pel cas espanyol (vegeu apartat 5.1.2). Les tres lleis estan incloses dins del Codi Penal i, per tant, la pràctica continua tractant-se d'un crim. Si bé en el moment de finalitzar aquesta tesi doctoral l'any 2012, els 3 països disposen d'una llei a la demanda de la dona, limitada pel nombre de setmanes de gestació (12 setmanes d'amenorrea o absència de regla), a Espanya la llei de terminis ha sigut molt més tardana, no va entrar en vigor fins el 3 de març de 2010.

La llei 9/1985 de 5 de juliol a Espanya és una llei d'indicacions que limita l'exercici del dret de la dona. La gran diferència en els tres països és que mentre a Bèlgica i França es concedeix llibertat de desig de la dona, la legislació espanyola, li denega aquest dret. La paradoxa és que a la pràctica, la legislació espanyola posa més limitacions teòriques que no reals i acaba rebent aquelles demandes que ni a Bèlgica ni a França podien ser acceptades per llei perquè sobrepassen els terminis de gestació legal. Els tres supòsits dins dels quals l'avortament és legal a Espanya fan perdre el dret a decidir a la dona perquè la deixa en mans de la decisió d'un professional, el qual valora la gravetat de la seva situació, però per altra banda no delimita prou clarament el marge d'actuació d'aquests professionals.

En els tres casos d'estudi, les principals dificultats que suposa la llei provenen de: 1) la regulació del termini legal de gestació, 2) els obstacles administratius i 3)

l'objecció de consciència declarada pels professionals. Els tres factors fan més complicat l'accés a la interrupció, especialment per aquells grups més vulnerables, les dones menors d'edat, per ser menys autònomes, i les dones d'origen estranger, que no tenen perquè conèixer tan clarament els circuits del sistema de salut. Les conseqüències d'aquestes tres limitacions provoquen conseqüències diverses en els tres casos:

1. El límit gestacional provoca que les dones belgues i franceses s'hagin de desplaçar a d'altres països i a Espanya es converteix en receptor de dones en estadis avançats de la gestació provinents d'altres països.

2. L'objecció de consciència, si no està ben regulada, és un obstacle per exercir el dret i pot arribar a impedir que es realitzi la IVE. A Espanya l'objecció no està regulada i no s'assegura que dins d'un centre públic hi hagi cap metge que vulgui practicar una IVE. A vegades l'objecció és una decisió de la direcció del centre i no es tracta únicament de la decisió d'un metge que es troba amb la disjuntiva i que pot derivar el cas a un company.

3. Davant l'evidència de les traves administratives per accedir a l'avortament, França havia modificat el 2001 la llei de 1975 aconseguint que el consell assistit conjugal esdevingués facultatiu, es prolongués el període de gestació de les 10 a les 12 setmanes actuals, que l'obligació del consentiment dels pares per una menor fos reemplaçat pel consentiment d'un adult de referència i que desaparegués la necessitat d'un permís de residència de més de 3 mesos per les dones estrangeres (202); el 2004 es va publicar el decret d'aplicació pel qual el metge d'una consulta privada que hagués passat l'aprovació d'un centre de planificació familiar també pogués practicar l'avortament farmacològic a la consulta, que ja era autoritzat des de 1988 als hospitals (195)

El cas espanyol presenta una situació particular perquè des del moment de la despenalització l'any 1985 ja no acomplia les expectatives socials. Des d'aquell moment es volia incorporar el quart supòsit (supòsit social) i la condició que l'avortament pogués ser a la demanda de la dona en les primeres setmanes de gestació. Hauran de passar 25 anys perquè es puguin implementar algunes d'aquestes demandes i s'equipari la llei d'IVE espanyola a la majoria de lleis europees (183).

Espanya es diferencia de Bèlgica i França, en dos altres aspectes de la llei l'any 2008: és l'únic país que requereix l'autorització dels pares quan la demanda

d'avortament la fa una menor i és l'únic país que no exigeix un dies de reflexió a la dona, previs a la decisió d'avortar (aspectes que sí es contemplen en la Llei Orgànica de 2010)

L'ambigüitat jurídica de pràctiques socialment controvertides com la IVE i, especialment, pel que fa a determinats aspectes d'aquesta (edat de la dona, interrupció farmacològica de l'embaràs, temps de gestació, objecció de consciència, motiu de la IVE) fa que la importància de la legislació quedi relegada a un segon terme en favor de la interpretació que en fan els professionals i el legislador, i en la concreció de les pràctiques i estructures sociosanitàries. A Espanya es va posar en evidència dins l'esfera política i social la fragilitat del sistema establert i l'ambigüitat de la llei durant els processos judicials oberts en algunes clíniques de Catalunya i Madrid l'any 2007. El resultat va ser un revulsiu perquè es produís un debat polític per modificar la legislació (vegeu apartat 5.1.1).

### **5.2.3. Diferències del sistema d'enregistrament de la IVE als tres països**

a) *El Registre d'IVE, indicador de l'interès que genera l'avortament i de la seva normalització*

Les característiques, l'evolució i les limitacions del sistema d'enregistrament d'IVE són un bon indicador de l'interès científic, de salut pública, social i econòmic que genera la pràctica i el seu nivell de normalització, més enllà de voler ser una eina de control demogràfic. Als tres països la informació sociodemogràfica, sobre la història reproductiva i sobre la pràctica medicosanitària recollida a través del Registre és limitada, però exhaustiva en comparació a d'altres fonts que pretenen caracteritzar la pràctica, com les enquestes en població general.

Pel que fa a l'establiment del sistema d'enregistrament dels avortaments, el seu origen, a Bèlgica i Espanya, no està vinculat a la llei que despenalitzava la pràctica, com va succeir a França, sinó que prové de regulacions posteriors. En els tres casos, però, un cop va establir-se el Registre, s'esperava que fos permanent i sistemàtic per tal d'obtenir dades sociodemogràfiques i reproductives sobre les dones que interrompen l'embaràs. La realitat, novament, difereix de la teoria: la notificació s'ha tornat una pràctica rutinària, a la que se li exerceix poca supervisió i que rep una crítica feble tan a Bèlgica com a Espanya. La raó no és la desídia sinó el fet que, encara avui, el Registre s'associa, a Bèlgica i Espanya, a una tasca de control de l'Estat que genera un cert rebuig per part dels professionals i, per tant,

els organismes encarregats no se senten legitimats a exigir exhaustivitat en la recollida de dades.

A França, l'interès científic i de salut pública, genera una actitud activa dels actors que participen en el manteniment del Registre, amb la voluntat de transformar el que també ha estat, i sovint encara és percebut, una eina de control del Govern en una eina potencialment democratitzadora de la pràctica (203). El diàleg entre el Govern i els demògrafs, i altres actors implicats en la implementació i explotació del Registre, ha permès donar-li noves lectures i que s'anés adaptant a la realitat per tal que fos còmode especialment per les dones i professionals que l'havien d'omplir i poder-lo mantenir com a font d'informació. Així, el 2004 es va escurçar el seu contingut per facilitar la recollida de dades. En aquest context, la més gran implicació de diversos sectors ha permès la correcció de les xifres d'avortaments a través de registres hospitalaris disponibles a França, des de 1990 (204). En aquest sentit, la diversitat de fonts i estimacions alternatives al Registre nacional, com els registres hospitalaris, han estat de gran ajuda per perfilar la xifra total d'IVE a França, mentre que a Bèlgica i Espanya aquestes font són parcials i no han servit per corregir el Registre nacional. A Espanya disposem d'un exercici de correcció de les xifres d'avortament a partir de fonts alternatives, a la CCAA de Catalunya, però les xifres no són extrapolables a la resta de l'Estat (164).

Es fa evident que introduir modificacions al Registre d'IVE esdevé una empresa complicada perquè afecta tot un sistema de recollida de dades prèviament establert, però el desinterès es fa especialment evident a Bèlgica i Espanya on la introducció d'una variable com "país d'origen" ha estat la gran absent durant anys en ambdós registres. Finalment, el 2007, es va poder introduir en el cas espanyol.

*b) Fiabilitat dels registres d'IVE*

Tot i la constatació d'un subenregistrament a França anterior a 2005 s'ha produït una millora del sistema de recollida des de llavors (195); El Registre nacional es pot considerar permanent, però no sistemàtic, pretensió amb la qual havia estat definit (204). Diverses fonts declaren un subenregistrament de la IVE en els tres casos: les darreres estimacions disponibles afirmaven que eren de l'ordre del 20% a mitjans 90 a Bèlgica (79); del 33% el 1990 a Espanya (169) i inferior al 20% a França el 2005 –sense tenir en compte l'elevat subenregistrament del 2002 a França perquè és excepcional, degut al relaxament que va suposar que les dades no s'explotessin durant 4 anys per un problema en el sistema lectura de les dades– (195,203,204).

Pels casos de Bèlgica i Espanya, tot i que es confirma una infradeclaració, no considero vigent aquestes estimacions tenint en compte que les estimacions eren molt properes a la data de despenalització de la IVE en ambdós països. S'estima que el Registre millora els següents anys després del seu establiment, així com l'evidència d'un augment de la cobertura de centres que practiquen IVE i ambdós aspectes faria disminuir la infradeclaració.

Tot i no poder quantificar el biaix a Bèlgica, "la Comissió National d'Évaluation que explota les dades del registre, reconeix que l'Informe que publica conté febleses en relació a les xifres a causa de la manca d'exhaustivitat de l'enregistrament que en cap cas, però, superaria el 10% de les IVE declarades" (comunicació oral de Françoise Wiert, secretària de la Commission National d'Évaluation durant el 2005). A França, es du a terme una millora en els sistemes de recollida de dades després de 2002 (195).

A França, Bèlgica i Espanya s'han identificat raons que poden fer disminuir l'exhaustivitat del registre. A França, s'ha vist com la negligència involuntària en la complementació dels formularis d'enregistrament és una raó de pes, però encara perduren, tot i la despenalització de la pràctica, raons voluntàries d'amagar certes informacions, falsejar-ne d'altres o no enregistrar la interrupció, perquè s'ha registrat com a avortament involuntari (204). Aquesta estratègia permetria al professional o al centre rebre uns honoraris més elevats o, en el cas que existeixin quotes, com succeeix tan a França com a Bèlgica, declarar menys IVE per poder realitzar-ne més sense superar la quota màxima. A Bèlgica alguns hospitals catòlics flamencs, i a Espanya alguns hospitals públics o acreditats, no notificarien les IVE (164,205). A través d'estudis sobre formes d'estimar la incidència de la IVE apareixien d'altres possibles causes de la infradeclaració a tenir en compte: l'omissió del sector privat, la inclusió d'avortaments espontanis en els registres oficials d'avortament, la infradeclaració dels avortaments per raons mèdiques, la mala classificació de les complicacions d'un avortament mal realitzat que podrien estar afectant la qualitat dels registres (24,164)

En relació a la qualitat de la informació recollida pel Registre d'IVE, la representativitat de les dades sociodemogràfiques, reproductives i sobre la pràctica medicosanitària són posades en entredit. Es comú als tres països que l'"edat" de la dona i el "temps de gestació", són variables sensibles degut als requisits de la llei, que es pot reflectir en la qualitat de la complementació al Registre. Aquesta darrera no es tractada de la mateixa manera en els tres països; a Bèlgica i França el temps de gestació ha de complir els requisits estrictes de la llei (fins a 12 setmanes)



mentre que a Espanya l'ambigüitat de la llei permet fer avortaments fins a terminis de gestació avançats (no hi ha límit quan el motiu d'interrupció és el risc de salut de la dona). De totes maneres, els hospitals no realitzen IVE més enllà de les 22 setmanes i ACAI associació que aglutina el número més elevat de clíniques que practiquen IVE, consensua no practicar interrupcions més enllà de la 26a setmana de gestació tot i existir-ne la possibilitat; finalment es tracta d'una variable controvertida, també, a França.

Pel que fa el Registre belga i francès, "l'anestèsia" i l'"estat civil" són variables mal recollides dins del Registre. A Espanya la recollida del "motiu de la IVE" és poc precisa. El risc per la salut de la dona supera el 95% de les interrupcions, englobant altres motius reals, com casos de violació no denunciats a la policia o, fins i tot el risc fetal, quan se supera les 22 setmanes de gestació.

A França, es confirma una infradeclaració de certa informació recollida al registre. L'estudi de les dues demògrafes franceses Rossier i Pirus (204) afirma que les clíniques privades que s'han hagut de fer càrrec de les IVE quan els centres públics no cobrien tota la demanda, se senten més legitimades a ser menys rigoroses amb la notificació d'aquesta pràctica i, per tant, s'estaria infraestimant aquells perfils de dones que més freqüentment recorren a les clíniques. Es pot concloure, però, que aquesta infradeclaració de certes variables no afecta la representativitat de les dades globals recollides, perquè la majoria d'IVE s'està produint en els centres hospitalaris més rigorosos en la recollida de dades (203).

A Espanya no es pot concloure que l'existència d'infradeclaració de les IVE tingui com a conseqüència una manca de representativitat del perfil de la dona que avorta i de les característiques medicosanitàries de la pràctica. Tan sols es podria considerar que en aquelles comunitats que tenen menys IVE i/o on s'estima que la dona està desplaçant-se a d'altres comunitats, en aquestes CCAA, la representativitat de les dades es pot veure afectada, però no està afectant la representativitat pel conjunt de l'Estat.

Finalment, si les conclusions del cas francès es poguessin extrapolar al cas belga i espanyol, es podria posar en dubte la representativitat de les dades en aquests dos països, tenint en compte que les tres quartes parts del total d'avortaments a Bèlgica, i gairebé la totalitat de les IVE a Espanya, es practiquen en els centres que podrien ser menys estrictes en la interpretació de la llei a l'hora de fer la notificació: els centres extrahospitalaris. Segons l'experiència francesa aquells centres que s'han hagut de fer càrrec de la majoria d'IVE que no volien ser ateses

al sistema públic, se senten legitimats a ser menys rigurosos. Caldrà fer un estudi més exhaustiu, però, per confirmar aquesta hipòtesi.

Per tot el que he dit en aquest apartat, el Registre Nacional d'IVE, així com els registres hospitalaris que poden ser complementaris, són les fonts que permeten quantificar les IVE amb més precisió allà on ha estat despenalitzada. Tot i les febleses del Registre d'IVE, aquesta és la font de dades més exhaustiva per caracteritzar a la dona i la pràctica de la IVE a França, Bèlgica i Espanya.

#### **5.2.4. L'atenció a la salut sexual i reproductiva als tres països**

Els tres països contempen la SSR més enllà de l'atenció a la IVE. Fins i tot Espanya que ha d'esperar fins el 2010 per disposar d'una Llei que contempli conjuntament d'altres dimensions de la SSR a banda de la IVE, ha sabut garantir unes condicions de SSR de qualitat, com la prestació de serveis de PF i una àmplia cobertura anticonceptiva.

De manera comuna als tres països d'estudi, tot i existir una legislació nacional en matèria de SSR, més o menys extensa, la gestió dels centres que atenen les demandes de SSR està descentralitzada a nivell regional. Aquesta descentralització és la que explica certes desigualtats regionals.

Pel que fa l'atenció a la IVE, França és l'únic del tres països país que es regeix per una normativa i una organització centralitzada.

##### *a) Els serveis d'atenció a la salut sexual i reproductiva*

França disposa de dues estructures principals en matèria de prevenció d'embarassos, més o menys específiques: els *Centres de Planning Familial et d'Éducation Familial* i els *Établissements d'Information, de Consultation et Conseil Familial*. La seva creació està molt lligada a l'estratègia política de l'Estat en la qual s'emmarca la despenalització de l'avortament l'any 1975, estratègia que té com a objectiu facilitar informació sobre el control de la fecunditat. L'accés als serveis professionals i la repartició geogràfica de les estructures sobre el territori és desigual.

El *Centre Extra-hospitalari* és l'element que dóna l'originalitat a Bèlgica, no tan sols per l'acollida que fa a la dona que vol interrompre el seu embaràs, més enllà de l'atenció mèdica, sinó també per l'aproximació que fa a la sexualitat de manera integral, considerant les relacions sexuals i afectives. La planificació familiar i l'anticoncepció, en aquests centres, complementen altres estratègies preventives

basades en la informació i l'educació sexual, fent partícips a homes i dones de diverses edats, no només incloses en el període d'edat fecund.

A la Regió valona, hi ha quatre federacions de planificació familiar que agrupen la majoria de *Centres Extra-Hospitalaires* de planificació familiar de la Comunitat, fet que assegura una xarxa bastant coordinada. A la Regió flamenca es viu tota una altra realitat, l'estructura extrahospitalària de planificació familiar va deixar d'existir, inclosa dins del programa de SSR, el 1 d'abril de 1995 en benefici dels *Centres d'Aide Sociale Générale*, ja existents, però menys atractius per determinants grups de població vulnerable (com els joves o persones d'origen estranger).

La missió original dels *Centres Extra-Hospitalaires* de PF va ser la d'establir les bases d'una política d'educació afectiva i sexual, missió de la qual els poder públics del país no s'havien preocupat fins a l'aparició d'aquesta estructura l'any 1962. Posteriorment, les activitats pioneres dels centres van ser, poc a poc, normalitzades i el relleu va quedar assegurat pels poders públics.

A Espanya hi ha una major diversitat de centres que atenen les necessitats en matèria de SSR, degut a la descentralització i una diferent sensibilitat política en cadascuna de les CCAA.

#### *b) L'educació afectivosexual*

Una dimensió important de la SSR és l'educació afectiva i sexual. Aquesta és obligatòria en el currículum escolar a Bèlgica i a França, però hem vist que no ho és a Espanya. Aspecte que ha causat un gran debat a l'escola i en l'àmbit socio sanitari espanyol i que queda reflectit a la Llei Orgànica sobre IVE i SSR de 3 de març de 2010).

A Espanya, no només la manca d'una estandardització, sinó la no obligatorietat de definir un continguts en el currículum escolar suposa, en darrer terme, una desigualtat territorial en matèria educativa.

Tot i una situació més avantatjada que a Espanya, a Bèlgica, els professionals declaren la necessitat de reforçar l'educació sexual i afectiva dirigida a adolescents i específicament a l'educació secundària per tal d'evitar l'increment de les IVE en aquest col·lectiu. En el moment de l'estudi, hi havia encara una demanda de programes d'educació en SSR insatisfeta a la regió de Flandes, a causa de la manca de professionals i recursos (205).

A França, l'educació en SSR ja era contemplada els anys 70 pel *Mouvement Français pour le Planning Familial* que prèviament era un espai d'informació sobre l'anticoncepció. Actualment, es pot dir que l'educació a França comença a consolidar-se dins de les estructures escolars. La darrera modificació al respecte es produeix amb la Llei de 4 de juliol de 2001 relativa a l'avortament i l'anticoncepció la qual multiplica els cursos sobre sexualitat obligatoris a les escoles.

*c) La cobertura anticonceptiva*

La difusió i l'accés a l'anticoncepció varia en els tres països. No tan sols la cobertura, el pes de les necessitats insatisfetes i la prevalença anticonceptiva, també els mètodes que predominen en la població femenina fèrtil i l'entitat que prenen els mètodes anticonceptius en les polítiques de SSR són diferents a Espanya, Bèlgica i França.

Tot i que les dades s'obtenen d'enquestes en les que les mostres no són estrictament comparables i per tant hauran de ser considerades amb molta precaució, mostro dades de prevalença anticonceptiva pels tres països i de necessitats insatisfetes. La prevalença anticonceptiva a Espanya és inferior a la de Bèlgica i França, fins i tot tenint en compte la diferència d'anys que separa les enquestes; així mentre que era del 73,3% a Espanya el 2006<sup>22</sup>, Bèlgica presentava una prevalença del 74,0% (206)<sup>23</sup> i França del 78,1% l'any 2000 respectivament (207)<sup>24</sup>. Contràriament, són especialment altes les necessitats insatisfetes d'anticoncepció a Espanya (19,0%), superior respecte França (2,3%) i Bèlgica (2,1%)<sup>25</sup>, com ja apuntava Klijing el 2000 en un estudi sobre necessitats insatisfetes a Europa a partir de les Encuestas de Fecundidad y Familia (69).

França és pionera en la despenalització de l'anticoncepció, l'any 1967, respecte Espanya l'any 1978 i Bèlgica el 1984, així com en la introducció de mètodes anticonceptius moderns (els mètodes hormonals de segona generació i l'AU). L'AU va començar a ser comercialitzada a partir de 1988 a França i haurien de passar més de 10 anys perquè ho fos a Bèlgica l'any 2000 i a Espanya l'any 2001. França es caracteritza per un predomini dels mètodes moderns reversibles. El 45,4% de les dones fèrtils franceses utilitzaven el mètode oral i el 17,3% el DIU segons l'enquesta de 2000 (207). L'alta prevalença de l'anticoncepció oral és comuna a

---

<sup>22</sup> Segons l'Encuesta de Fecundidad y Valores en la España del Siglo XXI; dones de 15-49 anys sexualment actives les últimes 4 setmanes

<sup>23</sup> Dones de 15-44 anys sexualment actives

<sup>24</sup> Dones de 20-44 anys.

<sup>25</sup> Prenc la dada disponible de la FFS per Bèlgica, segon la hipòtesi de mínims (dones a actualment embarassades sense desitjar-ho, que no volen tenir fills o més fills i que no utilitzen cap mètode) (69)

tots els grup d'edat amb valors que oscil·laven entre el 28,0% en el grup de 40-44 anys i 68,35% en el grup de 20-24 anys l'any 2000. Si bé a Bèlgica la transició anticonceptiva dels mètodes tradicionals als moderns segueix el model tardà dels països del Sud d'Europa (208), l'anticoncepció és accessible gairebé universalment al país i llargament medicalitzada (DIU, esterilització, hormonal). Entre totes les dones de 15 a 44 anys que usaven algun mètode anticonceptiu, el 66,6% de les dones feien servir l'anticoncepció oral l'any 2000 (206).

L'esterilització va ser incorporada com a mètode anticonceptiu molt tardanament a França, l'any 2001 respecte Espanya que va legalitzar-la l'any 1983. La prevalença anticonceptiva de l'esterilització en els tres països, també, divergeix molt. El 3,5% de dones de 20 a 44 anys van ser esterilitzades el 2000 a França mentre que la darrera dada per Espanya era del 6,6% i a Bèlgica del 12,5%. L'esterilització és el segon mètode més utilitzat a Bèlgica. El pes de l'esterilització amb finalitat anticonceptiva és una de les particularitats de la norma anticonceptiva belga, fins al punt que, segons autores com Chantal Blayo, es tractaria del factor explicatiu de la baixa intensitat de l'avortament en aquest país (80).

El cas espanyol presenta un altra particularitat pel que fa l'anticoncepció oral. Aquest mètode no ha desplaçat el preservatiu, tal i com ha succeït a Bèlgica i França. Mentre que a Espanya el 42,8% de dones actives sexualment entre 15-49 anys que prenen mesures anticonceptives usaven el preservatiu l'any 2006, aquest percentatge era del 9,3% a Bèlgica (206) i del 7,4% a França (207) l'any 2000 respectivament. Aquest percentatge és especialment important en dones adolescents i joves a Espanya.

La gratuïtat de l'anticoncepció i una millora en la informació sobre els mètodes és una altra de les estratègies que suggereixen els professionals belgues destinada a poblacions vulnerables (209). Proposen preus descendents de l'anticoncepció hormonal en funció de criteris econòmics o socials com succeeix a França. A França es considera que s'han eliminat les desigualtats socioeconòmiques en l'accés dels mètodes anticonceptius, les diferències només es mantindrien en relació als mètodes de tercera generació (94,210). A Espanya, on no es financen els mètodes més prevalents, la situació socioeconòmica sembla afectar lleugerament l'accés als mètodes anticonceptius moderns (19) i es constata, en canvi, tal i com succeeix a França, que en l'elecció del tipus de mètode és més determinant el moment en el curs de vida de la persona que la situació socioeconòmica (19,211,212).

#### **5.2.5. Els serveis d'atenció a la IVE**

L'anàlisi revela que el tipus d'estructura sanitària i s'erigeix com una de les causes de les diferències territorials en matèria d'avortament, ja sigui entre països o dins del mateix país. Les dades per França demostren que el número i el perfil de la dona que avorta en un o altre tipus de centre presenta certes diferències (204). Tenint en compte que la gran majoria d'IVE a Espanya es produeixen en un sol tipus de centre, les clíniques privades (98,2% l'any 2008), no puc establir aquestes diferències regionals, si bé es poden establir en funció de l'existència o no d'algun centre en determinades àrees del territori.

En relació a l'oferta de serveis d'interrupcions de l'embaràs a Bèlgica i Espanya, l'Administració central disposa de competències per dictar el quadre normatiu general en matèria d'avortament, però són les CCAA i les regions les que gestionen la pràctica de les IVE. Així, l'oferta de serveis i l'aproximació són diferents entre regions. França, en canvi, presenta un model centralitzat, més unitari.

*a) Tipus de centres i característiques de l'atenció*

França s'organitza entorn de dos tipus d'estructura: el centre sanitari públic i el privat (amb i sense finalitat lucrativa), a les quals s'ha d'afegir, després de 2004, la consulta privada, pels avortaments farmacològics. A França, a diferència de Bèlgica i Espanya, els centres que inicialment rebien la majoria de les demandes d'IVE eren centres públics extrahospitalaris, establerts per llei el 1979, on els professionals que hi treballaven militaven perquè la IVE es despenalitzés. Posteriorment, les clíniques privades van rellevar el sector públic que era insuficient per cobrir la demanda. Amb la llei de 1996 que tancava centres petits per mantenir grans estructures sanitàries, el pes de les IVE es tendeix a concentrar en centres grans i públics. La imposició per part de la llei de 1975 a què el sistema sanitari públic es fes càrrec de la demanda de la IVE és el que confereix una especificitat a França. L'any 2002, i en una tendència creixent en el temps, ja predominaven les IVE practicades en centres públics (68%) (213,214). De totes maneres, com apuntaré més endavant, la distribució de les IVE entre el sector públic i el privat presenta diferències segons les regions.

Les característiques de la pràctica de la IVE varien segons la titularitat del centre sanitari que les practica a França. Les IVE són més precoces als centres privats que als públics (el 63,5% enlloc del 54,1% es practicaven abans de 7 setmanes de gestació i 13,1% enlloc de 18,5% a partir de 9 setmanes l'any 2002). L'anestèsia general que s'utilitza en les estructures sanitàries privades representava, el 2002, gairebé dues vegades la utilitzada al sector públic. Els metges utilitzen més el

mètode farmacològic al públic (35,7% respecte el 30,5% al privat el 2002), però s'ha anat homogeneïtzant al llarg del període 1993-2002. La durada de l'hospitalització és més llarga al sector privat. Pel que fa les característiques sociodemogràfiques de les dones que avorten al sector privat hi recorren dones una mica més grans i més sovint estrangeres (204).

Sobre el mètode utilitzat per interrompre l'embaràs, l'aspiració continua essent el mètode majoritari en els tres casos (superior al 80% a Bèlgica i Espanya l'any 2002 i 2008 respectivament i del 60% a França el 2002). El percentatge inferior a França es deu a l'entitat que pren el mètode farmacològic, que el 2002 representava més del 30% del total d'avortaments i que continua augmentant per l'efecte de l'entrada en vigor el 2004 de la llei que permet dispensar aquest mètode en consulta privada<sup>26</sup>. L'avortament farmacològic té menys pes a Bèlgica i és especialment poc imponent, i on menys augmenta a Espanya (12% el 2002 i 4,3% el 2008 a Bèlgica i Espanya respectivament).

França és el país on el mètode farmacològic entra en vigor abans, el 1998, però no és fins a la modificació de la llei l'any 2001, i posterior implementació el 2004, que pot ser dispensada per metge d'una consulta privada. A Bèlgica, com a Espanya, el decret que legalitza aquest mètode data de 2001.

Bèlgica, s'organitza entorn de dos altres tipus d'estructura, on la titularitat del centre (públic i privat) no pren tanta importància. Es tracta dels hospitals i clíniques (públics o privats), d'una banda, i els centres extrahospitalaris (privats però finançats per l'Estat) de l'altra. A Espanya, si bé la participació del sector públic hospitalari en nombre d'avortaments és anecdòtica (al voltant del 2% del total d'IVE des de la seva despenalització), el sistema s'organitza entre hospitalari i extrahospitalari i dins d'aquesta gran divisió es diferencia entre els avortaments a un centre públic o privat.

Com a França pel que fa els centres privats, a Bèlgica i Espanya, l'acreditació dels centres extrahospitalaris privats es va produir davant de l'evidència que no s'estaven realitzant els avortaments dins del sistema sanitari públic. A partir de l'explotació dels formularis francesos i espanyols s'ha posat de manifest que són els centres privats aquells que accepten realitzar una proporció més elevada d'interrupcions voluntàries de l'embaràs al límit de la legalitat (segons el temps de gestació i l'estatut d'estrangeria de la dona en el cas francès i segons el temps de

---

<sup>26</sup> Dades de 2008 i 2009 corroboren aquesta tendència a l'augment perquè les IVE farmacològiques representen ja més de la meitat del total d'IVE segons (213).

gestació i el motiu d'interrupció a Espanya), trets que estableixen diferències entre les dues estructures prestadores del servei. A França, aquesta situació ha estat acceptada, de manera consensuada, pel legislador i la Direction Régional d'Aide à la Santé Social per tal d'afrontar una demanda real no resposta (80); a Espanya és un consens *de facto*.

La llei de 1990 relativa a les IVE a Bèlgica preveu que l'avortament sigui practicat en un centre sanitari on hi hagi un servei d'informació que aculli la dona embarassada. Una de les particularitats de la pràctica de l'avortament a Bèlgica és que, ja abans de la seva despenalització el 1990, les interrupcions eren realitzades en bones condicions mèdiques i psicològiques als hospitals, públics i privats, i als *Centres Extra-Hospitalaires* o en una consulta privada (199). Situació que explicaria el descens excepcional de les xifres de l'avortament a l'estranger abans de la seva despenalització. Amb aquesta tradició, l'hospital i el *Centre Extra-Hospitalaire* esdevenen dues estructures complementàries. Per altra banda, un dels aspectes positius de la despenalització de la pràctica de l'avortament va ser l'extensió de l'acompanyament psicològic de les dones en la seva presa de decisió, en el moment de la intervenció i després, que es reflecteix en la conducta de les usuàries a l'hora d'accedir al servei i indica que amb la despenalització millora l'acompanyament de les dones.

Els *Centres Extra-Hospitalaires*, privats, però finançats per l'Estat, són l'element que dona l'originalitat a Bèlgica, ja que no ofereixen tan sols un servei mèdic sinó que situen la dona al bell mig del procés de l'avortament. La seva voluntat és no emetre judicis de valor ni culpabilitzar la dona que vol avortar. El naixement del primer Centre, el 1975, tenia ja aquest objectiu: evitar els avortaments clandestins i oferir bones condicions mèdiques i psicològiques, aconseguir la legalització de les IVE en un context que oferís llibertat de desig de la dona.

Els *Centres Extra-Hospitalaires* es fan càrrec, tant de la prevenció com de la interrupció de l'embaràs pròpiament dita. Es tracta, doncs, d'un procés que va més lluny de l'orientació en relació a l'anticoncepció. El rol que juguen els Centres a Valònia té una influència en l'experiència de la dona al llarg de bona part del procés de l'avortament. Al mateix temps, la qualitat de l'acollida i de l'acompanyament és un bon mitjà de prevenció de futurs embarassos. La prevenció realitzada amb posterioritat a la IVE permet continuar el treball de prevenció, de responsabilització, a més a més de l'acompanyament en el procés de dol. Contràriament, els centres flamencs no tenen aquest espai d'escolta ni de recolzament ni d'orientació, més enllà dels temps dedicats a acollir i acompanyar la dona a partir del moment que es



planteja avortar i la realització de la IVE, excepte l'assessorament en relació a l'anticoncepció.

A la Comunitat valona tots els *Centres Extra-Hospitalaires* són centres de planificació familiar, que no és el cas pels centres flamencs. Aquesta és la raó per la qual, més clarament en la part francòfona del país, l'aproximació que es fa a l'avortament no és tan sols mèdica i es fa un tractament de la sexualitat des d'un punt de vista global

El clima més conservador de Flandes enterboleix la situació de relativa llibertat en matèria d'avortament que es viu al país. No és fins el 1979 que els avortaments de dones flamenques van poder realitzar-se a la regió de Flandes i ja no va caler que es desplaressin als Països Baixos, mentre que a Valònia es podien practicar avortaments ja a inicis dels anys 70 (199).

A Bèlgica, alguns hospitals són a la base de la militància per l'accés a l'avortament i mostren l'interès d'acollir les demandes d'IVE en bones condicions. Freqüentment, però, els hospitals i les clíniques apareixen com estructures poc adaptades a rebre les demandes; no ofereixen ni l'acollida ni l'acompanyament que ofereixen els *Centres Extra-Hospitalaires*.

Els serveis d'informació als hospitals belgues són concebuts com als *Centres Extra-Hospitalaires*, però tenen menys recursos per resoldre problemàtiques concretes com, per exemple, les dificultats amb les llengües estrangeres. Aquest fet, obstaculitza l'accés d'algunes usuàries, al mateix temps que es tracta d'unes estructures sanitàries poc atractives entre els més joves (209).

El tipus de centre sanitari a Bèlgica també condiciona les característiques de la pràctica de l'avortament, així als *Centres Extra-Hospitalaires* les durades d'hospitalització són més curtes i predomina l'ús de l'anestèsia local, lligada al mètode d'interrupció de l'embaràs més freqüent, l'aspiració. Les IVE de més de 12 setmanes de gestació es practiquen majoritàriament als hospitals o clíniques. Als hospitals, més de la meitat de les anestèsies usades són generals i la durada d'hospitalització, doncs, són més llargues, no només perquè els raspats són encara considerables (29,0% de les pràctiques el 2002), sinó també perquè encara hi ha aquest marge de decisió per part del metge. S'aprecia un lleuger predomini de l'ús del mètode farmacològic als hospitals, però la diferència amb els centres no és conclouent (209).

A partir del treball de Rossier i Pirus que conclou que el perfil de la dona que avorta als centres sanitaris menys rigurosos en la notificació està subestimat, llavors, la IVE practicada amb mètodes quirúrgics, les hospitalitzacions llargues i les anestèsies generals estan subestimats a Bèlgica i França; així com, a França (país pel qual es disposa d'aquestes dades), se subestimen les dones de més de 25 anys i les dones de nacionalitat estrangera (204). De nou, és difícil treure una conclusió en aquesta direcció pel el cas espanyol perquè la majoria d'IVE es realitzen en una sola estructura.

*b) Obstacles als centres públics i distribució de la IVE en el territori*

Als hospitals belgues i espanyols, hi ha una pressió per posar condicions restrictives a la dones, en matèria d'avortament. "Els moviments "provida" tenen, avui per avui, un poder considerable, i haurem de saber mantenir tot el que s'ha aconseguit en matèria d'avortament" són observacions fetes per Claire Quevrin, membre del Group d'Action des Centres Extra-Hospitaliers *Practiquants d'Avortement* i de la *Commissió Nationale d'Évaluation* de la llei d'avortament en una comunicació oral realitzada l'any 2005).

S'està fent evident en els tres països que hi ha obstacles estructurals i d'organització importants en els hospitals públics, fins i tot a França on, degut a la imposició de la Llei de 1975 l'hospital es consolida com l'estructura que practica més IVE (68% l'any 2002). L'objecció de consciència és important a Espanya, però també en alguns hospitals belgues i entre alguns professionals francesos. Així mateix a França es poden refusar les IVE de dones que no resideixen a la mateixa regió on es localitza el centre o es IVE de repetició. La manca de valoració de la pràctica i el poc guany econòmic fan que no estigui assegurat el relleu generacional dels professionals del sector públic a cap dels tres països. Els incentius econòmics dirigits als centres públics a Bèlgica o França no han incentivat els professionals ni han fet augmentar el contingent de professionals que poden realitzar IVE. Així mateix, a França la ubicació del servei d'atenció a les IVE dins dels hospitals ocupa una posició marginal.

A França, les IVE en el sector públic es concentren en pocs hospitals i a Bèlgica i Espanya es produeix un desequilibri entre les IVE realitzades al sector públic i al privat, especialment important a Espanya. A Bèlgica són majoria les IVE que es practiquen en *Centres Extra-Hospitalaires* (un 78,6% respecte 21,4% als hospitals i clíniques l'any 2002) i a Espanya, tan sols el 1,8% del total d'IVE es realitzava en hospitals el 2008.

Existeixen unes raons històriques que concedeixen l'especificitat belga pel que fa les barreres que es troben les dones que accedeixen als hospitals per avortar. Alguns hospitals catòlics no accepten realitzar interrupcions d'embaràs. Tot i que no és exclusiu de Flandes, allà la situació és més evident, ja que el pes del catolicisme (bona part dels hospitals, encara avui, formen part de la federació catòlica Caritas) i una actitud més conservadora en relació a la pràctica de l'avortament fan que hi hagi més dones que troben més obstacles als hospitals que als Centres.

La distribució dins del territori dels centres que practiquen interrupcions d'embaràs a Bèlgica, tal i com passa a Espanya i França, evidencia el tractament diferencial que fa la política de l'avortament segons la regió. La regió de Flandes a Bèlgica disposa d'un nombre molt més reduït de centres especialitzats que es dediquen a la interrupció, respecte Valònia i Brussel·les.

En aquest context institucional desigual, el nombre d'avortaments es distribueix, també, d'una manera heterogènia segons la regió. A Flandes la majoria d'avortaments es concentra en una minoria de centres sanitaris: l'any 2002, el 91% d'IVE es van practicar a *Centres Extra-Hospitalaires* flamencs. D'una manera més equilibrada, a Valònia els avortaments que es van practicar als *Centres Extra-Hospitalaires*, més nombrosos respecte els hospitals, representaven el 72% del total d'interrupcions voluntàries aquell mateix any.

A França, tradicionalment, les diferències regionals en la distribució dels centres públics i privats ha condicionat que les dones es dirigissin més a un tipus de centre o a un altre en funció de la regió de residència. Amb tot, la tendència a què les IVE es practiquin cada vegada més, des de 1996, a centres públics afecta a tots els departaments francesos.

L'oferta de centres que practiquen avortaments no n'incentiva la demanda, i així una disminució del nombre de centres a França no ha fet disminuir la xifra d'IVE (com veurem a l'apartat 5.2.6) o com succeeix a Bèlgica o Espanya, en les regions on hi ha més centres no hi ha necessàriament més avortaments (vegeu també apartat 5.1.3).

En canvi, el tipus d'estructura establerta ha demostrat tenir una forta influència en la distribució de l'avortament sobre el territori. Espanya és l'únic país on no s'obliga per llei ha establir alguna estructura prestadora del servei de l'avortament i, per aquest motiu, es pot arribar a produir que alguna CCAA no disposi de cap estructura sanitària com succeeix a Navarra. Per tant, per poder valorar les

diferències de les xifres d'IVE entre regions, s'ha de tenir en compte el tipus centre en el cas francès i belga, i l'existència d'algun centre que practiqui IVE en el cas espanyol. La xifra global d'IVE, no en surt alterada, però sí la xifra d'IVE a cada regió.

A Bèlgica i França les dones no es desplacen a interrompre l'embaràs fora dels límits del departament de residència, en el cas francès, ni de la província, a Bèlgica (80,204,215). A Espanya, en canvi, la dona es desplaça entre CCAA per poder accedir a l'avortament en funció de la disponibilitat de centres i segons els requisits de la llei a cada CCAA.

Si bé no es pot comprovar amb les dades que ofereix el Registre d'IVE, segons l'opinió de les professionals sociosanitàries belgues, la majoria de dones que viatgen per avortar a l'estranger són les dones flamenques. Un any després de la despenalització de l'avortament, un 75% de les dones que avortaven a l'estranger eren flamenques del total de dones belgues (199); tot i que la xifra d'avortaments a l'estranger ha disminuït, encara n'hi ha (l'any 2002 constaven 1.245 avortaments belgues a l'estranger). Espanya, en canvi, és receptora de dones residents a l'estranger, però no consta al Registre d'IVE una xifra de dones espanyoles que viatgin a l'estranger a avortar, després de la despenalització de la pràctica.

Tal i com he apuntat més amunt, el perfil de la dona que avorta varia en funció del tipus de centre que realitza la IVE i, per tant, en funció del predomini d'un o altre tipus de centre en una regió, les característiques de les dones recollides dins del Registre a cada regió poden variar. Una variació que té menys importància a Espanya, perquè la gran majoria d'avortaments es fan en una sola estructura sanitària, la clínica acreditada, mentre que la xifra d'avortaments realitzats al sector públic és ínfima.

### *c) El finançament de la IVE*

L'avortament només està finançat a Bèlgica i França, sigui quin sigui el centre que en realitza la pràctica. La dona belga és reemborsada tan a clíniques com a hospitals. Als hospitals també és reemborsada, però la dona ha de pagar una mica més degut a d'altres despeses de la intervenció (durada de l'hospitalització i tipus d'anestèsia). En algun centre való el mètode d'interrupció farmacològic és més car (GACEHPA el fa pagar més car, si bé hi ha alguns Centres Extra-Hospitalaires que en formen part que han pres la decisió de no fer-ho, per evitar la discriminació). La pràctica real de l'avortament fa perdurar el desequilibri del nombre d'avortaments

practicats en hospitals o centres extrahospitalaris: contràriament a la reacció esperada amb la mesura de la seguretat social de finançar part de les IVE, aquesta mesura no ha fet augmentar la demanda als hospitals, on la pràctica continua essent més cara.

Alguns grups de dones belgues que, per diverses raons, no són protegides per cap règim de la seguretat social poden recórrer a les ajudes financeres dels centre d'ajuda social, si bé aquestes ajudes depenen de l'estatut jurídic de la dona i de l'àmbit d'acció del centre d'ajuda. De fet, el conjunt de centres constaten a l'Informe sobre la IVE de la Commission Nationale d'Évaluation presentant al Parlament el 2004 (212) que cada vegada s'enfronten a un nombre més elevat de persones sense cobertura social o que es troben en una situació financera especialment delicada.

Espanya és l'únic país on la interrupció voluntària de l'embaràs no està finançada fora dels centres públics tot i algunes excepcions segons la CCAA. La dona amb dificultats socioeconòmiques pot optar a les ajudes per accedir a la IVE en algunes CCAA.

Com a alternativa a l'avortament, entès per la política belga com a últim recurs davant d'un embaràs no desitjat, es disposa d'ajudes socials extenses, les quals són recordades al llarg del procés d'acompanyament de la dona en el seva decisió, i que poden esdevenir un motiu d'acceptació de l'embaràs. Es tracta d'ajudes familiars i pels naixements, així com de baixes maternals amb bones condicions, guarderies i altres espais d'acollida dels infants, així com de l'adopció

#### **5.2.6. Nivells d'IVE diferents i perfils de dones que avorten similars a Bèlgica, França i Espanya**

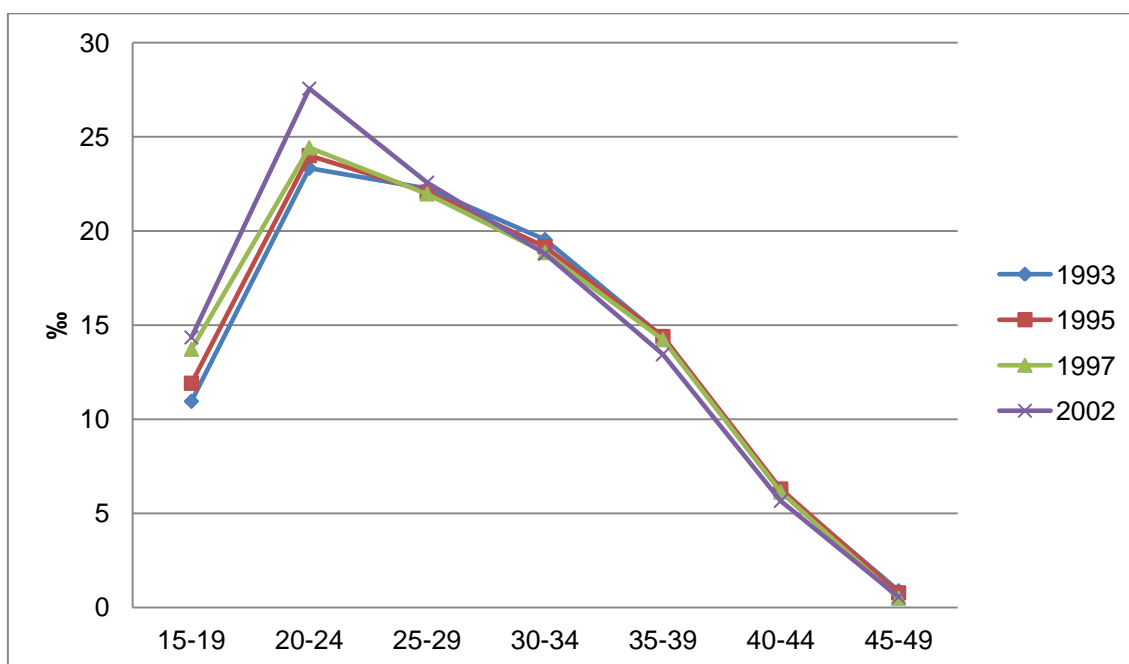
La intensitat i tendències de la IVE presenta diferències als tres països. Tot i presentar un nivell d'avortament superior que el de Bèlgica i d'Espanya i un intensitat de les més elevades d'Europa Occidental, el ritme de creixement de la IVE a França, l'any 2002, mostrava indicis d'estabilització (l'ISA era de 0,51 IVE per dona el 1997 i 2002). Bèlgica, en canvi, presentava una de les intensitat més baixes d'Europa (0,20 IVE per dona) i un ritme de creixement lent (vegeu Gràfica 20 i 21). Aquesta tendència a l'estabilització de la IVE a França i el lleuger augment a Bèlgica es confirmen el 2005 i 2007 respectivament. A Espanya, situada en una posició intermèdia entre Bèlgica i França l'any 2008 (0,36 IVE per dona),

l'avortament no ha deixat d'augmentar des de la seva despenalització, si bé l'any 2008 ho fa amb menys intensitat.

Amb intensitats que varien d'un país a l'altre, les dones en edats centrals (20-29 anys) són, en els tres països, els grups d'edat amb una incidència més alta a l'avortament (11,58‰ de 20-24 anys a Bèlgica el 2003, 27,56‰ a França l'any 2002 i 16,25‰ a Espanya el 2008) i a continuació les adolescents ocupen una posició destacable, creixent clarament a França i Espanya i tendint a l'estabilitat a Bèlgica. L'originalitat d'Espanya és l'evolució i la magnitud de la IVE en el grup adolescent, ja que és el grup que ha experimentat un creixement relatiu més important al llarg del període d'estudi 1998-2008 i que supera ja al grup de 30-34 anys (la Taula 6 mostra una variació del 135,8%).

La dècada dels 90 es va caracteritzar a França per una estabilització dels avortaments en les edats centrals i un creixement en les noies menors de 25 anys. Amb el canvi de segle, s'accentuava l'augment de les IVE en noies joves i adolescents, mentre que més enllà dels 30 anys disminuïa la seva incidència.

Gràfica 20. Taxes d'avortament específiques per edat (‰). França 1993-2002\*

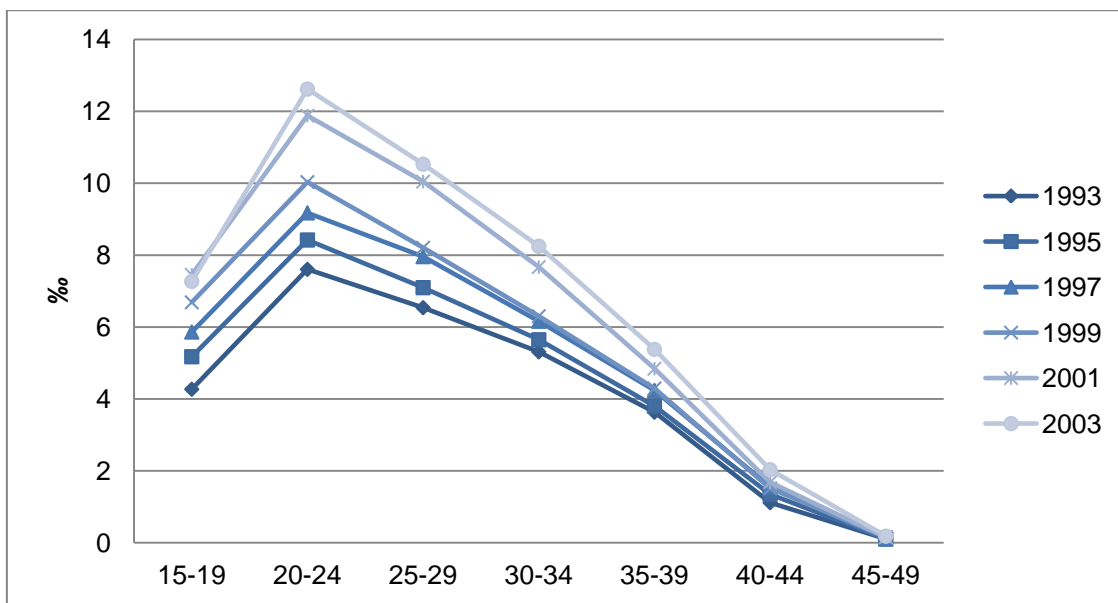


Font: elaboració pròpia a partir de les estimacions oficials de l'Institut National d'Études Démographiques de 2005 i dades de l'Institut National de la Statistique et des Études Économiques. \* les taxes d'IVE per edat es mantenen constants el 2005, darrer any disponible (195).

Aquest rejueniment de la corba de l'avortament s'accentua a mesura que es retarda el calendari a la maternitat. Al llarg de la dècada dels 90, les taxes de fecunditat augmentaven de manera progressiva en les dones de 30-39 anys i s'estabilitzaven abans dels 29 anys (216) (vegeu Annex 5. Taula 1)

A Bèlgica, com mostra la Gràfica 21, i com també he mostrat pel cas espanyol (Gràfica 9) s'aprecia com la corba de la taxa d'IVE per edats és molt constant al llarg del temps i es confirma una intensitat més important en les edats joves (20-24 anys) (Annex 5. Taula 2).

Gràfica 21. Taxes d'avortament específiques per edat. Bèlgica 1993-2003

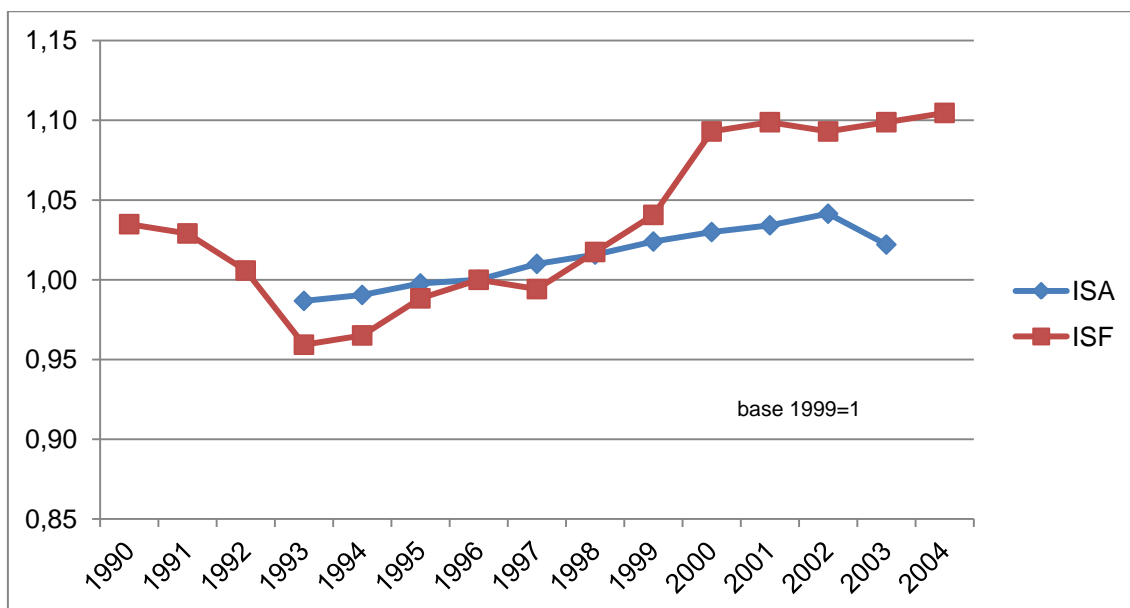


Font: elaboració pròpia a partir de les dades d'avortament de la *Commission National d'Évaluation*.

És interessant evidenciar en el cas belga que la taxa de les IVE adolescents presenta indicis d'una possible estabilització al voltant dels 7‰, mentre que el grup de 40-44 anys, manté una tendència lleugerament a l'alça, amb nivells, però, molt baixos, situant-se al voltant dels 2‰ l'any 2003.

A través de la relació que s'estableix entre l'ISA i l'ISF, hem vist pel cas francès, tal i com succeïa en el cas espanyol (Gràfica 5), com els dos fenòmens presenten una tendència creixent, de diferent magnitud. El cas francès mostra un creixement especialment accentuat de l'ISF (Gràfica 22 i Annex 5. Taula 3)

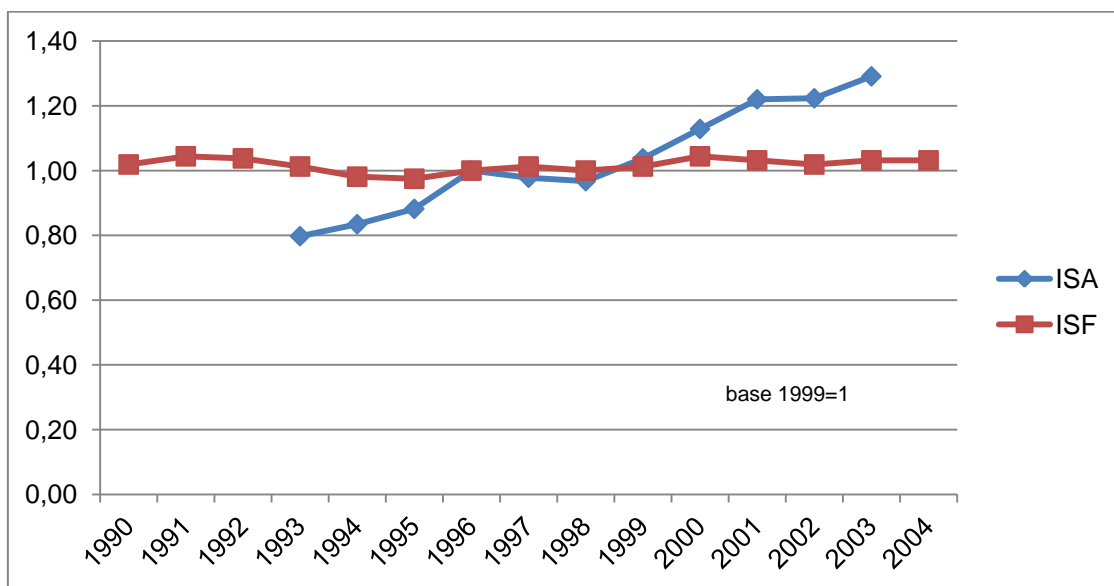
Gràfica 22. Relació de l'Índex Sintètic de Fecunditat i d'Avortament. França 1990-2004



Font: elaboració pròpia a partir de l'estimació oficial del nombre d'avortaments de l'INED el 2005 i dades d'Eurostat, 2006 per les taxes específiques de fecunditat per edat.

A Bèlgica, l'augment de l'avortament es produeix en un context de relativa estabilitat de la fecunditat en aquest període (Gràfica 23 i Annex 5. Taula 4)

Gràfica 23. Relació de l'Índex Sintètic de Fecunditat i Avortament. Bèlgica 1990-2004



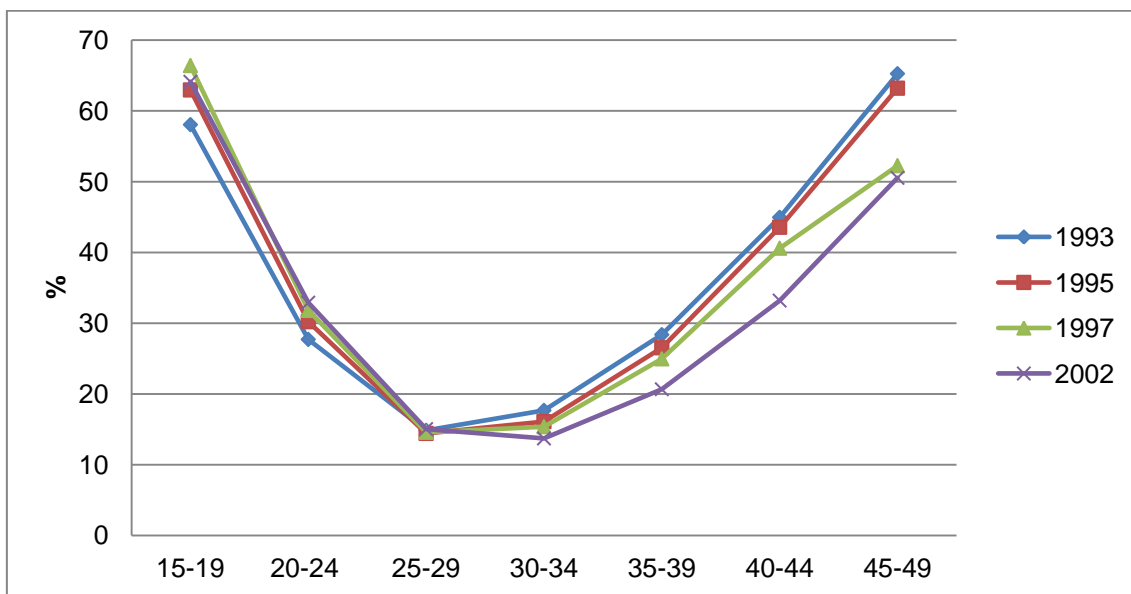
Font: elaboració pròpia a partir de les dades d'avortament de l'Informe de la *Commission National d'Évaluation* i dades de fecunditat d'Eurostat.



Es veu, especialment en el cas de França, com també he apuntat pel cas espanyol (vegeu apartat 4.2.1) com el nombre d'avortaments ha augmentat en moments de descens de la fecunditat i en moments d'increment, i en paral·lel a l'envelliment del calendari de la maternitat.

La Gràfica 24 mostra com entre 1993 i 2002 disminueix el nombre d'embarassos que es resolen amb una IVE a partir dels 30 anys (vegeu també Annex 5. Taula 5), situació que posa fi a la tendència observada fins els anys 90 d'interrompre els embarassos a aquestes edats. Contràriament, en les edats joves es confirma que l'augment de la taxa d'IVE després dels anys 90 (Gràfica 22) s'explica per una major probabilitat d'avortar davant d'un embaràs. Observant les dades de 2005 disponibles aprecio que aquest patró per edats s'estabilitza més enllà del 2002 (195).

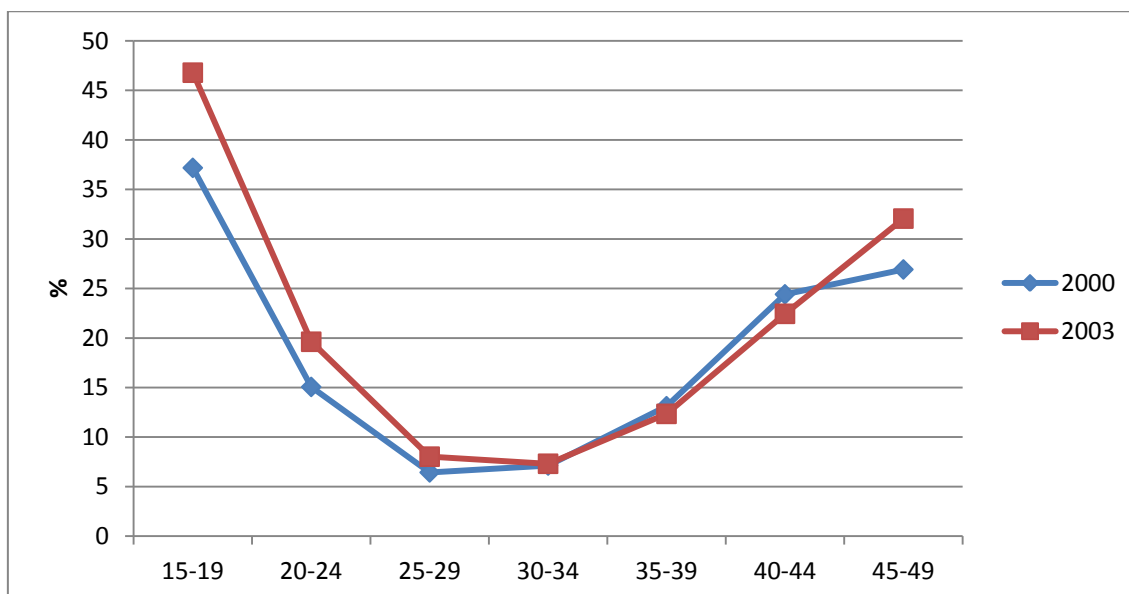
Gràfica 24. Proporció d'embarassos que es resolen amb una IVE. França 1993-2002



Font: Elaboració pròpia a partir de l'estimació oficial dels avortaments de l'INED l'any 2005; els naixements (per edat de la mare en anys complets) s'ha obtingut d'Eurostat, 2006.

A Bèlgica, la proporció d'embarassos que es resolen amb una IVE per edat de la dona (Gràfica 25 i Annex 5. Taula 6) dibuixa la forma de la corba típica de les societats que retarden el calendari a la maternitat i on hi ha una bona cobertura anticonceptiva. El grup adolescent es desmarca de la resta en els dos moments que represento a la Gràfica 25 i la tendència des del 2000 és d'augmentar la proporció d'embarassos que es resolen amb una IVE en dones menors 30 anys.

Gràfica 25. Proporció d'embarassos que es resolen amb una IVE . Bèlgica, 2000-2003



Font: dades d'IVE extretes de l'Informe de la Commsision National d'Évaluation (2000, 2003) i de naixements vius d'Eurostat

A Espanya com a França i a Bèlgica, les adolescents són les dones que avorten més davant d'un embaràs (Gràfica 10 i 24 i 25). L'evolució del comportament per grups d'edat, en el període d'estudi, és similar als tres països, on els embarassos que es resolen amb una IVE han guanyat pes entre les dones més joves (menors de 30 anys a França i Bèlgica i de 35 anys a Espanya) i, en canvi, han perdut pes a partir d'aquestes edats, tot i que de manera menys accentuada pel cas belga, degut al retard de la maternitat i a un millor control de la fecunditat a aquestes edats.

A través de la informació recollida al Registre d'IVE de cada país, s'evidencia que hi ha coincidències en el pes que representen determinades variables sociodemogràfiques i reproductives de les dones que avorten. Predominen les IVE en dones d'entre 20 i 29, solteres i assalariades (a França i Espanya on es recull aquesta informació). A França el 86,0% de les IVE es van realitzar en dones de nacionalitat francesa el 2002. A Espanya, en canvi, el percentatge d'IVE de espanyoles i dones d'origen estranger està més equilibrat (55,1% i 45,0 respectivament l'any 2008). A Bèlgica no es recull aquesta informació.

La majoria d'IVE es produeix en dones que ja han estat mares (a Espanya i França amb un percentatge molt ajustat respecte les que no tenen fills respectivament) i

que no han tingut cap avortament anterior. Tot i que són minoritàries, el pes relatiu de les IVE de repetició, han augmentat, en tots els rangs i el 2002 ja representaven el 30,0% a França. De la mateixa manera, a Espanya les IVE de repetició ja representaven el 2008 una tercera part del total d'IVE. A Bèlgica no es recull aquesta informació. La durada de la gestació, tan a França on hi ha una limitació legal, com a Espanya on la limitació és més laxa, la majoria d'IVE es produeix durant les 8 primeres setmanes el que estaria indicant un bon accés als centres sanitaris.

Segons dades belgues el 44,2% de les dones que van avortar el 2002 no havien utilitzat cap mètode anticonceptiu el darrer mes, però any rere any prenia cada vegada més importància el mal ús del mètode, aspecte interessant en un context d'elevada prevalença anticonceptiva.

Finalment, les raons per avortar recollides a través del Registre belga són ambigües. Només a Bèlgica es pregunta sobre un ventall de possibilitats. A França la llei ha permès que, finalment, no es recollís aquesta informació dins del Registre i a Espanya el motiu ha d'encaixar en un dels tres supòsits. Es trasllueix, però, que les principals raons que empenyen una dona a avortar són de caire personal. El 2002 a Bèlgica, els motius més declarats entre les dones que havien decidit avortar van ser les raons personals (51,8%) de les quals el "no desig d'infant en aquest moment" va ser la més citada (27,0% del conjunt de raons), seguit de "sentir-se massa jove" (24,0%) i tenir la "família completa" (22,0%).

Els motius per decidir avortar no poden ser resumits a partir de la resposta inclosa en els formularis de notificació, sempre parcials, perquè les raons i el procés de decisió són més complexos, resultat de la interacció de lògiques socials i les motivacions personals.

### 5.3. RECAPITULANT: LES LIMITACIONS DEL PODER EXPLICATIU DE LES LÒGIQUES SOCIALS

Més de 30 anys després de la despenalització de la pràctica a França, més de 20 a Espanya i més de 15 a Bèlgica, en contextos socials que consideren la IVE com a últim recurs davant d'un embaràs no desitjat, i on s'han difós mètodes anticonceptius eficaços com a vertader mètode de regulació de la fecunditat, no s'ha produït el descens de l'avortament que s'esperava. Tan sols s'ha aconseguit una certa estabilització de les xifres a França i un alentiment a Bèlgica i a Espanya. La intensitat de la IVE és diferent en els tres països, però tots tres presenten un

patró jove, sent el grup de 20-24 el que presenta les taxes més altes. Les diferències les ofereix el grup adolescent, l'evolució creixent del qual és especialment important a Espanya i França i s'estabilitza a Bèlgica.

La informació del Registre d'IVE evidencia que alguns trets sociodemogràfics de la dona que avorta presenten similituds entre els tres països, predomini de les IVE en dones d'entre 20-29 anys, solteres i assalariades, però també s'aprecien diferències; per exemple, el predomini de les IVE en dones d'origen francès que no es correspon amb la situació a Espanya, on el pes de dones estrangeres s'aproxima al de les espanyoles. La informació recollida en el Registre d'IVE i la qualitat d'aquest varia d'un país a l'altre, així com el control que s'exerceix sobre aquesta eina depèn de l'interès que genera i del nivell de normalització de la pràctica.

A la legislació espanyola, l'any 2008, la IVE es trobava inclosa dins del codi penal i la seva pràctica estava prohibida amb 3 excepcions. A diferència de la llei de terminis d'altres països europeus més progressistes que concedeixen una major autonomia a la decisió de la dona, a Espanya es mantenien unes condicions que s'havien definit en el context social i polític de l'any 1985, quan se'n va despenalitzar la pràctica, que ja no s'adeien amb l'estatus social que havia adquirit la dona 23 anys després. L'emancipació en l'esfera pública i privada que ha aconseguit la dona feia desfasada una llei que no la considerava prou autònoma per prendre una decisió sense la intervenció de terceres persones.

La disputa religiosa que prioritza el dret a la vida del fetus pren molta importància a l'Estat espanyol i confon els termes del debat polític encara avui, que hauria de posar l'èmfasi en el dret a la salut (pública) i el dret de la dona a decidir sobre el seu propi cos. La indefinició de la llei en alguns aspectes com el temps màxim de gestació en alguns dels supòsits i l'ambigüitat en la valoració del supòsit de risc psicològic al que es podrien acollir totes les dones, deixava desprotegits als professionals que realitzaven IVE i les dones que hi accedien l'any 2008.

La IVE a Espanya és una prestació del Sistema Nacional de Salut, però l'any 2008 no estava garantida l'atenció dins de la xarxa pública. Així, l'objecció de consciència i la manca de protocol·lització del circuits feia que les dones es poguessin trobar amb traves abans de poder-se realitzar la IVE.

Uns anys abans de la despenalització de la IVE, l'any 1978, i desvinculada d'aquella, es va despenalitzar l'anticoncepció i, així, el model de salut espanyol prioritza la prevenció d'embarassos no desitjats i deixava com a últim recurs la IVE. El fet de

no vincular la prevenció anticonceptiva a la pràctica de la IVE, però, fins el 2010, ha demostrat la manca d'una estratègia global de salut i drets sexuals i reproductius, com la que proposava la CIPD del Caire.

Tot i que a la pràctica, la IVE no estava assegurada a la xarxa pública, garantia d'un avortament segur i d'un accés igualitari, ni formava part d'una estratègia formal de SSR més àmplia –que formalitzi l'educació sexual i reproductiva i introdueixi polítiques que facilitin l'accés real i efectiu a la informació i als mètodes anticonceptius–, la presència de professionals sensibilitzats i d'una consciència social que ha pressionat els diversos governs perquè equilibressin les concessions entre sectors conservadors i progressistes, ha permès que la pràctica estigués garantida a nivell nacional en centres privats acreditats i que els objectius públics prioritzessin la prevenció per evitar embarassos no desitjats.

La manca d'un model de SSR centralitzat ha fet que cada CCAA hagués de definir les seves pròpies normatives, circuits i serveis en matèria de SSR. Fora del sistema públic, la gratuïtat de la pràctica de la IVE depenia de si s'havia establert algun sistema de finançament que cobrés la intervenció en cada CCAA (concertació dels centres en alguns casos o pagament a través d'entitats sense ànim de lucre que cobreixen part o la totalitat de la pràctica). El resultat, era un mapa d'accés desigual per CCAA.

La despenalització de la pràctica i posterior definició dels circuits d'accés a l'avortament i l'atenció a les diverses dimensions de la SSR, no fa disminuir el nombre d'avortaments, necessàriament, però sí que millora les condicions d'accés, el tracte de la dona i l'acompanyament com ja apuntaven alguns autors (177,217).

Així mateix, el número de centres, les condicions d'accés als serveis i les desigualtats territorials tampoc afecten la xifra final d'avortaments en contextos nacionals on la prestació està assegurada per llei, però sí que pot afectar l'experiència i el perfil sociodemogràfic de les dones que avorten en cada regió i les característiques medicosanitàries de la pràctica.

Els resultats obtinguts fins aquí no parlen tant de la poca capacitat de modificar conductes per part dels objectius públics dirigits a disminuir la IVE i assegurar la SSR, sinó, més aviat, de la complexitat del procés de la IVE i de la necessitat d'incorporar el nivell d'anàlisi individual per entendre les xifres agregades.

Els objectius públics en matèria de SSR poden actuar, parcialment, en algunes de les etapes del procés, mentre que en d'altres l'esfera privada té un pes massa

important perquè els factors institucionals hi puguin actuar. Per això, les lògiques socials de l'avortament presenten limitacions per explicar el recurs a la IVE.

Resseguint cadascuna de les etapes del procés de la IVE (sexualitat, anticoncepció, embaràs no desitjat, decisió d'IVE i accés al sistema sanitari), puc destacar com en les relacions sexuals de les dones, primera fase del procés, l'actuació del objectius públics és limitada per tractar-se d'una pràctica privada. L'educació sexual hi podria tenir un paper si es donés en edats precoces i si fos realment transformadora de normes i representacions socials i de relacions de gènere desiguals que podrien estar dificultant la negociació, però en els casos d'estudi l'educació està molt dirigida a la prevenció de les conductes sexuals de risc en edats adolescents.

L'ús de l'anticoncepció és la fase del procés de l'avortament en la que els objectius públics han demostrat tenir un paper més important i eficaç. Una elevada cobertura anticonceptiva, com demostren les dades de prevalença en els països estudiats, s'ha mostrat efectiva per fer disminuir les IVE (73).

En el cas francès s'ha confirmat que el descens de les taxes d'avortament fins el 1980 i posterior estabilització durant els anys 90, es va deure a l'èxit de la difusió dels mètodes eficaços i especialment l'anticoncepció oral (218). En aquest context d'alta cobertura anticonceptiva, en canvi, no han deixat d'augmentar les IVE davant d'un embaràs no desitjat, raó per la qual no apreciem un descens de les taxes d'avortament en aquest país (150).

En el cas espanyol hi ha dos factors a tenir en compte que dibuixen un escenari diferent al que acabo d'apuntar pel cas francès. A Espanya, tot i una alta prevalença anticonceptiva (73,3%), predomina l'ús del preservatiu, especialment en edats adolescents i joves que, tot i ser un mètode eficaç, registra altes taxes d'errada (195). Així mateix, es manté una alta proporció de necessitats insatisfetes en matèria anticonceptiva (19,0%). En el cas espanyol, doncs, trobo un escenari menys optimista a l'hora assolir l'objectiu de fer disminuir els embarassos no desitjats i les IVE. Finalment, la relació entre anticoncepció i la IVE es revela complexa, perquè posa en joc una multiplicitat d'aspectes no sexuals que afecten la sexualitat (lligats a la relació de parella, els rols de gènere, la religió, l'autoestima, el desig de maternitat,...) i que se situen a un nivell individual o privat de decisió.

De nou, l'educació sexual i la informació tenen un marge d'acció limitat a l'hora d'evitar embarassos no desitjats. L'educació està dirigida, sobretot, a població adolescent i en un context educatiu formal, fent que la resta de dones en quedin al

marge. Si bé a Bèlgica i França l'educació està confirmant-se en els currículums escolars, a Espanya és la gran absent, fins i tot a l'educació obligatòria i és desigual a tot el territori.

Davant d'un embaràs no desitjat, de nou, els objectius públics tenen poc marge d'acció, perquè la decisió de com resoldre'l és privada. La manca d'una atenció estandarditzada davant dels embarassos no desitjats traspasa la responsabilitat als professionals que atenen a les dones embarassades.

Un cop la dona ha decidit que vol interrompre el seu embaràs, ha d'accedir a la IVE. En aquesta fase la legislació sobre IVE i la implementació d'aquesta pren molta importància. La intervenció ha de complir les condicions que estableixi la llei per poder accedir a una IVE. Una legislació més estricta no vol dir que es produeixin menys avortaments. El cas d'Espanya n'és un exemple. Tot i una llei de supòsits que demana explicacions a la dona, l'ambigüitat en els terminis de gestació fa que rebí demandes d'IVE de dones amb residència a l'estranger on l'avortament és permès segons criteris amplis, però on es limita el temps de gestació. La dona ha d'accedir al sistema sanitari acreditat per poder realitzar la IVE abans de superar el termini legal de gestació, ha de complir els supòsits legals, el servei sanitari o el professional que l'atén no ha de fer objecció de consciència, i si és així l'ha de poder derivar a un altre centre o professional (a Espanya no està legislada l'objecció de consciència ni la derivació en cas d'objectar). L'avortament ha demostrat ser una realitat social no normalitzada, però accessible a Espanya.

Finalment, l'evolució de la xifra d'IVE pot dependre d'alguna de les etapes del procés de la IVE o bé d'evolucions contràries de cadascuna d'elles que es compensen globalment (10). Per aquesta raó es fa difícil avaluar l'impacte dels objectius públics en la intensitat i tendències de la IVE amb dades agregades.

Les xifres d'IVE no només són el reflex de l'èxit dels objectius públics en fer-les disminuir o garantir la SSR sinó que, a més a més, posen en joc una multiplicitat de lògiques explicatives. Finalment, l'interès es desplaça a les raons que porten una dona a prendre la decisió d'interrompre l'embaràs.

El Registre d'IVE, tot i les seves debilitats, s'ha revelat la font més exhaustiva per l'estudi de la intensitat i característiques de la pràctica de la IVE i de la dona que avorta, però insuficient per desgranar tot el procés de la IVE i poder explicar els motius que fan que una dona sexualment activa, que té accés a mètodes anticonceptius, així com a l'atenció sociosanitària per prevenir embarassos, quedi

embarassada i decideixi avortar. Només la dona amb el seu relat podrà posar el valor que li correspon a cadascun dels factors explicatius de la decisió i permetrà entendre el recurs a la IVE.



## **CAPÍTOL 6. EL PROCÉS INDIVIDUAL DE LA INTERRUPCIÓ VOLUNTÀRIA DE L'EMBARÀS. L'EXPERIÈNCIA DE LES DONES DE 25-34 ANYS**

Aquest capítol es correspon amb l'objectiu 3 de la tesi doctoral que busca donar resposta a: 1) El perquè les dones de 25-34 anys decideixen interrompre l'embaràs i 2) El rol de les lògiques socials en aquesta experiència individual.

Les dones de 25-34 anys es troben a l'edat socialment percebuda com l'edat a la maternitat, on es concentren la majoria de naixements i una minoria d'embarassos no desitjats. A la frontera amb el període menys fèrtil de la dona i edat en la que socialment s'espera que ja s'haurien d'haver assolit una altra sèrie d'objectius, educatius, professionals i de parella, les dones d'aquesta franja d'edat també avorten. Sembla un moment complex i en el que la dona ha de tenir en compte factors de naturalesa diferent per prendre la decisió. Aquesta aparent complexitat en el procés de decisió és el que fa que sigui el grup adient per estudiar les motivacions a una IVE.

A través de les narracions de les dones embarassades i del discurs col·lectiu d'un grup de dones de 25-34 anys i de dos grups de professionals desgrano el procés de la IVE. Analitzo les condicions d'arribada d'un embaràs a través de la pràctica sexual i anticonceptiva i de les intencions d'embaràs, la presa de decisió davant d'un embaràs i la forma de resolució d'aquest i l'experiència de la dona en contacte amb els serveis d'atenció a la IVE que, finalment, em permetran reconstruir el procés individual a la IVE. A partir dels relats de les dones identifico i concedeixo el pes que correspon a cadascun dels factors individuals i les lògiques socials que estan afectant la decisió i l'experiència a l'avortament, per poder entendre, així, la decisió d'interrompre l'embaràs en el grup de dones de 25-34 anys. Complemento la informació facilitada per les dones amb la informació que m'ofereixen els grups de discussió realitzats a d'altres dones del mateix grup d'edat i amb professionals socio-sanitaris de la SSR que les atenen, per poder contextualitzar cadascuna de les decisions individuals de la IVE en el marc on aquestes prenen sentit.

El capítol s'organitza en quatre apartats. En el *primer apartat* presento els factors que donen forma a la decisió de recórrer a una IVE. A partir del relat de totes les dones embarassades desgrano les 4 primeres etapes del procés -des de la pràctica sexual fins que la dona decideix com resoldre l'embaràs-, fent aparèixer els factors estructurants en cadascuna d'elles. En el *segon apartat*, considero tan sols les dones que avorten i ressegueixo el seu procés de decisió individual per captar en quin moment del procés es decideix d'interrompre l'embaràs. La narració de

cadascuna de les dones que decideix recorre a una IVE, analitzada en el seu conjunt, em permet integrar els diversos factors estructurants del procés de decisió de la IVE que han aparegut en el primer apartat. No es tracta de definir perfils de dones que avorten sinó d'il·lustrar com interaccionen els factors estructurants en els relats i donen forma a la decisió d'avortar. En el *tercer apartat* del capítol presento l'experiència de les dones que han decidit avortar quan entra en contacte amb el sistema de SSR, darrera fase del procés individual a la IVE. Finalment, al quart *apartat* del capítol, destrio aquelles dimensions que s'han revelat importants al llarg del procés, em refereixo a les connotacions a la maternitat entre les dones d'edats compreses entre 25-34 anys, les ambivalències davant de la maternitat i d'un embaràs i el rol de la parella al llarg del procés individual a la maternitat i a la IVE

Per l'entitat que pren el tipus de relació parella en els relats de les dones faig una precisió en aquesta introducció al capítol. Durant les entrevistes no he preestablert uns criteris per definir *parella estable*. Quan la dona s'hi refereix com la seva parella, perquè hi conviu o perquè han establert uns vincles estables en el temps, perquè es tracta d'una relació pública i/o s'ha verbalitzat aquesta estabilitat llavors la considero parella estable. En la resta de casos considero una *parella no estable*, però aquesta categoria es desgrana en: a) *parella recent* quan la dona expressa que fa poc temps que estan junts; si bé en alguns casos una relació recent no és incompatible amb un cert grau de compromís, pren més importància el factor de durada en el temps; b) *parella incerta* quan la dona sent que el futur de la parella no és clar, la possibilitat que es trenqui la relació està molt present, si bé es pot tractar de parelles compromeses l'un amb l'altre, i c) una *parella sense futur*, perquè es concep com una relació habitual però efímera o perquè la relació sexual és fruit d'un retrobament després d'haver trencat la relació i, en ambdós casos, l'embaràs és l'esdeveniment que marca la seva finalització.

#### 6.1. DE LA PRÀCTICA SEXUAL A LA RESOLUCIÓ DE L'EMBARÀS. ELS FACTORS ESTRUCTURANTS DE LES DECISIONS

A través dels relats de totes les dones embarassades identifico els factors estructurants de les decisions que es prenen al llarg del procés de la IVE, des de la pràctica sexual fins a la decisió de com resoldre l'embaràs.

### 6.1.1. La sexualitat i la pràctica anticonceptiva. Una gestió difícil

En dones actives sexualment i en relacions heterosexuals, l'ús i la gestió de l'anticoncepció remet a les intencions d'embaràs i, concretament, quan es produeix un embaràs no desitjat, al biaix entre les intencions i les conductes. Les seves experiències narrades evidencien conductes que es poden objectivar –*no vull quedar-me embarassada, llavors em protegeixo o vull quedar-me embarassada, llavors deixo l'anticoncepció*– i d'altres que resulten contradictòries –*dic no voler quedar-me embarassada o quedar-m'hi més endavant, però no m'he protegit correctament*–, però en ambdós casos, la conducta anticonceptiva s'ha de vincular necessàriament a les relacions afectivosexuals, a les representacions individuals de la sexualitat, de la norma anticonceptiva i de les pràctiques medicosanitàries.

#### a) La responsabilitat de protegir-se d'un embaràs

Quan la dona vol evitar un embaràs, l'ús i la pràctica anticonceptiva és gestionada per elles, si bé quan la parella és estable es negocia el mètode a utilitzar.

“...voldria canviar [el preservatiu], però prendre'm la *píldora* per una vegada al mes que ens veiem o una vegada cada dos mesos, tampoc volia carregar el meu cos amb *algo* així” (Ivet, 30 anys, parella no estable)

“yo se lo planteé a él, cuando hablamos del tema de los anticonceptivos se lo planteé a él, le dije, «a ver, anticonceptivos no, porque me sientan mal, el DIU no por... por estas contraindicaciones» y bien, lo asumí bastante bien” (Minerva, 30 anys, parella estable)

Són menys els homes que prenen la iniciativa en matèria anticonceptiva i quan ho fan, normalment, és pensant en després de néixer el primer fill.

“Él me dijo «hombre, es que el preservativo es un poco rollo, me puedo hacer yo la vasectomia que es reversible»” (Victòria, 26 anys, parella estable).

El testimoni de l'Ana María mostra com la falta d'habilitats personals i socials, la falta d'*empoderament* o d'apropiació de les pròpies decisions, impedeix a la dona que es negociï un mètode.

“Una vez he dicho yo «¿por qué no compras eso?» él no entiende, por eso pasan esas cosas, pero sabía yo...” (Ana María, 29 anys, parella no estable)

Els professionals de la SSR es topen a la seva consulta amb un perfil d'home que pren la responsabilitat de l'anticoncepció, bàsicament mitjançant l'ús del

preservatiu, quan és ell qui té molt clar que no vol ser pare i la dona mostra intencions o exposa directament el seu desig de ser mare. Per norma general, els professionals consideren que l'elecció del mètode és negociada i, en canvi, la gestió del mètode és de les dones mentre que els homes s'encarreguen de la gestió del plaer (Grup de discussió 2).

No només la gestió de l'anticoncepció, també la responsabilitat d'un bon ús i fins i tot d'una errada del mètode recau sobre la dona, com transmet el testimoni de la Xènia.

"[em sento] fatal perquè ha sigut fruit d'una irresponsabilitat. Vull dir no és ni un accident, és una irresponsabilitat, llavors... És això, em sento totalment responsable i, per tant, em sento fatal, fatal" (Xènia, 31 anys, parella no estable).

*b) L'accés a la informació i als mètodes anticonceptius. El paper del sistema sanitari i del professional*

Les dones se senten informades, en el sentit que són capaces de buscar informació, trobar-la i gestionar-la. Tant la informació com l'accés als mètodes anticonceptius es posa en funció de l'interès i els recursos o habilitats de la dona, així com de les tendències d'ús d'un tipus d'anticonceptiu concret en el moment i en el context social en el que viu.

"Avui en dia es coneix, vull dir, qui no sàpiga és perquè no te ganes d'informar-se, però és com tot, hi ha molta informació al nostre abast. Aleshores qui no s'informa és perquè *bueno*, perquè no sé... la curiositat o perquè *bueno*. Per tot arreu t'informen i hi ha..." (Carla, 32 anys, parella estable).

Hi ha excepcions, però, dones amb una manca d'habilitats personals i socials que no són capaces d'accedir a mètodes anticonceptius.

"Aaaaa, pastillas no sabía, yo, pero para hombre sí hay, sabía, pues, pero para mujeres, no" (Ana María, 29 anys, parella no estable).

Sobre la font d'informació i sobre el paper dels professionals a l'hora d'orientar sobre PF, hi ha diversitat d'experiències, però sempre és la iniciativa de la dona la que la dirigeix cap a una font o una altra, condicionant la quantitat i la qualitat de la informació. Entre les dones embarassades entrevistades no s'aprecia que la dona d'origen estranger sigui més vulnerable, per la seva condició d'estrangera, o tingui menys recursos que la espanyola en l'accés als mètodes.

La principal font d'informació és el grup d'iguals i altres fonts informals com Internet.

"Jo preservatiu. Jo mai he pres pastilla ni res... perquè suposo que a l'adolescència les meves amigues érem així i no sé, no m'ho he plantejat" (Raquel, 30 anys, parella estable).

"por las pastillas no pregunté directamente a los médicos, lo busqué simplemente en internet y, hablando así, ..." (Aïcha, 27 anys, parella estable)

Els professionals als PASSIR a l'atenció primària o els ginecòlegs a l'atenció especialitzada, són un referent quan la dona vol conèixer l'opinió de l'especialista. De totes maneres, la informació és donada quan la dona la demana plantejant dubtes concrets. Depèn del professional que es trobi, la relació és més fluida i les explicacions més completes, però en qualsevol cas és una petició de la dona.

"la primera vez que fui... claro pues yo le dije, le dije al ginecólogo que yo quería comenzar a planificar y todo eso... entonces allí me dijo que tenía las pastillas, que tenía las inyecciones también...y todo lo demás...y yo opté por las pastillas..." (Mariana, 30 anys, parella no estable).

"No sé si a nivel de un usuario que no tiene nada que ver con el ámbito sanitario, si se le da suficiente información, eee, desde el centro de salud" (Minerva, 30 anys, parella estable)

La Marina narra l'única experiència amb el sistema sanitari abans de l'existència del PASSIR. Quan era adolescent es va visitar en un centre localitzat al seu districte especialitzat en SSR i dirigit a població general. M'explica com la perspectiva integral i positiva de la sexualitat que va rebre des del centre li va oferir eines i ha tingut una influència en la seva conducta saludable quan ha estat adulta.

"Jo vaig anar a planificació familiar del meu barri... es que em van informar absolutament tot, inclús em van donar les pastilles i em donaven preservatius... em van ensenyar a posar un preservatiu... tot molt bé ... t'agafaven just el primer dia, sense pegues, sense peròs, no, molt bé, molt bé" (Marina, 32 anys, parella estable).

El grau de satisfacció de la dona amb el sistema sanitari depèn de la seva experiència particular amb els professionals. Existeix una certa acceptació que l'orientació en PF es redueixi a rebre informació sobre mètodes anticonceptius i que no hi hagi iniciativa per part dels professionals d'informar més i millor sobre el mètodes anticonceptius.

"Jo crec que més aviat m'ho he anat fent jo. Però sí que quan he preguntat al ginecòleg o així, no, no... m'han informat sempre molt bé (Gisela, 33 anys, parella estable).

"Tampoco es que te den una súper informació, pero claro, te vas informando" (Minerva, 29 anys, parella estable).

A Espanya i a Catalunya, on l'educació sexual no està normalitzada en el sistema educatiu formal, són poques les dones que anomenen l'escola com a font d'informació sobre PF i anticonceptius i quan se cita va ser el mestre que va impartir l'assignatura el que esdevé el referent.

"jo em sembla que sí [he tingut suficient informació], però bàsicament perquè ja, a sisè de bàsica, a la meua classe, vam tenir una mestra que ens va fer una explicació de tots els mètodes anticonceptius haguts i per haver" (Susana, 30 anys, parella estable)

Una altra font d'informació és la família i, sobretot, mares i germanes. Les dones d'origen estranger que les citen com a primera font, les defineixen com a persones amb experiència i que donen confiança.

"Primero a mi madre, porque claro, con la experiencia que tiene, y después a los médicos porque son ellos quién..." (Aïcha, 27 anys, parella estable)

"La meua mare sempre ens ha donat una mica... per això mateix, perquè no vinguéssim embarassades amb 15 anys o amb 20" (Francesca, 34 anys, parella estable).

"Jo vaig arribar a casa, vaig poder fer tantes preguntes com vaig voler i se'm van contestar totes" (Susana, 30 anys, parella estable)

Tot i que les dones diuen disposar de la informació necessària, hi ha llacunes de coneixement, perduren prejudicis i idees errònies sobre l'anticoncepció, sobretot respecte l'anticoncepció oral.

"Yo tenía entendido que tanto tiempo de tomar anticonceptivos luego te cuesta quedarte embarazada, ¿no?" (Mariana, 30 anys, Equador, parella retrobament).

"... aro vaginal ese, o parches, o tal, van todos relacionados con hormonas, por lo tanto, me daba miedo el probarlos porque como me había dado tan fuerte con las pastillas aquella depresión, dije, oye, fuera" (Minerva, 30 anys, parella estable)

"Cuando alguien quiere tener un embarazo, [haber tomado pastillas anticonceptivas] lo retrasa, y también... dicen que engordan, que hacen, eh,

el dolor de cabeza y esas cosas, y yo estaba contra, contra de las pastillas”  
(Aïcha, 27 anys, Marroc, parella estable)

A més a més del neguit personal per voler saber o per voler gestionar la pròpia sexualitat, les experiències properes també condicionen que la dona vulgui informar-se i accedir a la prevenció per tal d'evitar que es repeteixin situacions no desitjades

“Clar, em vaig preocupar jo, perquè no volia que em passés lo de ma mare o lo d'altre gent que jo havia vist... amb tots els mètodes que hi han i que no puguis... i sempre he fet servir tots dos, tot i que... la meva parella, que fos, fes servir preservatiu, jo sempre prenia pastilles” (Marina, 32 anys, parella estable).

c) *La norma social de l'anticoncepció*

La norma social anticonceptiva fa referència als mètode/s més utilitzats en el nostre context i a la responsabilitat de protegir-se quan no es vol ser mare (vegeu apartat a) sobre la responsabilitat de protegir-se) i, també, diu a la dona quin mètode ha d'utilitzar en funció del tipus de relació de parella i del moment en que es troba en la seva trajectòria sexual, així com en funció de la prescripció del professional.

Tot i tenir un bon coneixement dels mètodes anticonceptius existents al mercat espanyol i més freqüents en el nostre context, els més utilitzats en les relacions sexuals es redueixen, per elecció de la dona, al preservatiu i/o l'anticoncepció hormonal (i especialment oral). L'elecció d'un o altre mètode es posa en funció del moment en la trajectòria sexual i de parella, que esdevé la norma anticonceptiva en el nostre context (Taula 18).

Taula 18. Mètode anticonceptiu habitual de les dones entrevistades

	Oral	Preservatiu	Cap
IVE	Mariana	Ivet Jéssica Paula Rosa Monica Xènia	Ana María
Naixement	Olga	<b>Aïcha</b> <b>Minerva</b> <b>Raquel</b> Eva Vicenta Victoria	ADA CARLA ESTELA GISELA FRANCESCA MARINA SUSANA NINA Lara Violeta

MAJÚSCULES: Embaràs planificat; **en negreta**: embaràs planificat per més endavant

El *coitus interruptus* és una pràctica que està present en algun moment en la trajectòria sexual de gairebé totes les dones, especialment en dones que fan un ús habitual del preservatiu, i juntament amb el mètode d'Ogino es tracta de pràctiques normalitzades dins de la parella estable.

"no sempre [érem estrictes amb l'ús del preservatiu]. D'aquí el problema /.../ tampoc et sabia dir exactament quan va ser, saps? però bueno m'imagino que... doncs no sé, no sabia dir-te. Es va escapar alguna cosa... no sé" (Xènia, 32 anys, parella no estable)

"El preservativo, y muy mal, (riu), mal utilizado, claro, porque a la vista está (riu), si lo utilizas bien, no vienen /.../ pero bueno, supongo que en nuestros juegos, en nuestras historias, pues /.../ entre método Ogino y preservativo /.../ tampoco me obsesionaba..." (Minerva, 30 anys, parella estable)

"al principi de tot amb preservatiu, t'estic parlant al principi de tot, quan érem *nòvies*, al principi, després vaig prendre pastilles i *después*, ja, portàvem un temps que no preniem res, que... fèiem la marxa enrere" (Francesca, 34 anys, parella estable).

Només les dones que no volen córrer cap risc, i així ho expressen, no han practicat mai el *coitus interruptus*. Són les mateixes dones que es protegeixen amb el doble mètode (preservatiu i oral) per aconseguir una protecció total.

"Els dos mètodes anticonceptius ahora, la pastilla i el preservatiu, i només era per evitar l'embaràs... però a mi no em molestava, eh, fer servir els dos" (Susana, 30 anys, parella estable)



“Jo prenc pastilles casi bé de tota la vida. Tota la vida. I a més a més, quan no tenia parella estable feia servir preservatiu. Sempre he fet servir les dues coses... Sí. Per si de cas. Perquè clar, jo soc *penalti* i no ho volia. No volia que em passés sense haver-ho decidit. Saps?” (Marina, 32 anys, parella estable).

Del testimoni dels professionals que atenen a les dones en matèria de SSR sobresurt la importància que el professional que prescriu els mètodes sigui capaç d'adaptar-lo al moment del curs de vida d'una dona i com això requereix del seguiment de la seva història clínica i conèixer el seu desig d'embaràs. Reconeixen que no és un objectiu fàcil perquè implica una confiança usuària-professional, una corresponsabilitat per part de la dona de comunicar les motivacions i seguir els consells del professional un cop surt de la consulta i, per part del professional i del sistema sanitari, requereix d'un bon seguiment de la prescripció del mètode, de la disponibilitat de temps a la consulta i d'una continuïtat assistencial que no està assegurada al sistema públic (Grup de discussió 2).

Finalment, la prescripció acaba sent estandarditzada, realitzada en base a criteris mèdics i és la dona qui adapta el mètode al moment de la trajectòria personal i sexual.

#### *d) Raons d'ús i la pràctica quotidiana*

Les raons donades per les dones per utilitzar, canviar o interrompre un mètode anticonceptiu no són excloents ni exclusives de cada dona.

Eficaços o no, els motius d'ús d'un o altre mètode, expressats per les dones, donen alguna pista de quin és el coneixement i conducta preventiva de les dones. Cito a continuació aquells motius que apareixen a les narracions de les dones embarassades:

- *Per fer ús del preservatiu:*

- Alternativa als mètodes que tenen efectes sobre la salut

“és una cosa que està entremig, no, entre tu i ell (riu), i es nota quan hi és i quan no hi és, però *bueno*, preferíem això que..., que alterar el... va ser una elecció, de dir, *bueno*, aquest és el ...aquest és el que encaixa més amb el que nosaltres volem” (Estela, 32 anys, parella estable).

- En relacions esporàdiques

"prendre'm la pastilla, per, per un cop al mes que ens veiem, o, un cop cada dos mesos, tampoc volia carregar el meu... el meu cos, amb *algo* així" (Ivet, 30 anys, Espanya, parella no estable)

- Per imitació

"suposo que a l'adolescència les meves amigues érem així. En canvi, la generació de la meva germana que té 25, moltes prenen anticonceptives i jo no. No sé, no m'ho he plantejat" (Raquel, 30 anys, parella estable).

- Per hàbit

"suposo que utilitzarem el que hem utilitzat sempre [el preservatiu] que ens ha anat bé..." (Estela, 30 anys, Catalunya, parella estable)

"Estàvem tan habituats [del preservatiu] que... i també teníem tan clar que no desitjàvem un embaràs inesperat... que ja... suposo que el moment d'haver de parar, no..." (Gisela, 33 anys, parella estable)

- Per facilitat d'accés i d'ús

"No sé, el preservativo es más fácil y más a mano" (Vicenta, 26 anys, parella no estable).

"el preservatiu el fas servir en aquell moment i te n'oblides i el tens allà i el compres a la farmàcia i ja està, ja no entra ningú més en joc" (Susana, 30 anys, parella estable)

- En primeres relacions per controlar la relació i evitar ITS

"fèiem servir preservatiu, fins que ell es va fer una anàlisi de sang" (Victòria, 26 anys, parella estable)

"cuando empecé con él [utilizaba] preservativos, luego, yo me hago las pruebas estas del Sida cada año" (Violeta, 27 anys, parella no estable)

- o *Per fer ús de l'anticoncepció oral:*

- Per evitar les incomoditats del preservatiu

"porque... como que soy un poquito alérgica al látex, entiendes, me irrito, me... o sea que prácticamente no..." (Mariana, 29 anys, parella no estable)

"el preservatiu no, no m'acaba de fer, no m'agrada, tinc molts problemes després a nivell de, de picors i tot això, i amb les pastilles ja, *bueno*, ja tenia l'hàbit" (Olga, 29 anys, parella estable)

"Perquè és incòmode. Perquè li és incòmode... perquè no hi han talles (Marina, 32 anys, parella estable).

- Quan no hi ha risc d'ITS

"Bàsicament he tingut només aquesta parella i aleshores el... he tingut altres experiències, però han estat... aleshores, sempre, des del principi... ja vaig prendre la *píldora* (Carla, 32 anys, parella estable)

- Per prescripció mèdica

"Perquè jo tenia molts dolors menstruals i amb la *píldora* ja no els tenia i a més, tres dies, molt ràpid... m'anava molt bé, no em vaig ni engreixar..." (Carla, 32 anys, parella estable)

"des de bon principi vaig començar a prendre les pastilles anticonceptives, també perquè el metge, als 15 anys, me les va receptar" (Lara, 27 anys, parella estable)

"vaig començar a prendre-les arrel de la operació que em van fer, em van dir que era una manera de regular més tot el tema de la menstruació només per un ovari" (Olga, 29 anys, parella estable)

- Per hàbit

"amb les pastilles ja, *bueno*, ja tenia l'hàbit, i estava molt contenta, i fins ara m'havia anat molt bé" (Olga, 29 anys, Catalunya, parella estable).

- Perquè hi ha parella estable

"Porque aquí ya me estableicé con una pareja... fija" (Mariana, 29 anys, parella no estable)

"perquè ja era una parella estable i llavors ja sabia, era el meu nòvio de feia temps" (Francesca, 34 anys, parella estable).

- Per fiabilitat

"a mi em sembla que es més efectiu el DIU o les pastilles" (Rosa, 32 anys, parella no estable)

"per quedar-te més tranquil·la dius, mira, pastilles i ja està" (Nina, 29 anys, parella estable)

- Per gestionar la pròpia sexualitat

"A mi em donava una tranquil·litat la pastilla, perquè si el preservatiu fallava jo segur que no em quedaria embarassada" (Susana, 30 anys, parella estable).

○ *Per fer ús del doble mètode:*

- Més fiabilitat

"Jo prenc pastilles casi bé de tota la vida. Tota la vida. per si de cas. Perquè clar, jo soc *penalti* i no ho volia. No volia que em passés sense haver-ho decidit" (Marina, 32 anys, parella estable).

○ *Per fer ús del DIU:*

- Després de tenir el primer fill o per espaiar els naixements, per seguretat o comoditat

"Perquè tampoc em vull esperar molts anys a tenir el segon. Que sinó et diria pues igual busco *algo* més... estable, el DIU..." (Gisela, 33 anys, parella estable)

"a mi em sembla que es més efectiu el DIU o les pastilles" (Rosa, 32 anys, parella no estable)

"fins que no has tingut un fill, perquè és més dolorós i m'estic pensant això, ficar-me el DIU... si no m'ho posa molt negre el ginecòleg, potser sí que me'l poso" (Nina, 29 anys, parella estable)

Quan la dona prioritza la protecció per sobre d'altres aspectes de la sexualitat, els inconvenients d'un mètode segur poden ser obviats o trampejats.

"jo no penso que el preservatiu et talli el rotllo de tota una nit, ni et faci anar malament ni res... el que sí que tens clar és que amb el preservatiu no tens un fill quan tu no vols. La resta, si hi ha alguna cosa que no t'agrada, poses una mica d'imaginació i ja està" (Susana, 30 anys, parella estable)

"En aquell moment de preàmbuls, abans de la penetració... ja formava part del ritual d'alguna manera" (Gisela, 33 anys, parella estable)

"I llavors clar amb ell vam utilitzar el preservatiu... Res, no té cap problema és el que hi ha si no volem... (somriu), si no volíem que passés això i... cap problema utilitzar-ho" (Paula, 25 anys, parella no estable).

Una bona gestió del mètode anticonceptiu pot fer descartar l'ús d'un mètode més eficaç per un altre teòricament menys eficaç. L'exemple més clar el trobo amb l'anticoncepció oral ja que, tot i la seva eficàcia teòrica, a la pràctica pot no ser un mètode adequat per una dona que no ha creat l'hàbit de prendre-se-la diàriament o que no conviu amb la seva parella sexual.

"La pastilla és molt complicat, jo per mi, m'era molt complicat enrecordar-me'n cada dia. M'era molt complicat perquè al viure entre dos llocs... és clar,

o la portes al *bolso*, que no la pots tenir a la tauleta de nit perquè no dorms en un llit cada dia, en el mateix llit. Clar.... si la portes al *bolso* l'has d'anar traient a passejar i llavors corres el risc de deixar-te-la allà on sigui" (Marina, 32 anys, parella estable)

"La píldora [m'havia fallat] més [que el preservatiu]... perquè jo em despistava bastant" (Gisela, 33 anys, parella estable)

Segons els professionals de la SSR, hi ha dones que prefereixen utilitzar el *coitus interruptus* perquè se senten més segures controlant com es desenvolupa la relació sexual. El *coitus interruptus* es una pràctica freqüent, l'eficàcia de la qual depèn del grau de confiança que es dóna dins de la parella i del pacte que arriben a establir els dos membres (Grup de discussió 2).

Al llarg de la trajectòria sexual, les dones, i quan n'hi ha, d'acord amb les seves parelles, poden decidir canviar el mètode anticonceptiu (considero el *coitus interruptus* com a mètode quan la dona l'anomena com a opció). Un canvi que es pot deure a una inflexió en la seva situació afectiva o per manca d'adaptació al mètode anterior. A través de l'experiència narrada per les dones apareixen rellevants alguns motius de la substitució del mètode:

- Pels inconvenients del preservatiu es canvia a l'anticoncepció oral (Marina, Lara)
- Si es considera que no hi ha risc d'ITS, es passa del preservatiu a l'anticoncepció oral o al *coitus interruptus* (Carla, Francesca, Victòria, Violeta, Rosa)
- Si en el moment de la penetració s'és conscient de l'errada del mètode anticonceptiu habitual es produeixen dues situacions: 1) si no disposen de preservatiu es passa al *coitus interruptus* o 2) si hi hagut un oblit de la pastilla anticonceptiva, generalment, s'utilitza el preservatiu- (Aïcha, Nina, Jéssica, Xènia)
- Quan la pastilla no s'adapta a l'estil i ritme de vida de la dona es passa al preservatiu (Marina, Gisela)
- Si hi ha una separació llarga entre els membres de la parella o hi ha una ruptura i només hi ha relacions esporàdiques, es deixen les pastilles i s'opta pel preservatiu o pel *coitus interruptus* (Ivet, Mariana, Carla)

- Pels efectes secundaris de l'anticoncepció oral o el DIU –depressió, sentir-se inflada, per por a tenir dificultats de quedar-se embarassada després d'un llarg període utilitzant aquell mètode– es recorre al preservatiu (Gisela, Rosa, Minerva, Mónica, Mariana, Paula).
- Quan en relacions estables disminueix la freqüència de les relacions sexuals, es passa de les pastilles al preservatiu (Susana).
- Dins de les relacions llargues se substitueix el preservatiu per l'anticoncepció oral mentre s'està segur que no es vol un embaràs (Francesca, Mariana, Carla)
- Quan la parella s'estabilitza, es canvia l'anticoncepció oral o el preservatiu pel *coitus interruptus* o el mètode d'Ogino –sempre o sovint– (Francesca, Estela, Raquel, Minerva, Mónica).

El professional que es troba a la consulta amb dones amb un historial d'IVE de repetició que estan fent servir el preservatiu i/o que declaren practicar el *coitus interruptus*, suggereix un canvi a un mètode anticonceptiu més estable, com testimonia la Vicenta que ha tingut tres IVE anteriors i la ginecòloga li suggereix utilitzar un mètode hormonal.

Els professionals de la SSR que atenen a les dones són conscients que la prescripció dels mètodes anticonceptius està fallant perquè a vegades no s'adapta a les necessitats individuals ni a la pràctica que en fan les dones.

“Yo creo que es fundamental, como en todo tipo de relación asistencial, establecer un buen vínculo con la persona, es decir, si tu tienes a la paciente delante, que sabes que está haciendo un mal uso de los contraceptivos, que aquel método que le has dado no le está funcionando, pues claro, «Juanita, ¿qué hacemos?» /.../ «probamos esto y en dos meses, tres meses vuelves a venir y vemos como funciona»” (Llevadora de Primària 5. Grup de discussió 2)

A través dels relats m'adono que les decisions en matèria d'anticoncepció no són exclusives ni excloents d'un perfil de dona. El tipus de parella, però també el moment de la relació o la claredat amb les intencions d'embaràs pot fer recórrer a un mètode o un altre.

Com alguna autors apunten, el canvi del mètode podria ser un moment de fragilitat anticonceptiva durant el qual es podrien produir embarassos no desitjats (8). En canvi, res més lluny de la realitat que m'expliquen les dones, les quals semblen

controlar molt bé el canvi i no tant la gestió quotidiana. Cap dels embarassos no desitjats s'ha produït al canviar d'un mètode a un altre, sinó quan aquest no s'havia utilitzat *consistentment* –és a dir que no s'utilitza en totes les relacions sexuals o durant una relació es deixa d'utilitzar-.

Els professionals detecten la mala gestió quotidiana dels mètodes anticonceptius.

"no es tanto que no lo utilicen sino que no siempre lo utilizan de manera continuada o correcta" (Professional 1. Grup de discussió 2)

L'arribada d'un embaràs no desitjat es deu a lògiques complexes i a la dificultat de gestionar un mètode el dia a dia, excepte en el cas de l'Olga i de la Paula que van patir una errada tècnica del mètode.

A banda d'haver planificat un embaràs (Ada, Gisela, Estela, Susana, Nina, Carla, Francesca), existeix un ventall de raons, expressades per les mateixes dones, per fer un ús inconsistent del mètode o no fer-ne ús, a vegades per practicar el *coitus interruptus*, però sense massa cura.

○ *Raons d'un ús inconsistent:*

- Experiències de conductes de risc anteriors sense conseqüències (Violeta, Rosa, Ivet, Mónica, Jéssica)
- Creure que no s'és fèrtil o tenir problemes d'infertilitat diagnosticats per un professional (Victòria, Rosa)

○ *Raons de no ús:*

- En el marc d'una parella que ha expressat el seu compromís com a parella, si no hi ha acord amb el mètode (Lara)
- En el marc d'una parella estable que ha planificat un embaràs per més endavant, relaxament (Minerva, Aïcha, Raquel, Nina)

Aquestes raons em porten a valorar l'existència d'una consciència de risc. Es produeix una manca de *consciència de risc* quan no es valoren els riscos, perquè no se sap que existeixen, per desconeixement o per manca d'interiorització d'aquests. Només el testimoni de l'Ana María amb molt poques habilitats socials i personals, manca d'empoderament i d'autoestima i amb molta falta d'informació em suggereix una falta de consciència de risc per desconeixement real.

“Aaaaa, pastillas no sabía, yo, pero para hombre sí hay, sabía, pues, pero para mujeres, no (tos)” (Ana María, 29 anys, parella inestable).

No és fàcil identificar la falta de consciència de risc, especialment degut a què les narracions dels fets són posteriors a haver realitzat la conducta i, per tant, les dones justifiquen la seva conducta de risc. El que s'està produint més que una falta de consciència del risc per desconeixement, és una infravaloració del risc a l'embaràs i es fa evident un joc amb el risc. S'estableixen unes prioritats i, excepte quan la prioritat és protegir-se, es produeixen situacions de relaxament amb el mètode, es baixa la guàrdia. Les situacions a què s'enfronten les dones, no sempre de manera conscient, i davant de les quals no es protegeixen correctament, són de natura diferent:

- En una parella estable, quan s'ha plantejat l'opció de la maternitat, encara que sigui més endavant, es produeixen baixades de guàrdia freqüents i acceptades, i reconegudes pels professionals que atenen a les dones. En paraules de la ginecòloga del PASSIR, participant del Grup de discussió 2, “te dejas llevar” quan no s'ha plantejat l'opció de la maternitat i, en canvi, es prioritza el plaer i la relació de parella

“Potser l'últim mes sí que ho vem fer més sense posar [preservatiu]. Potser perquè estàvem millor. No sé, és inconscient al dos” (Raquel, 30 anys, parella estable)

“mal utilizado, claro, porque a la vista está (ríe). Si lo utilizas bien, no viene /.../ tampoco me obsesionaba, supongo que como ya tenía una edad y una...” (Minerva, 29 anys, parella estable).

“Cada cop que no controlàvem, sabíem que podia passar, no ho parlàvem, ens era igual” (Victoria, 26 anys, parella estable)

“llavors vam dir, *bueno*, ens estimem molt, sabem que si no prenem anticonceptius, el que pot passar, eeee, decidim. Tots dos vam estar d'acord, doncs ja està, endavant” (Lara, 27 anys, parella estable)

- En parelles no estables, per la imprevisió d'una relació sexual

“ese mes no tomé las pastillas... de todas maneras no estaba con nadie, digo, iva! por un mes que no me las tome no va a pasar nada... era una persona con la que ya no ... ya no estaba, o sea, lo habíamos dejado y todo lo demás, entonces...” (Mariana, 29 anys, parella no estable).

- En parelles no estables també quan es prioritza la relació sexual i el plaer



"I el fet de potser fer-ho... no utilitzar-lo estrictament és una qüestió, potser d'incomoditat, una qüestió de... no descuido, perquè això no es descuida, però... no sé en aquell moment no estàs per pensar amb això i... bueno típiques excuses d'adolescents" (Xènia, 31 anys, parella no estable)

- En parelles no estables, no haver verbalitzat els desitjos i les pors amb la parella

"lo planteas, pero no te importa, dices, si me quedo me quedo y ya está; pero lo que pasa que nunca nos sentamos a hablarlo, a profundizar ni... sino, seguramente, no lo habríamos hecho" (Violeta, 27 anys, parella no estable)

"encara que no tenia una relació molt estable amb aquesta persona, pues, la coneixia bastant i, creia que podia tirar endavant, però quan t'ho penses tot millor, no hi ha futur" (Ivet, 30 anys, parella no estable)

- Quan la dona creu que no és fèrtil

"portava molts anys amb la, amb la meva parella i tot, fèiem la marxa enrere i tot el rotllo, però no m'havia quedat mai embarassada" (Rosa, 32 anys, parella recent).

"en un moment determinat vam estar uns dies, que no el fèiem servir (riu) i vam dir, *bueno*, no passa res, perquè com que a mi m'havien dit, que tenia ovaris fibroquístics i que em costaria molt quedar-me embarassada i amb l'antiga parella mai m'havia quedat embarassada..." (Victoria, 26 anys, parella estable)

"Tenía miedo de que cuando me quedo que no pueda tener... A veces yo tengo miedo de no poder tener hijos porque como ha hecho muchos abortos y he tenido uno espontáneo" (Vicenta, 26 anys, parella no estable)

- Quan hi ha hagut experiències de risc prèvies sense conseqüències

"En algún momento, sabes, era como... me voy a quedar embarazada, pero pasaba un mes y no sucedía, y digo, "ah, no, no, la naturaleza es sabia" (Violeta, 27 anys, parella no estable)

"El meu error va ser que les dues vegades que em va fallar el preservatiu, jo al dia següent em vaig prendre la pastilla del dia següent, però, errors de la vida que cometes, en aquest cas no me la vaig prendre" (Ivet, 30 anys, parella sense futur)

"...yo antes de estar con este chico, llevaba 7 anys con otro chico y siempre lo habíamos hecho así y nunca me había pasado nada" (Jéssica, 32 anys, parella estable)

- Quan es fa una valoració conscient del grau de risc, tant durant la relació sexual com després d'una relació de risc que hauria pogut ser evitada amb l'AU

"pensaba que no... que era imposible... que me... porque hacía poco que se me había ido la regla y todo y digo, «no creo que esté ovulando ya todavía»" y... fue cuando ya me tocaba bajar la regla y no me bajó" (Mónica, 25 anys, parella estable)

"Pensava que mira, com les dues vegades que me la vaig prendre [l'anticoncepció d'urgència] no vaig tindre... allò, la sensació d'avortament, o de dir, ai, *bueno, no me tocarà, pues te tocó*" (Ivet, 30 anys, parella sense futur)

- La dominació masculina o falta d'empoderament

"Él no le interesaba eso. «Yo voy a cuidar» me dijo. Y ya un tiempito con eso, pasó" (Ana María, 29 anys, parella inestable).

Els professionals parlen de la corresponsabilitat dins de la relació de parella com a factor important, també, per dur a terme una bona gestió dels mètodes anticonceptius i, en darrera instància, per evitar embarassos no desitjats. La consciència de les conseqüències d'un ús inconsistent o no ús del mètode ha de ser interioritzada pels dos membres de la parella, perquè siguin conseqüents amb les seves decisions. Els professionals sociosanitaris posen èmfasi, especialment des de la psicologia, en la falta d'aquest compromís per part dels dos; només amb compromís, una vegada exposades les necessitats i desitjos d'una relació sexual, es pot actuar conjuntament i en consonància.

"Com gestiona cada dona i cada parella la seva anticoncepció depèn del concepte que tenen del que significa per elles i per ells la sexualitat i el que significa la reproducció i dels seus desigs sobre aquest tema o de les seves ambivalències o de les seves contradiccions. Hi ha dificultat per poder separar i actuar d'una manera convenient en quan és barreja el desig sexual i les conseqüències que pot tenir el desig sexual, tan en la maternitat com en la salut" (Professional 3. Grup de discussió 2)

El professionals de la SSR relaten com en el grup d'edat de l'estudi conflueixen diversos tipus de desitjos, el desig de maternitat/paternitat i la cerca del plaer i/o de sentir-se bé amb la parella. Si un membre de la parella busca el plaer i l'altre té un desig (inconscient o no) de maternitat/paternitat, llavors es troben i poden arribar a acceptar una relació sexual sense protecció (Grup de discussió 2).

La manca de consciència de risc no seria l'única causa d'un ús inconsistent o no ús del mètode sinó que passaria per un desig de maternitat o una mala gestió de la sexualitat. En qualsevol cas, els motius de l'errada s'han de cercar no només en les raons expressades "pensé que no me pasaria" "se me fue la cabeza", "no vaig prendre mesures perquè pensava que no era fèrtil" "imposible... que me... porque hacia poco que se me había ido la regla" "pensaba que después de tanto tiempo de tomar anticoncepción hormonal..." sinó en motivacions no verbalitzades o inconscients, ja que moltes vegades l'errada amaga un desig de maternitat no verbalitzat o algun altre desig com la cerca d'una estabilitat de què no es gaudeix (vegeu l'apartat *b*) sobre l'embaràs no desitjat).

"Por un lado, de forma razonada, dicen que no quieren un embarazo porque no es el momento, etc. etc. y por el otro lado, de alguna manera, desearían tenerlo. Estoy hablando, sobretodo, quizás de la franja de los 30 para arriba ¿no? Por lo tanto, esto también hace que con los métodos se haga un poco el tonto (sic) y se dejen de usar. Esto podría ser una razón..." (Professional 1. Grup de discussió 2)

### **6.1.2. L'embaràs.**

#### *a) La planificació de l'embaràs. El moment ideal a l'embaràs*

Tot i existir un desig de maternitat, el moment *ideal* per dur-la a terme a través d'un embaràs, es posa en funció d'altres factors que varien segons el moment del curs de vida, de les circumstàncies vitals i personals. Apunto a continuació quins són els factors que les dones consideren: la situació de parella –estable en totes les dones que planifiquen l'embaràs–, el projecte parental, l'edat de la dona, la situació laboral i material i l'estabilització a Espanya, en el cas de dones d'origen estranger.

Tant en embarassos planificats com en embarassos que arriben abans del previst, però que acaben en un naixement, descobreixo els factors anhelats per la dona per disposar d'una situació ideal per tenir un fill:

La relació de parella estable i un projecte parental en comú, apareixen com a requisits necessaris i imprescindibles en la majoria de les entrevistades per planificar l'embaràs.

L'Estela i la Gisela esperaven que les seves parelles tinguessin tantes ganes com elles.

"Jo suposo que això, que quan tots dos ja vam estar estables, ja, puff, ja van sortir les ganes que, *bueno*, les ganes sempre hi ha sigut, eh, però

havien quedat com una mica tapades pel tema de feina... com a parella també, bueno, fa molt de temps que estem junts, ja portem quatre anys vivint junts, també, i les coses funcionen...i és això, també jo he estat esperant molt a que ell també tingués les ganes... ell és una persona més aviat insegura, que necessita tenir-ho tot molt lligat" (Estela, 30 anys, parella estable).

"Jo és una cosa que tinc molt clara fa molt, molt temps. El que passa és que el Marcus és més jove que jo... te dos anys menys... i una mica ho vam pactar. A nivell de dir, *bueno*, jo, més de 33... que són els que tinc ara, no em vull esperar. A tots nivells, no? per feina, per, per edat cronològica, com a dona, no?... i per tot, perquè vull *disfrutar* del meu fill...com que era un bon moment a nivell laboral dels dos i personal... a nivell de parella... pues vam tirar endavant... per mi era molt important esperar-me a que ell... decidís també, no? No només perquè jo volia i ho tenia molt clar sinó perquè ell també volia" (Gisela, 33 anys, parella estable)

La Carla i la Raquel esperaven, sobretot, una estabilitat en la situació laboral o econòmica que els permetés tenir una situació més estable amb la parella.

"Es una qüestió econòmica, una situació estable. Nosaltres vam estar, vam anar a viure junts molt joves. No teníem res, gairebé ell estava acabant la tesis i jo estava fent el CAP. Per lo tant, anàvem així, treballàvem de lo que podíem el cap de setmana i com podíem i... després vam estar tres anys, però clar, sense estalviar ni res. Vam anar a viure tres anys a Roma i això et fa que tampoc... a veure, Roma no és el moment perquè allà no teníem ningú. Ell és Italià... però és del Nord i aleshores... quan vam tornar un altre cop torna a començar, busca feina, si no jo crec que l'hauríem tingut molt abans. Son les circumstàncies. També el fet de ser ell de fora, et fa plantejar, *bueno*, realment, estem molt bé junts" (Carla, 32 anys, parella estable)

"Canvies de pis, canvies de feina, jo he estat a bastants lloc treballant i penses "no, ara és impensable", però més que res, *bueno* per mi, més que res és el tema laboral. És molt trist, però és així..." (Raquel, 29 anys, sense parella estable)

La Nina i la Francesca ja havien gaudit d'un anys de vida de casades sense fills.

"El que passa és que clar, feia poc que ens havíem casat i aquests 4 anys vam decidir fer moltes coses, no? Com gastar el cartutx per després poder tenir el nen, no? I vam fer viatges, ens vam apuntar a activitats i llavors després de 4 anys que ja... vam dir «*venga*, pues sí, ja». Jo també vaig cap als 30 i com volem més d'un nen... pues vam dir ara als 30 fem un i ja, perquè (riure) el pròxim quan? Per això, per això, vam decidir que ja era el moment i jo a la feina també estic més o *menos* estable, o sigui que bé" (Nina, 29 anys, parella estable)

"a l'any i mig o així de casar-nos, una mica *menos* igual, a l'any i dos mesos o així ja volíem tenir un fill, perquè ja em vaig casar amb 30, ja tenia 32 o així, i ja vaig dir, *bueno*, a veure, per no... Ens casem, vam estar un any i... un any i mig o així, passant-nos-ho bé, fent la nostra vida i un dia vam dir, *bueno*, jo li vaig dir al meu marit, « *bueno*, vol... tu vols tenir fills, vols?»/./ no era cap problema, ni la feina ni, ni el pis, ni res, a veure, que teníem... que vam dir, *bueno*, pues ho busquem" (Francesca, 34 anys, parella estable).

La Susana i la Minerva esperaven tenir una estabilitat material (d'ella i la parella) i disposar d'una vivenda per rebre un fill en bones condicions

"Quan ja ho hem tingut tot, quan hem aconseguit tenir el pis i casar-nos, que va ser, ens van acabar el pis o ens estaven acabant el pis i al cap de tres mesos ens vam casar i vam dir, *bueno*, l'agost... ens vam casar el 17 d'agost, «l'agost ens donem vacances i a partir del setembre començarem a buscar un fill», però perquè ja estava, perquè la decisió estava presa, o sigui, sabíem que anava molt relacionat, el anar a viure junts i el tenir un fill, perquè tots dos ho volíem, perquè ja estàvem en aquell moment que diuen que has d'arribar al punt d'estar" (Susana, 30 anys, parella estable).

"Esperábamos el momento de tener un piso de propiedad y luego él, sobretudo él... tener un poco más de estabilidad en la universidad, porque él es profesor" (Minerva, 29 anys, parella estable).

Per la Marina el desig va ser més sobtat, se li desperta el "rellotge biològic" a una edat avançada, estima a la seva parella, el desig és compartit i econòmicament són solvents.

"Quan em ve de gust, quan realment necessito... jo vaig trobar que necessitava... tenir un fill. Que era el moment. Jo... clar la meva situació era una mica complicada. Una mica més d'estabilitat evidentment. El plantejar les coses, a veure, tu tens el teu pis aquí, jo tinc el meu pis allà... tu no em regalaràs el teu pis ni jo et regalaré el meu. *Vale*. Ho tenim clar, ho tenim clar. *Vale*, doncs a partir d'ara... si, tenim un nen. Era una mica el saber que... tinc sostre (riure) que no aniré a viure a casa els meus pares, perquè no és això" (Marina, 32 anys, parella estable)

L'Aïcha i l'Ada acabades de casar i instal·lar a Espanya, provinents del Marroc i Armènia respectivament, desitgen assentar-se a Espanya. Aïcha posposava el seu primer embaràs un cop aconseguís aquesta situació d'estabilitat laboral, mentre que Ada havia decidit posposar la cerca de feina un cop arribés el primer fill.

"después de este niño, creo que cuatro anys no queremos... quiero trabajar aquí, un poquito, estudiar, si puedo... por eso, quiero tiempo, por adaptarse aquí, por eso" (Ada, 25 anys, parella estable).

“hasta que me acostumbre yo aquí en Espanya, hasta que busqué un trabajo que sea fijo, y para establecernos más aquí “(Aïcha, 27 anys, parella estable)

La dona, i la seva parella quan n'hi ha, busquen tenir una edat i una *estabilitat* que els ofereixi una seguretat per planificar l'embaràs. A partir de l'anàlisi de les entrevistes m'adono que la idea d'estabilitat és molt personal i contempla aspectes, a més a més, de la parella, sobre la situació laboral, econòmica i material o de la vivenda.

El període d'edat fèrtil té uns límits “objectius” que afecten a la decisió de planificar un embaràs i és viscut com una dimensió constrenyedora, però no només el factor edat, també la norma social de la maternitat pel que fa l'edat –que en el nostre context situa l'edat ideal a la maternitat entre els 25 i els 34 anys– afecta el criteri de la dona sobre quin és el moment adient i pot arribar a jerarquitzar altres factors estructurants de la maternitat (vegeu apartat 6.4).

“Perquè havia de posar una data límit, però m'anava dient [a mi mateixa] si, si, tu ho vas *retrasant*, clar. No podíem esperar més, perquè també jo tinc 32” (Marina, 32 anys, parella estable)

“A nivell de dir, *bueno*, jo, més de 33... que són els que tinc ara, no em vull esperar” (Gisela, 33 anys, parella estable)

“perquè tinc 34 anys i si no, pues... més que res per l'edat, eh, si no sí que m'esperaria” (Francesca, 34 anys, parella estable)

En parelles estables, quan encara no s'ha arribat a l'edat socialment acceptada a la maternitat, aquesta es posposa, es poden prioritzar altres aspectes, com el desig de compartir una vida en parella, tot i disposar d'una situació d'estabilitat conjugal, de feina i de vivenda

“ens vàiem molt joves...feia poc que ens havíem casat i aquests 4 anys vam decidir fer moltes coses, no? Com gastar el cartutx per després poder tenir el nen, no? I vam fer viatges, ens vam apuntar a activitats i llavors després de 4 anys vam dir «*venga*, pues sí, ja». Jo també vaig cap als 30 i com volem més d'un nen...” (Nina, 29 anys, parella estable)

“Ens casem, vam estar un any i... un any i mig o així, passant-nos-ho bé, fent la nostra vida i un dia vam dir, *bueno*” (Francesca, 34 anys, parella estable)

Al contrari, quan l'edat socialment acceptada a la maternitat s'aproxima o se sobrepassa, el desig de maternitat en parelles estables es prioritza per sobre d'altres dificultats o aspectes d'inestabilitat

"no trigaré gaire, tindrè aquest i si tot em va bé i... i intentaré l'any que ve o així tenir-ne un altre, perquè tinc 34 anys i si no, pues... més que res per l'edat, eh, si no sí que m'esperaria, però clar, saps el que vull dir? que portaré un estrès que *me muero*, un any de la meua vida, però és que no puc fer-hi res. Perquè clar, jo també, jo tinc amigues que són més... tenen 37 o 38 i ja tenen problemes, per poder tenir el segon i vulguis o no..." (Francesca, 34 anys, parella estable)

La importància que concedeixen les dones a la seva posició laboral quan han invertit temps i esforços en poder realitzar-se professionalment, pot ser motiu per planificar l'embaràs més endavant. Els professionals es refereixen a què la dona espera assolir un estatus social a través d'una posició laboral que s'ha estat gestant

"va ser quan vaig trobar la nova feina i llavors vam fer com un...com un tall de dir, *bueno* fins que no m'adapti, saps, clar es que, posar-te a tenir un fill quan comences una feina (riu) es un... es dipositar masses energies en, *bueno*, dos coses tan importants, i volem esperar una mica /.../ quan ja vam, a veure, ell ja porta més temps estable a la feina i jo quan vaig veure, ja portava un any també a la feina, més o menys, i *bueno* veig que les coses van bé, que hi estic a gust i vam dir, a veure doncs ara és un bon moment, no?"(Estela, 30 anys, parella estable)

Però, sobretot l'existència o l'estabilitat de la feina, pel que suposa d'estabilitat econòmica, és un factor important tot i no ser determinant a l'hora de decidir tenir un fill o, com veurem més endavant, de resoldre l'embaràs amb una IVE. Si hi ha una parella estable i s'ha expressat el desig de maternitat, la feina pot relegar-se a un segon pla. Si un dels dos membres de la parella té estabilitat laboral, això compensa la inestabilitat de l'altre i no serà determinant ni en el desig de l'embaràs ni en la forma de resoldre'l

"A nivell personal, de tenir-ho clar... de tenir clar que tenim ganes de ser pares i que tenim ganes de... pues això de... que ens veiem en cor d'educar una criatura i de fer-ho junts /.../ A nivell econòmic, evidentment, doncs una certa estabilitat, el que passa és que mai, mai va tot a favor..." (Gisela, 33 anys, parella estable)

"si m'haguessin dit mira et quedaràs embarassada, et canviaran de puesto i de torn, jo crec que hagués anat igual, eh? A buscar-lo. Perquè també... creia que era l'edat, el moment i... ho hagués fet igual" (Nina, 29 anys, parella estable)

“Esperábamos... sobretodo él... tener un poco más de estabilidad en la universidad...” (Minerva, 29 anys, parella estable)

Quan l'embaràs ha estat planificat i la dona sent que la maternitat és una prioritat en el context de la parella actual, canvis sobtats en la situació personal, externs a la parella, com la situació laboral després de conèixer l'embaràs podran assumir-se

“Al comunicar-ho a la feina... pensava que respondrien millor... i em vaig portar una sorpresa negativa perquè va ser tot lo contrari /.../ vaig dir, ostres sembla que m'estiguin castigant per estar embarassada, no?/.../estic més *passota* d'aquest tema i penso *bueno*, ja trobaré la solució, no?” (Nina, 29 anys, parella estable)

La vivenda estable té una importància relativa. La Susana la cita, però no aïlladament, sinó formant part del factor econòmic i l'Estela i la Gisela contemplen el canvi de vivenda durant l'embaràs.

“Jo en el moment en que vaig aconseguir un sou, que em permetia poder pagar una hipoteca, posar-te en una hipoteca, ja va estar, ja vam decidir que era el moment” (Susana, 30 anys, parella estable).

“nosaltres estem pendents de que ens donin un pis, *bueno*, que s'està construint però no l'acaben fins a finals de l'any que ve, amb lo qual ens queda un període que estem com penjats, no? i ens estem pensant de començar ja a buscar i marxar abans de... *bueno*, abans del part” (Estela, 30 anys).

“ara ja fa uns anys que em passa pel cap tornar al poble i ara amb el crio és com l'excusa” (Gisela, 33 anys, parella estable)

#### b) *L'embaràs no desitjat*

La causa directa d'un embaràs no desitjat és el no ús o l'ús inconsistent de l'anticoncepció o bé el no ús de l'AU després d'una pràctica sexual de risc. A través de les narracions de les dones embarassades que han tingut un embaràs no desitjat s'insinuen, però, desitjos que podrien explicar l'arribada de l'embaràs.

Segons els professionals de la SSR entrevistats i la literatura especialitzada, sobretot des de l'àmbit de la psicologia, es podria tractar d'un *desig de maternitat per desplaçament* que amagaria d'altres desitjos com la pretensió de reparar pèrdues anteriors, IVE o avortaments espontanis, de trencar amb una relació que no es gosa donar per acabada o al contrari estabilitzar una relació de parella, el desig d'assolir una identitat individual, provar la fertilitat o complir amb la norma social de la maternitat (Grup de discussió 2) (8,157).



En aquests casos, la interpretació dels professionals de la salut és que l'embaràs esdevé el mitjà per aconseguir un objectiu a vegades inconscient. Al no poder tenir allò que la dona necessita (estabilitat, compromís per part de la parella, ...), desvia l'emoció cap a una altra cosa acceptada socialment i vinculada al compromís, com és l'embaràs. Es produeix una idealització de la maternitat que, finalment, té un efecte pervers, perquè situa la dona en una posició de vulnerabilitat. En el sentit que si, fruit d'alguna d'aquestes errades anticonceptives, es produeix un embaràs i la dona s'adona que no és el moment ni la parella és la persona adequada amb qui tenir un fill, si la parella no mostra desig per ser pare, llavors l'embaràs pot resoldre's amb una IVE o la dona haurà d'afrontar una maternitat en solitari, amb el drama emocional que comporta si no forma part dels seus plans (professional 3. Grup de discussió 2).

No pretenc aclarir les raons inconscients d'una mala gestió anticonceptiva que formarien part d'un estudi de caire psicològic, em refereixo a continuació al desig de maternitat de les dones amb embarassos no desitjats per valorar quin rol pot haver jugat aquest desig, definit per les dones en el moment de conèixer el seu estat, i que les ha dut a no protegir-se consistentment.

En totes les dones existeix un desig de maternitat, més o menys difós. Fins i tot els testimonis de l'Ana María, la Mariana i la Mònica menys ambivalents que la resta amb la decisió d'interrompre l'embaràs no descarten la maternitat per més endavant (vegeu apartat 6.4.1).

La verbalització del desig em permet fer dos grups de dones entre les que han tingut un embaràs no desitjat: El primer inclou aquelles dones que posposen l'embaràs perquè esperen gaudir d'una situació *ideal*, en els termes que he apuntat a l'apartat anterior. En aquest grup la maternitat és un projecte parlat i desitjat conjuntament amb la parella, com en el cas dels testimonis de la Raquel, l'Aïcha, la Minerva, el que anomeno un projecte parental.

"Al principio hemos dicho que vamos a esperar, un año, dos anys, antes de tener niños, pero cuando ya llegó, (ríe), ya llegó después de 6 meses, de casados, supe que estoy embarazada y ya, se lo comenté, y vino así, sin problemas" (Aïcha, 27 anys, parella estable)

"Pensàvem tenir un fill d'aquí a un parell d'anys. Més que res pel tema laboral meu, que és el problema de sempre" (Raquel, 29 anys, parella estable)

“Queríamos esperar un poquito más, sobretodo para darle un poco más de estabilidad... era por el tema un poco de estabilidad económica, por el tema piso, pero, bueno, no sé” (Minerva, 29 anys, parella estable)

A vegades no és un projecte parlat explícitament, però sí que s'ha compartit amb la parella el risc que es corre si la protecció anticonceptiva no és consistent, com és el cas de la Lara, o es fabula amb la idea, com transmet el cas de la Victòria,

“encara que no el busquéssim, ja sabíem que, que podia venir quan fos, i ja n'érem conscients” (Lara, 27 anys, Catalunya, parella estable)

“No havíem parlat de tenir fills, però un dia sí que vam dir-nos que, independentment havíem pensat, de... de què si teníem un fill, pues que seria fantàstic amb, amb ell i ell amb mi, sí. O per exemple que algun cop sí que havíem pensat de... de poder arribar a tenir fills amb aquella persona, però no ho comentes, sinó que «l'altre dia vaig pensar això», «ai, no sé què, jo també» Però parlar-ho, *bueno*, ara tindrem fills, no (Victòria, 26 anys, Catalunya, parella estable)

L'embaràs de l'Olga és un cas força excepcional, perquè tot i tractar-se d'un embaràs que s'estava evitant rigorosament, aquest arriba per error mèdic. L'embaràs, però, s'inclou dins d'un context de parella que es planteja tenir fills més endavant

“Nosaltres no buscàvem, jo no buscava quedar-me embarassada, però arrel d'un problema que vaig tenir fa 10 anys, enrere, que em van extirpar una part d'ovari, i no m'ha funcionat durant 10 anys doncs ara, eh, per coses de la naturalesa ha tornat a funcionar perquè s'ha tornat a formar, i llavors encara que prenent anticonceptius i tot, no, no s'ha detectat aquest funcionament d'ovari, i llavors doncs clar, em vaig quedar embarassada, al principi m'ho vaig prendre una mica malament... considerava que encara era aviat, em volia esperar una mica més, tenia viatges i projectes per fer” (Olga, 29 anys, Catalunya, parella estable)

El segon grup el conformen aquelles dones que no havien verbalitzat el desig, bé perquè no tenien parella estable o perquè no es concedien aquest espai. I així i tot, no es van protegir estrictament per evitar-lo, com evidencien els testimonis de la Violeta, la Vicenta i la Rosa, o no van prendre precaucions davant d'un accident puntual com el cas de la Ivet.

“No lo buscamos así, de hablarlo, pero no hacíamos nada para evitarlo. En algún momento, sabes, era como... me voy a quedar embarazada, pero pasaba un mes y no sucedía, y digo, “ah, no, no, la naturaleza es sabia”, decía yo” (Violeta, 27 anys, parella no estable)

"El meu error va ser que les dues vegades que em va fallar el preservatiu jo el dia següent em vaig prendre la pastilla del dia següent, però, *errores de la vida que cometes*, en aquest cas no me la vaig prendre" (Ivet, 27 anys, parella no estable).

"El primer día que yo le dije que estaba embarazada se fue y ahora pues... Él siempre dice que le gusta... que le gustaría... y yo pues, bueno, en el fondo me gusta pero... no quería. Y ahora pues... mira al revés" (Vicenta, 26 anys, parella no estable).

Per les dones d'ambdós grups, l'arribada d'un embaràs abans de temps evidencia la bretxa entre un desig i la cerca de les circumstàncies ideals a l'embaràs. Pel primer grup, una bretxa que no suposa tant d'esforç d'intentar reparar, perquè l'embaràs és prioritari per totes elles. Es tracta d'una sorpresa relativa que arriba amb d'antelació.

"Pues va sortir això, *bueno* clar, a *vere*, això... per mi és prioritari, abans de la feina... en el fons ho volia fer, *vale* que havia arribat abans" (Raquel, 29 anys, parella estable)

"Los dos ya somos mayorcitos, eee, nos queremos y bueno, si el bebé viene es porque, porque nos queremos y ya está" (Minerva, 29 anys, parella estable)

"No, no lo buscábamos, hemos esperado 6 meses, y después, por un accidente, puedo decir que es un accidente o no, y vino, y supe que estoy embarazada, y lo llevo muy bien" (Aïcha, 27 anys, parella estable)

"Es que em sembla que... no, no, no, jo no canviaria res, en realitat. No, estem, estic molt contenta... però m'ha passat a mi, i estic molt contenta, i després ho parlàvem que, a lo millor, era la millor manera de que passés. Ell té 29 anys, jo en tinc 26 i ens semblava que també era una bona edat, en teníem ganes, no ho buscàvem, però... Plantejar molt les coses tampoc ens agrada" (Victòria, 26 anys, parella estable)

Per les dones del segon grup la situació és més imprevista i les reaccions i decisions sobre com resoldre l'embaràs són més diverses.

"Ahora yo no tengo miedo ya. Por ejemplo he visto a mi amiga, un ejemplo... Que ella también está sola y no tengo miedo. Ahora si tengo un hijo pues no pasa nada" (Vicenta, 26 anys, parella no estable)

"Si *bueno*, suposo que ho veus tot bonic, i creus que tot pot, pot tirar endavant, però t'ho penses fredament tot i..." (Ivet, 30 anys, parella no estable)

“em vaig quedar parada, dic mira... va ser com una sorpresa, però clar, no és el millor moment (riu), perquè tinc un problema que no vegis...” (Rosa, 32 anys, parella no estable)

c) *L'arribada d'un embaràs (no desitjat) i la decisió de continuar la gestació*

Apuntar les raons que expressen les dones per decidir tirar endavant un embaràs no desitjat m'ha de permetre veure com es construeix la decisió de tirar endavant la gestació i, finalment, em permetrà contrastar els resultats amb els resultats del grup de dones que decideixen interrompre l'embaràs. Els embarassos no desitjats que identifico entre les dones embarassades són de dos tipus: 1) embarassos planificats per més endavant i 2) embarassos no planificats i que la dona no desitja en el moment de l'embaràs

Quan l'embaràs arriba abans d'aconseguir *l'estabilitat* desitjada, es (re)plantegen de nou les prioritats per fer possible la maternitat en la situació actual. Si en els embarassos planificats el projecte de fill havia d'encaixar en les circumstàncies de la dona, a la inversa, quan l'embaràs és no desitjat, el raonament de la dona passa per fer encaixar les circumstàncies a l'embaràs i a la futura maternitat. En embarassos no desitjats, la cerca de l'estabilitat necessària per planificar un embaràs pren importància per tirar endavant l'embaràs, però és més forta la determinació o el desig de voler tenir un fill i/o tenir una parella amb la que s'ha plantejat un projecte de vida en comú, un projecte de parella que inclou el tenir fills més endavant, i llavors la resta de factors es posen en funció d'aquells.

“Es una nova vida, una nova etapa que hem de fer i, que tan se val fer-la d'aquí tres anys que fer-la ara, no?... no ens agafava en una mala època, /.../Com que em va agafar en unes circumstàncies doncs que feina no em faltaria, fins que em jubili ja, i tinc la meva casa, tinc la meva parella i tinc una edat ja, doncs, en cap moment m'ho vaig plantejar” (Olga, 29 anys, parella estable)

“És que jo tenia tantes ganes de tenir un nen... en el fons ho volia fer, vale que havia arribat abans...”(Raquel, 29 anys, parella estable)

“[vam dir] comencem a buscar ja però, trigarà com un any no, potser i no, ha sigut, ostres (riu) ja, però com que ja en teníem ganes els dos i tot pues ja està (Estela, 30 anys, parella estable)

Tal i com succeïa a l'hora de planificar un embaràs, la relació de *parella estable i un projecte parental* a mig termini, són factors importants per reconsiderar un embaràs no desitjat. Minerva reconeix que “si la mujer no tiene claro el embarazo, segurament porque de base no tiene una pareja estable en la que apoyarse”

"Feia poc temps que el coneixia, no sabia ben bé quina era la seva... a mi em feia por... /.../ No l'hagués tirat endavant, sola, hagués avortat" (Victòria, 26 anys, parella estable).

D'altres factors que afecten la decisió de continuar l'embaràs també els trobàvem en el moment de la planificació. Les dones i les seves parelles, quan existeixen, recuperen la idea que han de complir amb *l'edat*, aquest cop, però, el pes de l'edat està influenciat pel desig d'embaràs o de maternitat o la situació de parella. Com veiem en el relat de la Victòria, una de les dones entrevistades més joves, la consideració de la "bona edat" es posa en funció i reforça el desig d'embaràs, per decidir tirar endavant la gestació.

"Ell té 29 anys, jo en tinc 26 i ens semblava que també era una bona edat, en teníem ganes" (Victòria, 26 anys, parella estable)

"sabia que algun dia voldria tenir un fill. Potser ha arribat una mica més aviat del que esperava. Tinc 34 anys que tampoc no em puc esperar 5 anys o 10 anys (Eva, 34 anys, parella no estable)

La *situació laboral*, per l'estabilitat econòmica que suposa, és un factor important en la decisió de continuar un embaràs, especialment en dones sense parella estable, com testimonia l'Eva. En canvi, quan hi ha una parella estable que dona seguretat, i quan hi ha un projecte parental a mig termini, la inestabilitat laboral genera angoixes, però no és determinant a l'hora de decidir continuar l'embaràs, com veig amb la Raquel i la Minerva .

"Jo vaig pensar, no tinc 20, tinc un treball estable, tinc una feina, tinc recursos, si la meva parella no anés bé o... és igual, jo puc mantenir aquesta nena i..." (Eva, 34 anys, parella no estable)

"Jo treballo al Departament de política territorial i obres públiques, llavors jo tenia pendent que em fessin un contracte fix, *bueno* indefinit, i què va passar? que just quan jo em vaig quedar embarassada va haver-hi de què la plaça aquella no existia, però va ser casualitat, no perquè jo em quedés embarassada. /.../ *Bueno*, llavors, pues va sortir això [l'embaràs], *bueno* clar, a *vere* això... per mi és prioritari, abans de la feina /.../ [la parella] va dir «*bueno* és igual, ja trobaràs *algo*», jo he buscat feina molts cops, tampoc és allò que acabi d'acabar la carrera... pel tema laboral molt nerviosa, molt nerviosa i és una pena, perquè he perdut un mes amb nervis, que podia haver *disfrutat* més" (Raquel, 29 anys, parella estable)

"Esperábamos... sobretudo él... tener un poco más de estabilidad en la universidad... al principio un poco, ya te digo, de agobio de... de, de susto, de decir, bueno, pues viene y no le vamos a poder ofrecer todo aquello que, que queríamos, que pensábamos. Pero luego muy bien, enseguida sé, no sé,

supongo que los dos tenemos recursos y enseguida vuelves a reestablecer tus esquemas y decir, pues, bueno, viene ahora, pues bienvenido sea” (Minerva, 29 anys, parella estable)

Quan no hi ha hagut una inversió en els estudis per aconseguir uns objectius laborals, la professió, com a mitjà per assolir un estatus social, no apareix en el relat de les dones; tan sols fan referència a la situació laboral com a mitjà per aconseguir una estabilitat econòmica. En aquests casos, però, no és un motiu per si sol a l'hora de decidir continuar o interrompre l'embaràs, es posa en funció d'altres factors, com la relació de parella.

“... l'economia, també, clar, fa patir, però *bueno*, a poc a poc, pues ens n'hem anat ensortint.... La feina, la veritat... a veure, no tinc estudis, no tinc cap feina important, vull dir, he treballat... si no he treballat amb els meus pares, he estat treballant en botigues de dependenta, o coses així, vull dir que això ho trobes sempre” (Lara, 27 anys, parella estable)

Quan no hi ha l'anhel d'aconseguir un estatus social a través de la situació professional, a vegades l'embaràs es presenta com una forma d'adquirir una identitat social, com li succeeix a la Lara i la Vicenta, i decideixen continuar-lo, tot i que no es compleixen aspectes de la norma social de la maternitat (edat, situació laboral, pis, ...)

“Ahora yo no tengo miedo ya. Por ejemplo he visto a mi amiga, un ejemplo. Que ella también está sola y no tengo miedo (Vicenta, 26 anys, Catalunya, parella no estable)

“després de fer-me la prova, jo ja tenia claríssim, en aquell moment, que no ho interrompria, *tinguent* les pors que tenia i tot i igual, eh... /.../en aquell moment que ens estimàvem molt i ja està, no teníem res més, vull dir, la seva família jo, em porto súper bé, els estimo molt, ell amb la meva també i ja està, no tenia res, vull dir, tenia molt clar que volia, que estava súper contenta, que volia, un cop ja ho vaig assimilar, saps?” (Lara, 27 anys, parella estable)

Les dones citen la *vivenda* com un factor rellevant per rebre l'arribada d'un fill. Per algunes, però, està relacionat amb la possibilitat econòmica de disposar una vivenda i, per tant, podria condicionar la decisió, com testimonien l'Olga i l'Eva, mentre que per altres dones disposar d'una vivenda és important, però no condiona la decisió. Tal i com succeeix a la Violeta i a la Lara és el revulsiu per buscar una pis en comú i iniciar la convivència amb la parella

"em va agafar en unes circumstàncies doncs que feina no em faltarà, fins que em jubili ja, i tinc la meva casa, tinc la meva parella i tinc una edat ja, doncs, en cap moment m'ho vaig plantejar" (Olga, 29 anys, parella estable)

"És cert que jo no tinc pis, jo visc al pis d'ell [la parella], però si no era en aquest, pues veuria. O sigui, no trobava, diguem-ne, un impediment de pes com per dir «no el tindrè». Sabia que podia tirar-lo endavant, tinc la feina fixa" (Eva, 34 anys, parella no estable)

"compartimos las casas con gente y te apetece tener ya tu... intimidad, tu espacio, no sé, las cosas del bebé, que ya te van regalando cositas y que unas cosas están en mi casa, otras cosas están en la *furgo*, y es, ah, me gustaría que tuvieran ya su espacio, que..." (Violeta, 27 anys, parella no estable)

"Anar a viure junts era lo principal i... ho haguéssim fet també en un curt *plaç*, suposo que no haguéssim esperat gaire..." (Lara, 27 anys, parella estable)

Davant d'un embaràs no desitjat, les dones incorporen en el seu relat més factors que afecten la decisió de seguir amb la gestació. A més a més de la parella, la situació laboral i econòmica, els estudis o la vivenda, també fan referència a la importància del suport d'algú proper per tirar-lo endavant. Quan no hi ha parella estable, la *xarxa social*, el recolzament d'una amiga o d'algú de l'entorn pot justificar la decisió de tirar endavant amb l'embaràs. Tenim l'exemple de la Vicenta i l'Eva.

"Por ejemplo he visto a mi amiga, un ejemplo. Que ella también está sola y no tengo miedo. Ahora si tengo un hijo pues no pasa nada. Está ella para ayudarme, mi familia... Y no pasa nada" (Vicenta, 26 anys, parella no estable)

"quan jo ho vaig comentar, la meva família em van dir, "ala no fa falta que ho tornis a intentar [la relació amb la parella] i si no vols aquí pots continuar visquent i aquí i viurem tots, no hi ha problema". També el recolzament de la meva família (és important), a algú que tothom se li giri li serà molt difícil..." (Eva, 34 anys, parella no estable).

L'Eva, la Violeta o la Vicenta no han assolit part o cap de les condicions d'estabilitat que estan dibuixant d'altres dones entrevistades com a necessàries per rebre un fill (tenir parella estable, tenir una feina estable, tenir vivenda estable), però aquesta estabilitat pot ser relegada a un segon terme si hi ha una ambivalència o desig difós a la maternitat. Llavors es busquen "raons de pes" per interrompre'l i, així, em trobo els testimonis de la Violeta, de l'Eva, de la Vicenta.

“No trobava, diguem-ne, un impediment de pes com per dir «no el tindrè». Sabia que podia tirar-lo endavant, tinc la feina fixa, una família que em recolza, el tinc a ell, que sí és important, si el tenia, com a mínim intentar al menys que la nostra relació funcionés i intentar-ho, sabent que amb ell tinc un sostre, diguem-ho així” (Eva, 34 anys, parella no estable)

Todo un mundo de sentimientos, tanto... pero muy contradictorio, todo, porque por un lado quieres, por un lado no estás segura, pero también sé que estaba segura de que no quería abortar... por un tema también de que uno puede evitar eso (Violeta, 27 anys, parella no estable).

“Ahora si tengo un hijo pues no pasa nada. Está ella [mi amiga] para ayudarme, mi familia... Y no pasa nada. Yo busco dinero como sea, voy a trabajar... y ya está. Y yo sé que no le va a faltar nada, pero antes... como que no estaba tan segura... no tenía esa fuerza (Vicenta, 26 anys, parella no estable)

### **6.1.3. La decisió d'IVE**

Entre les dones entrevistades, cap embaràs planificat, encara que fos per més endavant, s'ha resolt amb una IVE. Els professionals, però, apunten que un canvi en la situació personal de la dona una vegada està embarassada, quan aquest ha estat planificat, pot resoldre's amb una IVE (Grup de discussió 2) .

Davant d'un embaràs, totes les dones han de decidir com resoldre'l. Socialment, l'embaràs és sinònim de maternitat i de sentiments de felicitat en aquest interval d'edat i, per tant, una IVE està estigmatitzada i, encara que la pràctica està despenalitzada, la decisió i totes les etapes del procés de la IVE s'han de realitzar amb discreció. La norma social de la maternitat es transmet, també, a l'inconscient de les dones embarassades que veuen viable portar endavant la gestació

“Com et cuida tothom (riures). Tothom et mira amb molt d'amor... i sí. És molt macu. Tothom et diu coses... i... és com que desperta una energia... així... com molt entranyable. Molt d'amor, molt de dolçor... molt de carinyu. Amb els desconeguts, fins i tot” (Gisela, parella estable, continua l'embaràs)

“[el ginecòleg] Et felicito, estàs embarassada” (Nina parella estable, continua l'embaràs)

La decisió d'interrompre un embaràs, llavors, implica dues fortaleses: la de prendre una decisió personal difícil i responsable que, en general, provoca força angoixa, i la d'haver de justificar-se davant de la societat i davant del professional que atén la demanda de la dona.



Les dones de l'estudi es troben a l'edat social a la maternitat, raó per la qual se senten obligades, explícitament i implícita, a justificar-se.

Totes les dones intenten fer encaixar l'embaràs no desitjat en el seu projecte de vida actual, algunes ho aconsegueixen i d'altres prenen la decisió d'interrompre l'embaràs. Sempre es tracta d'una decisió raonada, fins i tot quan la IVE els sembla l'única manera de sortir-se'n. Algunes dones com l'Ana María, la Mariana i la Mònica que tenen molt clara la decisió d'interrompre l'embaràs quan les entrevisto se senten obligades a justificar davant del sistema sanitari les raons que no les permeten tirar endavant la gestació, en els termes socialment i legalment acceptables, o bé mostrar la seva confusió, com expressa la Mariana; per d'altres dones, en canvi, la justificació formar part d'un procés necessari de verbalització del problema que les ajuda a elaborar la decisió, com el cas de la Ivet

"A ratos me siento confundida, sinceramente, ¿me entiendes?, pero luego digo que... que no, además tampoco es..." (Mariana, 29 anys, parella no estable)

"A veure, estic segura, perquè, crec que has d'estar molt convençuda per donar aquest pas, però *bueno*, tant una decisió com un altre és dura, tant tindre'l com no tindre'l" (Ivet, 28 anys, parella no estable )

"Por la edad que tengo, yo ya lo tendría. Pero luego también miro todos los pros que tengo y, claro, me hacen dudar. Por eso, que es un sí, no sí, no, ¿sabes? Todos los días estoy así, dudando si tiro para lante o no. En principio yo quiero hacerlo, pero claro" (Jéssica, 32 anys, parella estable)

Las raons per decidir interrompre l'embaràs es busquen entre els mateixos factors que han servit a les dones que tiren endavant la gestació d'un embaràs no desitjat, les quals, ja ho he vist, giren enton de l'edat, la relació de parella, la situació professional, econòmica i material, així com el suport o xarxa social. D'altra banda, el pes que les dones concedeixen a cadascun dels factors, la combinació de raons i com es jerarquitzen, per acabar prenent una direcció, varien. Finalment, el sentit de la decisió d'avortar dependrà del moment del curs de vida de la dona, de la seva trajectòria personal i social (vegeu apartat 6.2 sobre el sentit de la decisió).

Hi ha una càrrega moral en la decisió. El sentiment de culpabilitat és comú a totes les dones, fins i tot quan només és una opció que es deixa entreveure en els pensaments de la dona (Violeta, Olga, Raquel, Vicenta, Clara). Entre les dones que han decidit interrompre l'embaràs aquesta càrrega no es verbalitza.

"Se que estaba segura que no queria abortar... es un respeto a la vida,... supongo que cuando ya sabes que estás embarazada, y, sientes, ¿no?, que

se está formando una vida, que se va a crear un mundo, es... no me veo con, no siento... es que no, no me veía con la decisión de ir a quitarlo, de... para mi, es un crimen" (Violeta, 27 anys, parella no estable, continua l'embaràs)

"Una de les coses que em va fer més així, que va ser molt egoista per la meva part, doncs va ser això, el tema de viatjar, perquè a mi m'agrada molt viatjar, i, ara tenia un projecte d'anar-me'n tot el Nadal a Nova York" (Olga, 29 anys, parella estable, continua l'embaràs),

"Llavors em va agafar... no és que no el volgués tenir, però pensava ostres, per culpa d'això estic pensant que ara no és el moment i el nen no té la culpa (Raquel, 29 anys, parella estable, continua l'embaràs)

"Jo... he fet un avortament... el vaig fer amb 21 anys i... clar... ara m'ho plantejo i dic, després del que va passar potser ha estat un càstig... jo a més sóc catòlica... o sigui, que a sobre és una incongruència..." (Carla, 32 anys, parella estable, continua l'embaràs)

"Clar, tu li veus... els dits i tot i les mans... i clar i també és una mica un dilema una mica complicat" (Marina, 32 anys, parella estable continua l'embaràs).

Només la Victòria, amb una actitud més propera a la de les dones que han decidit avortar, és capaç de verbalitzar l'opció de la IVE obertament

"Es una decisió, que, no ha de ser, penso que no és tan dolorosa com si, en realitat, després, tens un fill i el tires endavant i després et dones compte de que no volies allò" (Victòria, 26 anys, parella estable, continua l'embaràs)

Plantejo a totes les dones embarassades la pregunta hipotètica de quins serien els motius que justificarien una interrupció. A algunes dones se'ls feia difícil plantejar-se els motius fins una estona després de parlar sobre el tema. La Lara i la Susana van reconèixer que la dona ha de trobar-se amb un embaràs no desitjat per saber quina seria la seva reacció.

"Es molt fàcil dir-ho, no ho sé, es trobar-se amb la situació" (Lara, 27 anys, parella estable, continua l'embaràs)

"Es així tan hipotètic, que no..." (Susana, 30 anys, parella estable, continua l'embaràs)

Tot i així, en un esforç de projecció apareixen contradiccions. La Violeta no podia plantejar-se l'opció davant del seu embaràs i, en canvi, era capaç d'identificar els motius que poden portar a una altra dona a fer-ho,

“Si tengo que apoyar un aborto, a una amiga, lo he hecho, lo apoyo, no lo juzgo, no lo critico, pero, personalmente, no me veía, no me imaginaba yéndome allí” (Violeta, 27 anys, parella no estable, continua l'embaràs)

L'Aïcha tampoc se la podia plantejar, no volia fer-se la prova *triple screening* per no haver d'escollir entre continuar o interrompre l'embaràs,

“si otra persona puede, abortar para terminar, para salir adelante, si ella puede vale... es una decisión muy difícil, por ejemplo yo, hay unas analíticas que hacen, que es de saber si hay síndrome de down y esas cosas, yo no quise hacerlas, para no saber, porque ya, si sabes, empezaría a decir, no lo quiero, voy a abortar, y yo no quiero, no quiero abortar, llego a tener al niño, quiero seguir adelante, o sea que cuando una decide que va a abortar, y dejar el niño, es una decisión muy difícil, yo la veo, no sé” (Aïcha, 27 anys, parella estable, continua l'embaràs)

Els motius inclosos en els tres supòsits permesos per la legislació espanyola (vigent el 2008) són els que requereixen menys justificació per part de la dona (són els factors que citen la Nina, la Minerva i l'Aïcha), talment com si aquests supòsits legitimessin la decisió. La salut de la mare és la causa més acceptada, seguida de la salut del fetus (factors citats per la Lara, la Francesca, la Violeta, La Carla i la Nina).

Quan s'intenta aprofundir una mica més sobre els motius hipotètics que podrien justificar la decisió de recorre a la IVE (pregunto a les dones que facin un esforç d'empatia amb una dona que vol avortar), apareix molt clarament el factor edat. En el discurs de les dones ha penetrat l'argument que hi ha una edat social a la maternitat i abans de que aquesta arribi es podria justificar una IVE. Per les entrevistades, l'edat pren importància perquè inclou altres dimensions més complexes. L'edat suposa madurès i responsabilitat, amb l'edat s'adquireixen recursos personals i materials i només amb l'edat s'assoleix una estatus social i les prioritats canvien.

“Y aborté, una vez aborté porque tenía miedo... por mi familia, porque tenía 18 anys y el chico..”. (Vicenta, 26 anys, parella no estable, continua l'embaràs)

“Quan ja ets més madur, no ho sé perquè... No ho sé. Per mi és fàcil veure la possibilitat d'avortament quan parlem de nenes de 16, 17 anys i *bueno*... (Carla, 32 anys, parella estable, continua l'embaràs)

“Si m'hagués passat quan tenia vint anys, clar potser hagués sigut, o 18, potser hagués sigut diferent, clar, llavors penses, ostres, que encara estic, obrint-me camí a la vida” (Estela, 30 anys, parella estable, continua l'embaràs)

A la Gisela, li preocupa que una falta de determinació i desig de maternitat pogui afectar el benestar del nen, raó per la qual una IVE seria un mal menor.

“Si els pares no es creuen responsables o no se senten... jo crec que no el tindria... a nivell d'això, no? Per la salut mental del nen després i de la família” (33 anys, parella estable, continua l'embaràs).

L'Estela, la Gisela, la Raquel, l'Olga i la Victòria destaquen la importància de la relació o l'existència de parella i del desig en comú

Si no hi ha una bona relació de parella, jo penso, eh, si les coses no, no funcionessin, o no... (Estela, 30 anys, parella estable, continua l'embaràs)

Que la parella no vulgui tenir-lo, això també és un condicionant molt gran, mmm, que pensi que no sigui una parella per, per... adequada per tenir fills, per cuidar-los, pensi que no li donarà tot el suport o que no serà un bon pare... (Victòria, 26 anys, parella estable, continua l'embaràs)

Finalment la decisió pertany a la dona embarassada. La decisió es construeix a partir del desig o de la determinació de voler tirar endavant el projecte de ser mare, i rere aquest desig es jerarquitzen els factors d'estabilitat personal, econòmica i material tal i com els concep la dona, fins i tot per sobre de la decisió de la parella (Vicenta, Susana, Mariana, Marina).

“Crec que és decisió suficient, per exemple, no veure't capaç de tirar-lo endavant, de mantenir-lo, de donar-li *carinyo*... Clar, jo em poso en el lloc d'una d'aquestes persones que te la seva vida muntada, que surt un dia *por ahí* i que... pel que sigui es queda embarassada...” (Marina, 32 anys, parella estable continua l'embaràs)

“Ells han de poder menjar, calent, anar nets i tenir un lloc on dormir, si que aquestes tres circumstàncies es donen i la parella és estable i tu estàs bé com a persona, em sembla que tu decideixis si tires o no tires endavant” (Olga, 29 anys, parella estable, continua l'embaràs)

“si m'hagués agafat en un altre situació, que no tingués treball, no tingués casa, que fos una parella d'aquestes eventuais i tot això, que fos més jove (Susana, 30 anys, parella estable, continua l'embaràs)

“Jo crec que en una situació en que jo hagués de renunciar a coses per tenir aquesta criatura per exemple, no? O a una feina o... si la parella no està massa bé i ell no vol, no? Hi ha desacord i ella decideix tirar endavant i ell no... saps?” (Gisela, 33 anys, parella estable, continua l'embaràs)

“Si és un fill no desitjat, o sigui, si tu no vols tenir un fill, no tens perquè tenir-lo, jo crec que el fas més infeliç si el tens que si no i...” (Francesca, 34 anys, parella estable, continua l'embaràs)

"Home, doncs, que no se senti gens a gust, amb el que li està passant, que digui que, bueno, que pensa que no ho podria afrontar, que no li ve de, que no és el moment, que vegi que, que ha de fer tantes altres coses que això no sigui una prioritat ooo que senti una limitació, en el moment de tenir un fill, però clar, són actituds davant la vida..." (Victòria, 26 anys, parella estable, continua l'embaràs)

Quan es produeix un embaràs no desitjat i el desig de maternitat és el factor més important per la dona, el seu discurs, quan decideix continuar l'embaràs, s'oposa al relat de la dona que decideix interrompre'l. La dona que desitja ser mare cerca raons per decidir recórrer a una IVE mentre que quan no hi ha el desig, la dona cerca raons per poder-lo continuar; Cap de les dues les troba, confirmant la seva posició inicial. En són testimonis l'Eva i la Mónica respectivament:

"O sigui, no trobava, diguem-ne, un impediment de pes com per dir «no el tindrè». Sabia que podia tirar-lo endavant, tinc la feina fixa" (Eva, 34 anys, parella no estable, continua l'embaràs)

"Porque no me apetece ahora tener un niño y porque me quiero esperar dos anys más a que yo de verdad esté preparada, ahora no creo yo que /.../ que no hay nada que no... que me diga que por algo podría tenerlo ahora mismo, no" (Mónica, 25 anys, parella estable, IVE)

Són les dones que han considerat el debat de la legitimitat de l'avortament prèviament a l'embaràs les que són més clares a l'hora d'expressar que la decisió és un dret de la dona:

"Jo penso que l'avortament ha de ser una cosa que només pot decidir la mare i el pare de la criatura, en aquest cas, i que potser les normatives que hi ha ara, jo em sembla que l'avortament ha de ser una cosa lliure" (Susana, 30 anys, parella estable)

"Supongo... cara a los demás, ¿qué situaciones está justificado interrumpir el embarazo? yo creo que todas, y más hoy, que la mujer tiene ese poder de decisión, ¿no?, que tiene que ser libre, eh, en cualquier momento para tomar esa decisión y actuar, me parece que todas están bien" (Violeta, 27 anys, parella no estable, continua l'embaràs)

"és un debat molt, molt llarg i cadascú... però jo penso que, clar, jo no he viscut aquesta experiència, tampoc he parlat amb gent que hagi avortat, però penso que es una decisió" (Victòria, 26 anys, parella estable, continua l'embaràs)

La Minerva i la Nina, ambdues treballant en el món sanitari, senten que hi ha una certa frivolitat en el tractament del tema. Accepten una IVE, amb reticències, si hi ha una bona justificació, però sempre per garantir el benestar del nadó.

“Que es muy respetable la decisión, de esa mujer, si no lo va a cuidar bien, si ese niño no, no va a estar bien cuidado, mmm, o sea, que ahí no me meto, cada uno tiene, sabe de sus posibilidades y sabe la vida que lleva, entonces algunos casos... porque luego ves niños con síndrome de abstinencia que dices, pues no sé, mejor que esta madre hubiera tomado precauciones” (Minerva, 29 anys, parella estable).

“Jo penso més en les jovenetes que això si que els hi deu costar molt més. Una persona... ja una mica madura, jo crec que... ho pots tirar endavant, vamos” (Nina, 29 anys, parella estable, continua l'embaràs).

Totes les dones que decideixen interrompre l'embaràs són les que no n'havien verbalitzat, prèviament, el desig. Entre les que no havien expressat el desig de l'embaràs, però, algunes l'encaixen a la seva situació actual, com la Violeta o la Vicenta, i les altres pesen més les dificultats que el desig de maternitat

## 6.2. EL SENTIT DE LA DECISIÓ D'IVE

Dels relats de les dones embarassades he pogut desgranar els factors estructurants del procés de la IVE que donen forma a la decisió. No obstant, la direcció que pren la decisió (continuar la gestació o interrompre-la) s'explica en els relats de les dones a partir de com elles articulen aquests factors.

Entre les dones que decideixen avortar, la decisió es pren, sobretot, en dos moments del procés: la pràctica anticonceptiva i la decisió prèvia a la IVE.

En aquest apartat, no es tracta de definir perfils de dones que avorten sinó d'il·lustrar com interaccionen els factors en els relats de les dones que decideixen avortar i reconstruir tot el procés de la IVE dins de les seves trajectòries personals, socials i de parella i a partir de les seves aspiracions i projectes de vida, el vertader context on pren sentit l'avortament, per entendre com es construeix la decisió d'interrompre l'embaràs.

### **6.2.1. La dificultat de gestionar la sexualitat i l'anticoncepció quotidianament**

Quan poso la pràctica anticonceptiva de les dones que decideixen interrompre l'embaràs dins del context personal, social i de parella en el que pren sentit es fa evident la dificultat de gestionar la sexualitat i l'anticoncepció en determinats moments en la vida d'una dona.

*a) Moments de vulnerabilitat en la trajectòria sexual i de parella*

L'estabilitat o confiança amb la parella fa que la dona es relaxi i infravalori el risc, talment com si aquest clima de confiança pogués acceptar l'avinguda d'un fill. La Ivet, la Mònica i la Xènia, amb situacions de parella diferents, però per qui es produeix un clima de confiança amb la parella, il·lustren bé aquesta situació.

La Ivet mantenia relacions sexuals amb un amic i s'acostumava a protegir en aquestes relacions, i quan havia tingut algun accident havia pres mesures correctores. La creença que aquelles mesures no havien sigut necessàries les altres vegades fa que en aquesta ocasió no prengui l'AU, pensant que tampoc passarà res. Reconeix la inconsciència del moment i se'n responsabilitza, tant de l'error de no usar un mètode, com de les conseqüències, que ha de gestionar. Ha fet una infravaloració del risc a l'embaràs.

La Mònica, amb parella estable, no s'ha protegit correctament i s'ha quedat embarassada sense voler-ho. No utilitza el preservatiu convençuda que no pot quedar en estat, perquè acaba de tenir la regla. Per aquesta mateixa raó no pren l'AU. De nou, es fa una infravaloració del risc.

La Xènia ha prioritzat el benestar i el plaer amb la parella per sobre de la protecció

"no utilitzar-lo estrictament [el preservatiu] és una qüestió, potser d'incomoditat, una qüestió de... no descuido, perquè això no es descuida, però... no sé en aquell moment no estàs per pensar amb això i... *bueno* típiques excuses d'adolescents" (Xènia)

En dones com la Ivet que no es plantegen una maternitat en les seves condicions actuals, com la Mònica o la Xènia, una baixada d'atenció amb l'anticoncepció evidència com un embaràs no desitjat no sempre és fruit d'una manca de consciència de risc sinó de les dificultats de gestionar la sexualitat i l'anticoncepció, mantenint la protecció estrictament el dia a dia.

La Mariana mantenia relacions sexuals amb un home més gran que ella i casat amb qui havia trencat la relació feia uns mesos, després d'un temps es retroben i tenen una relació sexual. La Mariana havia deixat las pastilles anticonceptives feia un mes i pensava que no es quedaria embarassada en una sola relació després d'estar prenent l'anticoncepció tan de temps. Tot i que la Mariana diu disposar de tota la informació sobre PF, es fa palès que no l'ha interioritzada i que té una concepció errònia del funcionament del mètode hormonal

"yo tenía entendido que tanto tiempo de tomar anticonceptivos luego te

cuesta quedarte embarazada" (Mariana)

El seu testimoni, també demostra la dificultat de gestionar la sexualitat, la imprevisió d'una relació sexual amb qui no s'ha establert un clima de confiança, l'ha posat en risc. Aquesta conducta de manca d'interiorització de les condicions de risc més pròpia, segons els experts, de persones més joves, reforça l'evidència de l'existència de moments de vulnerabilitat en la trajectòria sexual i personal d'una dona jove-adulta.

La norma anticonceptiva que diu que una dona que no te relació estable utilitzi el preservatiu per prevenir un embaràs i les ITS encaixa amb l'elecció de la Ivet, però no encaixa amb el cas de la Mariana, regida per una altra norma social de l'anticoncepció

"Prácticamente desde que estoy acá es que comencé con las pastillas pero cuando estaba en mi país... [Ecuador] me cuidaba con el ritmo. Porque soy puntual, o sea me va bien y todo /.../ aquí ya me establecí con una pareja... fija, entiendes? (Mariana)

La norma social accepta les baixades d'atenció o les inconsistències en les relacions de parella amb qui hi ha un compromís, però no les accepta quan el context de parella no pot assumir un embaràs no desitjat, i això genera un sentiment de culpabilitat en la dona, davant d'un embaràs no desitjat. Ho expressa clarament la Xènia:

"... ha sigut fruit d'una irresponsabilitat. Vull dir no és ni un accident, és una irresponsabilitat, llavors... És això, em sento totalment responsable i, per tant, em sento fatal, fatal. (Xènia)

Un aspecte que identifiquen els professionals (vegeu apartat 6.1.1 sobre les raons d'ús i la pràctica quotidiana del mètode) és com en una relació de parella s'ha de tenir en compte el desig compartit de la maternitat, el desig tan de l'un com de l'altre de tenir un fill i com moltes vegades existeixen discordances al respecte que influeixen la gestió correcta del mètode. La capacitat de dialogar amb la parella, així com la capacitat d'exterioritzar les necessitats i els desitjos de cada un són aspectes que ajuden a entendre la manera com s'utilitzen els mètodes anticonceptius o les raons del perquè es deixen d'utilitzar. L'empatia que es pugui generar dins de la parella depèn del compromís i la confiança, així com del desig sexual d'ambdós i de la concepció de l'embaràs com una possibilitat o no per part dels dos. La Xènia exemplifica bé aquesta situació



"si fos per ell continuariem amb l'embaràs. Llavors, em... està més tranquil o estava més tranquil [amb la gestió del mètode] /.../ potser era «bueno si es queda embarassada doncs el tenim i genial i tinc un fill» saps?" (Xènia)

*b) La no consciència de risc*

La situació de vulnerabilitat, la manca d'habilitats personals i socials, poden ser la causa de l'arribada de l'embaràs, com testimonia l'Ana María. La seva falta d'empoderament feia que no es protegís en les relacions sexuals, tot i saber que un embaràs no encaixaria en la seva trajectòria personal, social i de parella. És un clar exponent de la manca de consciència de risc a l'embaràs. Va deixar a les mans de la parella la gestió de l'anticoncepció perquè no tenia prou informació sobre mètodes anticonceptius, especialment femenins. Un desconeixement que es fa evident quan diu no conèixer el mètode hormonal

"no no no utilizaba nada yo. Él también no utilizaba nada /.../ Una vez he dicho yo «por qué no compras eso?» él no entiende, por eso pasan esas cosas, pero sabía yo. También me avisó «vas a cuidar, vas a cuidar» me dijo mis amigas, también, pero él no. Él no le interesaba eso. «Yo voy a cuidar» me dijo. Y ya un tiempito con eso, pasó /.../ Aaaaa, pastillas no sabía, yo, pero para hombre sí hay, sabía, pues, pero para mujeres, no" (Ana María).

*c) El joc amb el risc*

La creença que s'és infèrtil és un motiu freqüent d'una errada anticonceptiva, i si va associada amb un desig més o menys difós a la maternitat, la probabilitat que es produeixi una conducta de risc augmenta. La Rosa es protegia amb el preservatiu, però també feia la marxa enrere. La creença que no era fèrtil feia que es protegís menys estrictament. En els casos de la Rosa i la Jéssica la creença que s'és infèrtil i la il·lusió davant l'arribada d'un embaràs no desitjat insinuen un cert joc amb el risc i reflecteix, també, com el pes de la norma social de la maternitat recau sobre elles i les pot haver fet relaxar en l'ús del mètode

"il·lusió sí, perquè jo pensava, portava molts anys amb la, amb la meua parella i tot, fèiem la marxa enrere i tot el rotllo però no m'havia quedat mai embarassada, vull dir, jo em pensava que no podia tenir nens /.../ hagués tirat endavant perquè tinc 32 anys i la veritat és que em fa il·lusió tenir un nen... (Rosa)

"Es que ya te digo, yo antes de estar con este chico, llevaba 7 anys con otro chico y siempre lo habíamos hecho así y nunca me había pasado nada /.../ increíble /.../ tengo 32, a mi ya me toca! (riu) por así decirlo..." (Jéssica).

*d) L'oportunitat que ofereix una errada anticonceptiva*

L'ús inconsistent de l'anticoncepció no és una pràctica minoritària ni puntual, es produeix en tot tipus de parelles i, com veig, també quan la dona no desitja quedar-se embarassada. La Jéssica, amb parella estable, era conscient del risc i va prendre l'AU, però l'embaràs s'havia produït en una altra relació de risc. La Mònica, amb una parella estable, també reconeix que és la primera vegada que es queda embarassada, tot i no ser la primera vegada que feia un ús poc estricte del mètode.

En última instància, l'errada anticonceptiva planteja oportunitats. L'Ana María, la Rosa, la Mariana, la Jéssica i la Xènia fan el propòsit de protegir-se més i millor a partir d'ara. En el cas de la Ivet l'errada la vulnerabilitzat.

A l'Ana María l'hi ha servit per empoderar-se i prendre la iniciativa en matèria anticonceptiva, a partir d'ara diu que es cuidarà. La Mariana s'adona que no disposava de la informació correcta pel que fa l'anticoncepció hormonal

"yo tenía entendido que tanto tiempo de tomar anticonceptivos luego te cuesta quedarte embarazada, ¿no?... ya me di cuenta de que no" (Mariana).

L'embaràs ha fet conscienciar a la Xènia sobre la importància d'adequar el mètode al moment en la trajectòria de parella en què es troba. La norma anticonceptiva en parelles habituals és el mètode hormonal que elimina les molèsties del preservatiu, les quals només eren justificades per la protecció a les ITS

"Sí. farem servir, segurament, l'anell vaginal. Més còmode i bueno està tot més controlat a nivell de dates i... per *lu* que m'han comentat és bastant fiable, llavors. No hi ha problemes de "ara t'has de posar el preservatiu" las pastilla te l'has deixat" (Xènia)

La Ivet, en el moment de l'entrevista rebutja i no sent legitimada la sexualitat dissociada de la reproducció i amb una parella esporàdica, per la por de les conseqüències; i s'allunya, així, de la norma de la sexualitat que permet pensar la sexualitat de la dona com una font de plaer i de benestar pròpia del seu context

"primer ja, relacions esporàdiques como... como que no, no, perquè si passa una cosa, no, no es reacciona de la mateixa manera, si tingués, amb aquesta persona estigués estable, tindria el meu mètode anticonceptiu com la pastilla, o, altres que existeixen, també, mmm, i si hi ha un accident saps que, que hi ha una seguretat, tant per part de un, part de l'altre" (Ivet).

En casos com els de la Ivet, l'oportunitat per treballar aspectes de la prevenció i l'empoderament de les dones recau en els professionals de la SSR.

### **6.2.2. La IVE per dur la maternitat al "bon moment"**

Es comú a totes les dones que decideixen avortar la frase "no és el bon moment". A través de les raons per decidir interrompre un embaràs la dona justifica la seva decisió. La dona ha de tramatar un discurs que tingui sentit per ella i per la resta, concedint el pes a aquelles raons que l'ajuden a donar sentit a la seva història. El seu discurs reflecteix un sistema de normes i valors, la norma social de la maternitat a la que respon.

Les raons se solapen en els diversos relats, no són úniques ni exclusives, però he organitzat els apartats a partir dels factors que estructuraven més el discurs de les dones per veure els diferents processos de decisió

#### *a) El context de parella i el projecte parental, els factors més estructurants de la decisió*

El context de parella, apareix com el factor més estructurant de la decisió d'avortar en dones entre 25-34 anys i a partir del qual, la majoria de vegades, es jerarquitzen els altres factors. Això no vol dir, però, que en un context de parella estable no es decideixi interrompre l'embaràs, com il·lustra el cas de la Mònica. Cal tenir en compte que és a partir de la concepció que té la dona de la relació que es construeix la decisió i aquesta visió tan subjectiva no sempre queda recollida a l'entrevista; finalment la relació de parella i la consideració de la qualitat de la relació és complexa i molt personal. El que es posa en evidència en els relats és que l'arribada d'un embaràs no desitjat i la necessitat de prendre una decisió raonada fa considerar la qualitat de la relació de parella (estable, incerta, sense futur o recent).

Es fa evident el lligam de la decisió amb un projecte parental a dos i mostra el pes de les representacions socials que valoren una maternitat compartida amb la parella, "fruit de l'amor", planificada. I en canvi, difícil de concebre si la relació és incerta o no té futur. La majoria d'embarassos que no són fruit d'un projecte parental acaben en IVE, amb la excepció de la Violeta, la Victoria, la Vicenta.

El paper de la parella esdevé molt important per construir la decisió quan la dona desitja ser mare i s'enfronta a un embaràs abans d'haver pogut acomplir la transició a l'edat adulta, no ha acabat els estudis i està gestant el seu futur professional. Aquestes dones es troben en una gran disjuntiva. El procés de decisió d'aquesta dona vindrà molt condicionada pel tipus de relació parella que la pugui refermar. Una parella amb la qual no hi ha futur la pot fer trontollar i decidir-se per

una IVE com a forma de resolució de l'embaràs. El conflicte entre el desig de tenir un fill i el pes de la norma social de la maternitat és posa clarament sobre la taula.

La Ivet il·lustra bé aquesta situació. Té 27 anys i està al darrer any de carrera, fa uns mesos va deixar el pis que compartia i ha tornat a casa dels pares es troba amb un embaràs no desitjat fruit d'una relació amb la seva parella habitual però a qui no considera parella estable sinó un bon amic. La decisió és difícil per la Ivet, ella voldria tenir el fill i sent el desig de maternitat, compleix el requisit de l'edat que marca la norma social la maternitat, però la resta de transicions a l'edat adulta encara no les ha completat. Després d'un primer temps de reflexió en el que intenta fer encaixar l'arribada de l'embaràs no desitjat en la seva vida expressa les dificultats

"suposo que ho veus tot bonic, i creus que tot pot, pot tirar endavant, però t'ho penses fredament tot i, se m'acaba la carrera per un any, eh, mmm, i moltes coses, que no n'hi ha diners suficients com per portar un pis, un nen, tot, vaja, moltes coses" (Ivet).

Per ella la relació de parella es la raó estructurant de la decisió i així ho expressa, perquè en un primer moment els estudis no apareixien en la valoració íntima que fa la Ivet

"al principi, encara que no tenia una relació molt estable amb aquesta persona, pues, la coneixia bastant i, creia que podia tirar endavant, però quan t'ho penses tot millor, no hi ha futur, encara seria pitjor tindre un nen, que no tindre'l". [el tindria si] amb aquesta persona pues, haguéssim començat com una parella, no... no cada dos mesos que ens veiem (Ivet)

Veig amb la Ivet com en la franja d'edat 25-34 anys, els estudis no són determinants a l'hora de decidir interrompre l'embaràs, si bé poden ajudar a construir la decisió, es posen en funció del projecte parental i de parella. L'altre dimensió important en aquest testimoni és el pes del desig de maternitat. M'adono com l'ambigüitat respecte el desig de tenir un fill pot dur a les dues formes de resolució, si hi ha una seguretat econòmica o una xarxa social que recolzi a la dona es pot tirar endavant l'embaràs, quan hi ha una inversió en els estudis que encara no ha vist els seus fruits, pot ser raó suficient per interrompre l'embaràs, com el cas de la Ivet.

Quan la parella és recent i no hi hagut temps de projectar un futur o quan el futur de la parella és incert i no hi ha projecte parental, llavors, l'avinguda d'un embaràs no desitjat és difícil d'encaixar. En parelles recents i joves la prioritat es dona a la

relació de parella. La Paula té 25 anys, ha acabat els estudis universitaris i té una bona situació professional, però fa 2 mesos va començar una relació amb un noi i ha de fer front amb un embaràs no desitjat. No s'ha emancipat de casa els pares i als seus 25 anys no sent el desig de maternitat i no sent la pressió social a la maternitat. Reconeix que l'experiència ha de ser molt bonica si és resultat d'un projecte parental, però no és el seu cas.

Tot i la rapidesa de la decisió, l'opció de tirar endavant l'embaràs passa pel cap de la Paula i se suspena. Prendre una decisió responsable i portar la maternitat al bon moment no només fa referència al benestar de la dona, sinó que també es pretén assegurar el benestar del fill. Una experiència similar a la família acaba de reafirmar la seva opinió

"Me'l plantejo [tirar l'embaràs endavant] però em tiro enrere. Per això, perquè no em veig preparada, buf, veig a ma cosina que té la meua edat, té un nen i se l'hi han tallat moltes coses, el sortir, el fer, és com molta responsabilitat. No em sé ni cuidar jo com cuidaré un nen (Paula).

Com succeeix a la Ivet, la família recolza sigui quina sigui la decisió de la Paula i sap que en la seva mare té un ajut si decideix tirar-lo endavant. La Paula i la Ivet gràcies a aquest recolzament, s'apropien de la decisió.

El cas de la Paula expressa la importància del context i la qualitat de la relació de parella quan l'embaràs, en l'imaginari de la dona, es projecta en parella. Per valorar tirar l'embaràs endavant no és condició imprescindible el matrimoni, ni tan sols la cohabitació, però sí que la relació ha d'estar estabilitzada i s'ha de projectar un futur amb aquella persona. Per poder repensar un embaràs no desitjat no cal haver parlat de maternitat, però si hi ha d'haver un projecte de parella a mig-llarg termini

"... que ens coneguéssim millor, *vale*? Ara, és el que et dic, el tenim i què pot passar d'aquí a 3 mesos? És que no ho sé. Val, llavors que tinguéssim una mica més d'estabilitat nosaltres, perquè si estem vivint a casa dels pares, em quedo embarassada, però portem un any, es busca un pis de lloguer, ens anem a viure junts i el tenim. I almenys tenir les ganes aquestes de voler tenir un fill, tenir aquesta il·lusió de tenir-lo junts" (Paula)

La Paula va al ginecòleg sense saber que pot estar embarassada, té molèsties als ovaris, però no sap que el preservatiu que van utilitzar estava trencat. Sent que el ginecòleg de tota la vida la recolza. El fet que l'errada anticonceptiva no hagi sigut fruit de cap conducta de risc també sembla legitimar a la Paula a decidir avortar, independentment que el ginecòleg que l'atén en primera instància li plantegi l'opció

de continuar l'embaràs.

El testimoni de la Xènia mostra el cas d'una relació de parella incerta, que no és pública i difícilment acceptada per l'entorn, rarament pot existir un projecte parental en comú, l'arribada d'un embaràs no desitjat genera por i pot portar a una IVE.

La Xènia té 32 anys, té una professió i una autonomia econòmica i residencial, però té una relació incerta i no projecta una vida en comú amb la seva actual parella. L'avinguda d'un embaràs sense projecte parental la posa en una situació contradictòria. Sense projecte parental ni nucli familiar no concep la maternitat, fa que "no sigui viable" un nen. Amb l'embaràs es posen sobre la taula els seus desitjos i es fa evident la seva situació i la càrrega de la norma social de la maternitat

"és una llàstima pensar que *algo* que és, se suposo que ha de ser fruit de l'amor i és *algo* que comparteixes, doncs que hagi de passar d'aquesta manera, no?" (Xènia)

El projecte parental s'estructura o es concep amb parella quan aquesta existeix. La Xènia no descarta ser mare soltera, però si hi ha parella hi ha d'haver projecte parental. La norma social de la maternitat en relació a l'edat i el context de parella a la maternitat per la Xènia comença a tenir un pes

"no sé amb l'edat o potser trobar una persona que que dius, *bueno*, potser amb aquesta persona sí, no em faria res. O veure, també, que ja t'envolta gent, o amics, que ja tenen fills i ho veus d'una altra manera... Potser és això [que li fa plantejar diferent a maternitat]" (Xènia).

Per altra banda, també pren importància el pes de la família com a reproductor de la norma social de la maternitat que diu a la dona que un fill es té en un context de parella estable i legitimada

"no és una relació fàcil, perquè ell no és d'aquí i llavors amb els meus pares, la família, volen... *bueno* no saben res, però hi ha certs conflictes..." Estabilitzar-se, ja no només la parella, sinó una mica l'entorn per llavors dir, "doncs *vale* potser sí". ...té un pes, potser no és el més important *vale?* (Xènia)

Rere la situació de parella, es jerarquitzen els motius econòmics i socials, però prenen un rol secundari en la decisió. Per la Xènia, l'estabilitat passa pel projecte de parella.

L'ambigüitat respecte el desig de maternitat pot generar por i dubtes per continuar l'embaràs. La imprevisibilitat de l'embaràs, la poca premeditació és inconcebible per la Xènia. La imprevisió no es contempla en una societat com la nostra que utilitza els mètodes anticonceptius per evitar un embaràs.

"o, no sé, potser també una mica de por perquè no m'ho esperava... iii vull dir... A part jo des de fa molt poc, o potser des de fa un parell d'anys, jo ni tan sols volia tenir fills, llavors... No sé va ser tot molt de cop, res premeditat i... com que no hi ha res preparat i llavors no, no, saps? no el puc concebre, no puc (Xènia)

Però no sempre el context de parella o el projecte parental es posa davant de la decisió. A vegades aquest s'amaga rere d'altres factors. L'exemple de l'Ana María, com apunto a l'apartat següent, expressa tan sols indirectament la qualitat de la relació de parella, però no com un factor per decidir avortar.

Es confirma, doncs, com en parelles incertes, amb qui no hi ha futur o són recents, els factors que conformen la decisió, dependran del moment en la trajectòria personal i social de la dona. La dona avalua la seva situació considerant l'opció que hagués de tirar endavant l'embaràs i l'arribada del fill sola, com si no pogués comptar amb la parella, i això li fa valorar sobretot la seva *situació econòmica i la xarxa social de suport* per prendre una decisió (vegeu apartat següent)

En parelles estables, incloent les recentment assentades, els embarassos que es volen resoldre amb una IVE apareixen, relacionats amb el desig de *consolidar* una situació personal o amb un desig o projecció de la maternitat mig termini (vegeu c) i d) d'aquest apartat)

*b) La manca d'una xarxa social de suport a la maternitat.*

Quan no hi ha un compromís amb la parella, quan es tracta de parelles incertes o sense futur, quan la seva relació de parella no és una història d'amor, la dona que s'enfronta a un embaràs no desitjat fa referència a la necessitat d'un suport extern. La sensació de manca de xarxa, de solitud, d'un context social poc favorable esdevé el factor més estructurant de la decisió. I en aquest context la decisió es pren sola i no hi ha desacord amb la parella.

La Mariana, una noia de 29 anys, fa 8 anys que viu a Catalunya provinent de l'Equador. Va deixar els estudis universitaris a mig acabar i està treballant en un supermercat. No té cap membre de la família a prop i viu en un pis amb una família que no és la seva. La parella no estable amb qui ha mantingut relacions sexuals és

un home més gran que ella amb qui ha trencat la relació fa uns mesos, després d'un temps es retroben i tenen una relació sexual. Diu que només continuaria l'embaràs si tingués a la seva mare a prop que l'ajudés. No pot contar amb l'home amb qui ha mantingut la relació que l'ha deixat embarassada perquè és un home casat, que ja té dos fills. Ell no sabia que estava desprotegida, però quan se n'assabenta li demana que es prengui la pastilla de l'endemà per evitar l'embaràs després de la relació de risc. Sembla que aquest suggeriment el legítimi a no acceptar l'avinguda d'un embaràs i legítima a la Mariana a no prendre-se-la i a no comptar amb ell amb la decisió. Finalment, l'arribada de l'embaràs no encaixa en el moment que es troba de la seva trajectòria personal i social i de parella i vol interrompre'l.

La decisió s'estructura al voltant de diverses raons que ja he apuntat: l'existència d'una parella i un projecte parental en comú que la Mariana no té, disposar d'una vivenda pròpia o un context material que sigui favorable, la Mariana té por a què sorgeixi algun problema i es trobi sola

“Por mi situación acá, porque estoy sola, entiendes... y es difícil... sobretodo más el miedo de... de luego no saber que hacer y todo lo demás” (Mariana)

i tampoc mostra un desig actual de maternitat, però la manca de recolzament familiar esdevé el factor clau per decidir avortar

“Si yo tuviera mi madre acá... seguro que continuase” (Mariana)

Es tracta d'una eventualitat que en parella es plantejaria diferent. La xarxa de suport, així com la resta de factors expressats per la dona, s'afegeixen a un context de parella inestable, en el que la dona no pot comptar amb el pare de la criatura.

La manca d'una parella amb qui comptar o d'una de xarxa de suport no suposa, necessàriament, una situació de vulnerabilitat. La Mariana està empoderada i decideix avortar com a forma de demostrar-se a si mateixa que té control sobre la seva pròpia vida. Hem vist, però, en la Ivet i la Paula com el recolzament de la mare les alliberava d'aquest factor explicatiu d'una IVE, la necessitat d'una xarxa social de suport.

### *c) Quan la situació econòmica apareix com el factor amb més pes a la decisió*

La situació econòmica va relacionada amb el context de parella. Quan no hi ha relació estable, la situació econòmica o material percebuda com a inestable pot aparèixer en el relat d'algunes dones com un motiu principal per decidir avortar –si



bé disposar d'una bona situació econòmica és un factor necessari, no és imprescindible per algunes dones que es troben en situacions econòmicament precàries i sense parella, com testimoniava la Vicenta que continua l'embaràs-. El factor econòmic és el que ha d'ajudar a la dona a poder ser autònoma i permetre l'arribada d'un fill sense parella. Aquest factor és el que ofereix situacions més diverses segons la idea que en té cada dona. La situació professional queda oculta rere la situació econòmica, perquè en dones que volen interrompre l'embaràs la situació professional es relaciona amb els ingressos que ofereixin un context adient per l'avinguda d'un fill i, en canvi, no es planteja el desig d'acomplir un estatus social tal i com hem vist que succeïa en el moment de planificar un embaràs.

Quan la dona no té una parella estable i tampoc compta amb cap altre suport extern, les dificultats econòmiques prenen especial rellevància i la resta de factors s'hi jerarquitzen. L'Ana María de 29 anys viu a Catalunya des de fa 2 anys, és d'origen bolivià i la seva situació administrativa no està regularitzada. Viu en un pis amb una dona i la seva font d'ingressos prové de la neteja d'escales. Es troba sola i poc lligada a la relació de parella que té establerta. La primera reacció quan sap que està embarassada és endur-se un ensurt i diu no voler tenir-lo aquí, també diu que no li agraden els nens i que en tindrà algun dia a Bolívia, però aquí no, perquè aquí la vida és molt cara i és difícil fer-hi créixer un nen. L'Ana María té el seu cosí germà a la ciutat però no hi pot comptar. La seva situació administrativa i laboral a punt de treure el permís de residència, no l'anima en una situació que de per si ja és incerta. La situació que viu la seva parella també és incerta administrativament i laboral. L'Ana María se sent lluny de casa seva i il·lustra una situació molt vulnerable, personal i social i de parella.

La manca d'enamorament cap a la parella i trobar-se en una relació incerta es fa evident en el seu relat, però no és expressat com un motiu per prendre la decisió. Fins i tot fa referència a la seva anterior parella de qui sí estava enamorada, de qui es va quedar embarassada i va perdre el fill però amb qui hagués continuat la gestació. Sent nostàlgia.

"Juntos ha venido aquí, con el primero, con mi novio, el de Bolivia, pero quiero casarme con él, pero se murió /.../ Pero no he abortado, eh, entonces estaba caminando y caminando, /.../ eso no es aborto eso, me ha bajado la menstruación /.../ Ahora no [lo quiero tener]. En Andalucía sí" (Ana María)

Aquest darrera declaració sobre l'embaràs anterior, evidencia com el desig de maternitat, tot i altres dificultats, està molt vinculat a la relació de parella.

La història de l'Ana María em remet una situació molt vulnerable on un fill podria fer empitjorar la situació. Per a ella no disposar del suport de la parella o de la família és un element més dins d'un context material molt precari. Tot i un mar de possibilitats per justificar una IVE en una situació tan precària, ella es remet, bàsicament, a les dificultats econòmiques per tenir cura d'un fill a Catalunya.

No cal que la situació econòmica arribi al nivell de precarietat de l'Ana María, quan la situació no és precària, el factor econòmic o material s'afegeix a un ventall d'altres factors. La Rosa il·lustra bé aquesta situació. Ja he comentat que qualsevol factor que posi en risc l'autonomia d'una dona que no pot, o no sap si pot, comptar amb la parella, poden ser motiu suficient per voler interrompre l'embaràs.

En aquest context de parella incerta, el pes dels factors que es perceben com a obstacles a la maternitat es fan insalvables. Un d'ells pot ser la idea que la situació econòmica no és bona. La Rosa de 32 anys s'ha quedat embarassada de manera imprevista amb una situació personal complicada i creu que "no és el millor moment, perquè tinc un problema que no vegis..." Fa dos mesos surt amb una nova parella després de trencar amb una relació de 5 anys amb una parella amb qui la separació està sent molt conflictiva. Per acabar amb aquesta relació i començar una nova vida la Rosa necessita vendre el seu antic pis i li està costant molt. El factor econòmic és el factor principal que ella declara:

"he de vendre el pis, de solucionar el problema que tinc... però amb la crisi i tot doncs, ja porto dos mesos amb el pis en venda i no... no ha vingut ningú a veure'l... Seria problema econòmic, eh, més que res, seria problema econòmic..." (Rosa)

Tot i que la Rosa expressa el problema econòmic com a principal, se n'hi afegeixen d'altres: una relació conflictiva amb l'exparella que ha posat en mans d'advocats, i encara un altre factor relacionat amb la salut, si tirés endavant l'embaràs hauria de deixar els antidepressius que està prenent en un moment especialment delicat.

La Rosa es troba enmig de la norma social de la maternitat que diu que una dona al voltant dels 30 anys ha de ser mare. Degut a la immediatesa de la seva nova relació, no hi ha projecte de parella encara i menys un projecte parental. Quan la parella és recent i la dona percep altres obstacles, l'edat no és motiu suficient per tirar endavant l'embaràs.

En parelles estables, incloent parelles recentment assentades, la situació econòmica de la dona pot ser compensada per la situació econòmica de la parella, però si ambdós tenen una situació inestable, com és el cas de la Jéssica, llavors també pot

ser motiu d'IVE, si bé en aquest cas, el factor econòmic es jerarquitzava rere d'altres factors.

L'embaràs obliga a fer previsions a la dona sobre la situació laboral en dues direccions, d'una banda un bon context segur econòmicament per rebre el fill, però també preveure les dificultats de trobar feina estant embarassada, com diu la Jéssica.

La situació material o de la vivenda, rarament es posa en primera posició per explicar la decisió. Ho hem vist amb la Mariana per qui la manca d'una vivenda pròpia, quedava relegada a un segon pla en favor del suport d'una xarxa social.

*d) Complir unes aspiracions i consolidar una situació personal*

Talment com aglutinador de diversos factors, de les entrevistes amb les dones apareix un factor que expressa molt bé el que succeeix a una dona d'entre 25-34 anys amb parella estable o recentment assentada que vol interrompre l'embaràs. Es tracta del desig de voler consolidar una situació personal recentment instaurada o de voler acomplir amb uns projectes personals o de parella. La dona sent que no és el moment, que no ha assolit l'estabilitat que desitja per rebre a un fill. Per tant, la decisió davant de l'embaràs és la interrupció. L'estabilitat que busca, està estretament lligada a la situació de parella, professional, econòmica o material, especialment d'adquirir una vivenda.

En dones que estan amb parelles amb qui projecten un futur apareix aquest desig de voler consolidar una situació acabada d'assentar que pot ser fràgil. Algun factor ha de prevaldre sobre els altres, la Jéssica il·lustra molt bé com la situació laboral pren molta importància. Estilista, amb 32 anys, treballa en una discoteca dos dies a la setmana que no li proporciona una estabilitat monetària. És un factor important i el primer que cita, però no és l'únic. S'està instal·lant en un pis amb la parella a qui fa 6 mesos que coneix, tot just estan fent la mudança. Sent que tot és massa imminent i que no ha pogut gaudir del que està construït. Tenir un fill seria una mica precipitat i podria espatllar la resta d'aspectes de la seva vida que tot just comencen estabilitzar-se. De nou, la situació de parella és un factor rellevant en la decisió.

"Quiero esperarme un tiempo y luego ya... Y a parte que se asiente un poco la relación, llevo 6 meses, eh, con él, es muy poquito" (Jéssica)

L'embaràs de la Jéssica és no desitjat en aquest moment, però sent el pes de la

norma social de la maternitat, a través de la parella i a través de la mare i la germana, i la dona entra en contradicció.

"tu [li diu a la parella] eres joven, tienes 23 anys, espérate también un tiempo". "Que lo diga yo... ¿sabes? yo tengo 32, a mi ya me toca! (riu) por así decirlo... pero tú eres joven, espérate un tiempo... ¿sabes? que...". Y mi madre y mi hermana, contentísimas todas... /.../ y yo... es que no es el mejor momento, si me hubiese venido en otro momento, no te digo queee no" (Jéssica)

La Jéssica no té tan sols una raó per decidir avortar, la decisió està afecta per un conjunt de factors. El pes de la feina és important per decidir interrompre, però la decisió la pren considerant tot el conjunt,

"es que no veo yo que tenga unas bases para tener un niño ahora, pero bueno, no sé" (Jéssica)

*e) Quan no hi ha projecte de maternitat en el mig termini*

La IVE pot respondre a una impossibilitat de dur a terme una maternitat desitjada de manera difosa, ho hem vist explícitament amb la Ivet i la Rosa, però a vegades una IVE pot ser la resposta directa d'un no desig d'embaràs ni de fill en el moment present. En ambdues situacions, la dona fa referència a d'altres raons per justificar la decisió i en determinats casos el no desig queda relegat a un segon terme, tal i com veig amb la Mariana que fa referència a la manca de suport social com a motiu principal per interrompre l'embaràs i ho vèiem amb l'Anna María que destaca la situació econòmica. En algun cas, però, quan la dona compleix la norma social de la maternitat pel que fa a l'edat, té parella estable, disposa d'ingressos propis i d'una vivenda, la justificació se simplifica tot i la tensió a la que la dona es troba per prendre la decisió.

La creença de la Mònica que no està preparada i que en el moment que es produeix no desitja aquest embaràs són suficients per justificar la seva decisió i sentir que "no... no veo que es el momento", no hi ha cap factor que pogués fer canviar la seva decisió,

"Ninguna [condición]...es que no hay nada que no... que me diga que por algo podría tenerlo ahora mismo, no" (Monica)

No projectar ni desitjar la maternitat en el moment present, quan no hi ha cap altra condició material o de parella que semblin impedir-la, és el factor que més estructura la decisió en una parella estable. Altres possibles factors se situarien en

un segon terme i indicarien l'encaix d'un fill en la seva trajectòria de parella o social.

"cuando tengamos más cosas...mas...una serie de cosas que tenemos pendientes que cuando las hagamos entonces si i que marcaran "el momento" (Mónica, 25 anys)

### 6.3. L'EXPERIÈNCIA DE LA DONA QUAN ACCEDEIX AL SISTEMA SANITARI.

Accedir al sistema sanitari és la darrera fase del procés de la IVE i com la resta d'etapes és fruit d'una decisió prèvia de les dones embarassades que volen interrompre l'embaràs. L'embaràs no sempre es resol amb un naixement i això condiona molt l'experiència viscuda per la dona en relació a l'atenció sanitària. Si la dona decideix continuar la gestació, entra dins dels procediments protocol·litzats establerts pel sistema sanitari, Si, contràriament, l'embaràs es vol resoldre amb una IVE no existeixen protocols dins del sistema sanitari públic i, per tant, l'itinerari varia en funció de la dona. El contacte amb els professionals que s'encarreguen de l'atenció a la IVE afectarà l'experiència de la dona que ha decidit interrompre el seu embaràs. Emparades per la llei rarament les dones no poden accedir a la IVE, ara bé, l'experiència en aquest itinerari ve marcada per l'atenció rebuda i la disponibilitat, accessibilitat i qualitat de l'atenció (197).

Entre les dones entrevistades n'hi ha dues que accedeixen a l'avortament l'any 2010 just quan ha entrat en vigor la nova Llei Orgànica de SSR i IVE. A través d'elles tinc constància de dues de les novetats que introdueix aquesta llei. Una fa referència al finançament de la intervenció quan la dona hi accedeix a través de la sanitat pública, i l'altra a l'obligatorietat de 3 dies de reflexió. Destacaré el que això suposa en l'experiència de la dona en contacte amb el sistema sanitari.

#### *a) L'atenció d'una dona ambivalent*

La manca d'una atenció integral, que incorpori elements d'atenció emocional, es fa molt evident entre les dones que presenten ambivalència davant de l'embaràs. Només en casos de dones especialment vulnerables hi ha una atenció específica però manquen recursos, com apunta la psicòloga del PASSIR en el Grup de discussió 2.

"En atención psicológica puedo dar una visita cada tres o cuatro semanas, en casos muy complicados y cuando llega una indecisión enfrente a un embarazo me la tengo que poner en mi hora de almuerzo" (Professional 3, Grup de discussió 2)

Moltes d'aquestes dones desitjarien que el professional els plantegés les diverses opcions per resoldre l'embaràs. La Lara de 27 anys en parella des de fa 1 any i tres mesos amb qui no conviu i s'ha quedat embarassada,

"al principi, no és que no tenia clar de no seguir amb l'embaràs, però si que vaig tenir molts dubtes, i vaig passar-ho malament, la veritat, i, inclús, estava trista, vull dir, doncs, en comptes de, d'anar a explicar-li al metge, ja no ho vaig fer des de bon principi, vull dir, vaig agafar, vaig parlar amb la meva família i amb en Jaume /.../ no et pregunten com et sents, o t'expliquen, com t'has de sentir, lo normal, si és normal que dubtis de, que a vegades dubtis, de si realment vols, eh, ser mare o no?, és veritat, a vegades et fa sentir malament però, els tens, aquests pensaments, i, i, i, no ho sé, trobo que, que no, no ho porten ben enfocat /.../ suposo que és una pregunta que haurien, la veritat, haurien de fer-la, eh, vull dir, haurien de dir, «ho teniu clar?», saps, no ho sé, i no, en cap moment, ..." (Lara)

Només en el cas de l'Olga, el metge li planteja l'opció, anticipant-se a conèixer la seva opinió, perquè l'embaràs és fruit d'un error mèdic

"... va dir que, que sapiguéssim que hi havia l'oportunitat d'avortar, si no estàvem d'acord".

D'entre les que no tenen ambivalències a l'embaràs o entre les que tenen clara la decisió de recorre a la IVE, no totes les dones plantegen, quan els faig la pregunta, la necessitat que el metge contempli els dubtes d'una dona embarassada, però alguna destaca que "si tens dubtes has de passar-ho fatal" (Gisela, embaràs desitjat).

#### *b) El circuit i l'atenció que rep la dona quan vol interrompre l'embaràs*

El circuit i l'atenció a la IVE es diversa degut a la falta de protocol·lització de l'atenció. El tipus d'acollida i la derivació estan en funció del centre o el professional que atèn a la dona. Excepte la Iveta, que va directament a la clínica acreditada per suggerència d'una persona del seu entorn, en la resta de casos el primer interlocutor de les dones que volen accedir a una IVE són ginecòlegs de la sanitat privada i de primària o professionals del programa d'atenció a la SSR (PASSIR) i en una visita més o menys completa, en tots els casos se senten ben acollides, orientades i acompanyades.

Quan el primer interlocutor per accedir a una IVE és una professional del PASSIR l'experiència és bona i la derivació és ràpida, si bé l'atenció no és unificada.

"Em van donar un llistat de varies clíniques, em van donar informació del tipus d'anestèsia o sedació que fan servir i a partir d'aquí doncs decidia. Em

van informar també de la RU, de la pastilla i, vull dir, era una cosa meva decidir" (Xènia).

"Me lo preguntaron todo y yo les estuve explicando el tema del trabajo. Que tampoco tenía ni dinero para pagarme esta operación /.../ Me han explicado super bien, ahí en PF, bien. Y yo quería ir a la clínica X y me dijo también que no que no fuera. Yo acompañé a una amiga y me han dicho PF que no, que no me lo aconsejaban «te mandaremos nosotros a uno»" (Jéssica).

Destaco el cas de Rosa que està especialment satisfeta amb l'atenció rebuda, rep molta informació i un tracte molt personalitzat

"Jo em vaig quedar molt tranquil·la amb ella [llevadora del PASSIR], eh /.../ és que m'ho va preguntar tot. No, ja et dic, amb la llevadora, és que em vaig, perquè ella m'ho va explicar... a veure, explica'm quina situació teniu, li vaig explicar la situació que tenia, tant amb la meva exparella, la situació monetària o com li vulguis dir... i la personal /.../ inclús em va dir, «tu informa't de tot i si vols demanar-te hora per la setmana que ve jo estaré aquí tot el mes d'agost i pots tornar» /.../ em va donar una llista, dels centres que hi ha /.../ i ella em va dir que /.../ que allà m'assessorarien més" (Rosa).

L'itinerari pot ser directe des de la consulta privada o el PASSIR a la clínica acreditada, mentre que el ginecòleg o el metge de capçalera de primària dirigeix a les dones al PASSIR i des d'aquí es fa la derivació a la clínica.

La Mariana es dirigeix al seu metge de capçalera a la sanitat pública per poder-se realitzar una anàlisi i confirmar el seu estat. Tot i estar segura de la seva decisió el metge de primària li suggereix que vagi al PASSIR, perquè la visita és més integral en matèria de SSR

"de todas maneras ve porque ellos te hacen un examen trimestral, te dicen de cuanto tiempo estás, «te lo dicen todo, me dice, y hablas con ellos y haber si te animan»" (Mariana)

Les professionals dels PASSIR avaluen el cas, orienten a la noia i l'acompanyen en funció de les seves necessitats. A banda d'oferir el llistat de clíniques que ha de servir perquè sigui la dona qui decideixi on anar, la professional del PASSIR pot ampliar-ne la informació, però això és aleatori, està en funció del coneixement de les clíniques que practiquen l'avortament per part de la professional. Un altra aspecte que es contempla des del PASSIR, a banda de la derivació a la clínica, és la planificació familiar. En funció de les necessitats de la dona, ofereixen aquesta atenció, si bé tampoc està protocol·litzada. La demanda d'una IVE, doncs, és una oportunitat per oferir aquesta atenció, tenint en compte, a més a més, el baix

percentatge de dones que no han rebut atenció sobre PF prèviament a la IVE (vegeu apartat 5.1.3).

La informació bàsica de derivació, doncs, està assegurada als PASSIR, el que varia és la quantitat de la informació que dependrà, de la sensibilitat de la professional.

Són poques les dones que no coneixen el seu estat quan accedeixen al professional, Paula és l'única noia que accedeix al seu ginecòleg privat habitual sense intuir que està embarassada. En el marc de la legislació sobre IVE de 2010, el ginecòleg privat li proposa dues opcions si el que vol és interrompre l'embaràs: anar a un centre de primària de la seguretat social perquè la derivin a la clínica i poder accedir a un avortament finançat i, tal i com era habitual abans de l'entrada en vigor de la llei, el ginecòleg li dona, també, el nom d'una clínica acreditada que realitza avortaments perquè triï l'opció que més li convingui

“Llavors en vaig parlar a casa amb ma mare i amb ell i vam decidir que a la seguretat social no, perquè és que és un poble i al poble todo se sabe, llavors vaig dir doncs me'n vaig directament a la privada (Paula, 25 anys)

Tot i no existir protocols, els circuits d'accés a una IVE estan força definits. El que varia és el tipus d'acompanyament. Des dels PASSIR, com ja he comentat més amunt, és des d'on es fa una atenció més integral a la salut SSR i on el circuit fins a la clínica és més clar.

D'altra banda, no practicar IVE no és sinònim d'oferir una mala atenció, així la Marina narra una experiència passada en la que el ginecòleg de la seva mútua a continuació de declarar que ell ni el centre realitzarien la interrupció, li va oferir molta informació dels passos a seguir.

### *c) L'acollida a la clínica que practicarà la IVE*

La informació, pròpiament, de la pràctica de la IVE es rep a la clínica. Aquí si la dona ho desitja, se li ofereix molta informació sobre la pràctica, moment que pot servir perquè la dona es tranquil·litzi. La Ivet tenia molts dubtes amb la decisió. Quan arriba a la clínica ja està segura de què és el que vol, això no obstant, està molt nerviosa amb la intervenció:

“m'han explicat com seria la intervenció, amb tot el meu expedient mèdic, i, *buena*, la noia que m'ha atès molt agradable. M'ha tranquil·litzat molt, perquè, clar, saps de l'avortament però, ni saps tècniques, ni saps res, penses que a veure on et fiques, i, clar, d'aquestes coses sempre escoltes



més coses dolentes que bones, però *bueno*, m'ha tranquil·litzat molt, perquè estava acollonida (Ivet).

Un cop a la clínica el procés està molt definit, es realitza l'ecografia per saber el temps de gestació, es visita al psiquiatra que avalua el risc per la salut de la dona i tractar possibles ambivalències, finalment la professional, amb la història clínica de la noia, li explica com serà la intervenció, el tipus d'anestèsia que s'utilitzarà i li explica tot el procés, li dóna tanta informació com sigui necessària i segons les seves necessitats. En aquest punt, si cal, s'informa sobre mètodes anticonceptius possibles en funció de les necessitats detectades. El procediment és molt àgil, en qüestió de dies s'avalua el cas, es fan les proves mèdiques necessàries i es programa la intervenció.

En la primera etapa del procés, anterior a l'arribada a la clínica, la dona pren una actitud activa, sap on dirigir-se. Un cop a la clínica i a mesura que s'aproxima la intervenció, la dona pren una actitud més passiva, té poca implicació en el procés, el circuit està molt definit, la clínica defineix el tipus d'anestèsia i el mètode ha utilitzar, la dona es deixa a les mans de les professionals que l'atenen.

"Ah, primer he, primer m'he fet la ecografia a baix, després he pujat amb el psiquiatra... i ara amb tu... Però es que no he vist cap metge" (Rosa)

"Yo quiero que no me duela pero no siento, no pienso nada más... solo el que no me duela, el poder ir a trabajar al día siguiente, o el mismo día cuando pueda y ya está..."(Mònica).

"[no tengo muchas preguntas a hacer] mientras menos sepa mucho mejor" (Mariana)

#### *d) L'actitud de la dona envers el sistema d'atenció a la IVE*

El sentiment de responsabilitat amb la situació que estan vivint i el desig que passi ràpid i passar a l'acte, fa que les dones siguin poc crítiques amb el sistema i els professionals que les atenen i que no es plantegin millorar res de l'atenció. Aquesta actitud contrasta amb la de les dones embarassades que volen continuar l'embaràs i que són molt crítiques amb l'atenció que reben. A tall d'exemple, presento dues cites d'aquest grup d'entrevistades que han continuat amb la gestació:

"Quan preguntes t'expliquen, a veure, sí, et donen totes les explicacions, però van molt a saco... no es tracta d'un metge que segueix i et doni una explicació" (Francesca)

“Suposo que també l'aglomeració de gent que tenen i tot això i que tot el món vagi amb les mateixes preguntes els angoixa una mica a aquesta gent, però clar és la seva feina, no? que a vegades et deixa una mica parada amb les respostes que et dóna i no pot entendre que és la primera vegada que estàs embarassada i que hi ha coses que tu no saps si les pots fer” (Olga)

Les dones que accedeixen a una IVE se senten ben ateses, millorant inclús la percepció del que podia ser, se senten agraïdes per tota la informació que reben i accepten l'atenció tal i com els arriba. En general no canviarien res de l'atenció.

L'experiència que tenen les dones del circuit d'accés a una IVE és una mica diferent de la percepció que en tenien abans d'arribar a la clínica. Se senten menys qüestionades pel professional del que esperaven,

“tothom et diu «te van a acribillar a preguntas». A veure, com una pressió [per saber] per què ho vols fer, per què ho vols fer. Però cap problema, no m'he sentit així ni molt menys” (Paula)

El tracte a la clínica i tota la informació rebuda sobre el procediment a seguir durant la intervenció esdevenen mecanismes per tranquil·litzar a la dona

“jo ja m'imaginava agulles, punxant, allí, (riu) la imatge que tens dels *puestos* il·legals, per dir-ho així, i clar, quan t'ho expliquen, i et faran això, i després l'aspiració, i, clar, jo ja veia aquella agulla llarga (riu) i, clar, et tranquil·litzen quan t'ho expliquen tot” (Ivet).

Algunes dones, però, volen que el professional de la salut s'impliqui el mínim possible

“fui a mi mutua, me dieron un número de teléfono, lo que pasa que se ve que el ...centro ese no.. .no cogían el teléfono, entonces pues fui a planificación, me dieron este número de teléfono... [entrevistadora] Te han respondido tus dudas? [entrevistada]: si, sí, sí, todo...todo muy bien... (Mónica)

La dona pren la decisió d'interrompre l'embaràs abans d'accedir al sistema sanitari i no percep la legislació de l'avortament com un obstacle a la realització, a jutjar per la seva iniciativa en accedir al sistema sanitari sense dubtar que serà atesa. Els professionals que atenen a la dona que vol avortar no n'impediran la pràctica, tot i l'objecció de consciència en el nostre context. El seu paper és molt important a l'hora d'acollir, informar, acompanyar, donar seguretat a la dona en la seva decisió, com a facilitadors del procés, i per tant, estan afectant la qualitat del servei i la vivència de la dona.

“Jo em sembla que no [afecten la decisió], jo em sembla que això és una opinió d'una mateixa...a veure, jo ho tinc molt clar, a mi més igual el que em diguin, m'entens... cadascú ha de *sapiguer* la situació que té (Rosa)

“No [me he sentido presionada por los profesionales], esto es decisión mía, a ver de mi pareja también, pero... (mig riu) soy yo quien lo lleva” (Jéssica).

El període de reflexió abans de la intervenció, a partir de 2010, esdevé una forma de retardar la pràctica de la IVE. Per alguna dona és com una parada en un procés que està anant molt ràpid, per d'altres és un obstacle, però en cap cas de les dones entrevistades, té la funció de permetre madurar la decisió. La dona té la decisió presa quan accedeix a la clínica. Totes assumeixen el temps de reflexió com una fase més d'un procés del que volen sortir aviat

“[El període de reflexió és una molèstia] perquè vull acabar amb això el més aviat possible” (Xènia)

“[els tres dies de reflexió] Em poden servir per tranquil·litzar-me una mica, [...], però em servirà per decidir el mateix que estic decidint ara” (Paula)

L'actitud del professional és crucial a l'hora de desestigmatitzar la pràctica de la IVE i fer que la dona no se senti culpabilitzada, si bé el sentiment de culpabilitat és fruit de la creença que en té la dona

“no em sento avaluada però sí que em sento una mica... allò de dir és que deuen pensar allò "ostres, amb 31 anys i mira com has acabat" , saps? però bueno no és una cosa d'ells és una cosa meva [...] ja pot ser un espai estupendo i tot genial que jo el sentiment el tindrè igual, per tant..”. (Xenia)

Finalment, l'accés al sistema sanitari és una oportunitat per reforçar la prevenció i evitar que la dona torni a viure aquesta experiència

“me ha tenido que pasar esto para enterarme de que han sacado unas nuevas pastillas para poder tomar. Y ahora ya me dijo la chica me ha dicho «pásate por aquí, cuando termines de mirarte todo esto, para empezar el nuevo método»” (Jéssica).

#### 6.4. TRES DIMENSIONS CLAU DEL PROCÉS DE LA IVE

El darrer apartat recull aquelles dimensions clau que apareixen al voltant de la planificació i el desig d'embaràs, així com en la construcció de la decisió d'interrompre l'embaràs en dones de 25-34 anys. Reflecteixen el pes de la norma social de la maternitat en aquest col·lectiu en matèria de maternitat.

#### **6.4.1. Les connotacions de la maternitat per a les dones d'entre 25-34 anys. Una dimensió complexa**

Les dones embarassades entrevistades desitgen tenir fills en algun moment de les seves vides, no tan sols les que continuen la gestació sinó també aquelles que volen interrompre l'embaràs actual. En aquest context, el desig de maternitat és gairebé universal.

Fins i tot quan la resposta immediata és que no hi ha desig de tenir fills, la maternitat no es descarta per més endavant. El tercer grup de discussió, amb els professionals socio-sanitaris, m'ofereix elements per interpretar aquesta reacció. Es podria estar responnent positivament al projecte de maternitat al sentir-se pressionades amb la pregunta de l'entrevistada "t'agradaria tenir fills més endavant?" o pressionades per la norma social de la maternitat (Grup de discussió 3)

El desig de tenir fills o d'exercir de mare són les raons més generalitzades per expressar el desig d'embaràs. Tot i així, per cada dona la maternitat té unes connotacions i una significació particular. La importància de la família, l'alegria que aporten els fills a llar, la voluntat d'assegurar un futur en companyia, la realització d'un projecte personal, el desig de crear vida amb la persona que s'estima, realitzar aquesta etapa dins de l'evolució de la parella i també com a acte egoista per satisfer un anhel personal, són algunes de les significacions que apareixen al discurs de les dones davant de la perspectiva de la maternitat biològica<sup>27</sup>.

Per algunes dones el desig de ser mare està present des molt aviat, per a d'altres "es desperta" o es verbalitza més tard, amb l'edat i segons el moment del curs de vida i em remet, de nou, a la norma social de la maternitat. Hi ha una pressió social a la maternitat a les edats de l'estudi que es transmet en el discurs de dones. Entre les que avorten, es fa evident que la IVE a l'edat de 25-34 anys es viu amb certa vergonya

A través del discurs col·lectiu de les dones de 25-34 anys sobre el desig i la norma social de la maternitat es conclou que el desig està en funció del moment vital de la dona (Grup de discussió 1). Depèn d'una diversitat de factors individuals, emocionals, però també socials, econòmics, culturals i simbòlics que afecten de manera diferent a cada dona en funció del moment del curs de vida. Les dones d'aquesta franja d'edat no embarassades consideren que senten una pressió

---

<sup>27</sup> Són raons que la dona dona quan està embarassada.

relacionades amb les condicions d'arribada d'un fill, sobretot amb la seguretat material (situació econòmica, vivenda,). Existeix la sensació que les dones s'ho han complicat massa amb la maternitat, com si les condicions que s'espera tenir per poder ser mare siguin necessàriament complicades: "nos exigimos demasiado" (Grup de discussió 1). Aquesta discurs col·lectiu divergeix lleugerament del que han expressat les dones embarassades, per qui els factors materials no són determinants en la planificació de l'embaràs i són els que menys importància tenen a l'hora de decidir com resoldre un embaràs.

A més a més d'aquestes necessitats de seguretat material, l'edat apareix també com un factor important. Les participants més joves del grup de discussió expressen que si arriben als 36 sense un fill sentirien que "el futuro se me está acabando" (Grup de discussió 1). La referència a l'edat està present tant en el sentit de l'edat biològica ideal a la maternitat, que podria posposar-se mitjançant avenços científics, com en relació a la distància d'edat entre mare i fill quan, en un intent de projecció de futur, les dones visualitzen la relació que es pot establir entre ambdós si l'edat que els separa és molt gran.

El discurs col·lectiu de les dones de 25-34 sobre les connotacions i el desig de maternitat suggereix que es difícil d'establir quan i per què es produeix aquest desig. Hi ha dones que el viuen com un desig des de sempre o a vegades és com un despertar d'un rellotge biològic al voltant dels 30. De la discussió entre les dones no es conclou si pesa més la dimensió biològica o, en canvi, el desig neix del conjunt d'expectatives socials de la maternitat al tram d'edat de l'estudi. Entre la norma i les representacions de la maternitat que identifiquen les dones s'insinua la idea que la maternitat és encara un atribut de la femineïtat. Es fa evident una pressió a la maternitat, que es manifestaria amb un qüestionament directe o indirecte, però que obliga la dona a reflexionar sobre el desig de ser mare.

Les dones de 25-34 anys consideren que la norma social de la maternitat contempla si tenir o no tenir fills i també quan tenir-los, com tenir-los, amb parella o sense, i en quines condicions econòmiques i materials. Les dones reconeixen la norma social de la maternitat, que es presenta de manera més subtil que en les seves mares, però igual de qüestionadora, es posa evidència quan les dones de l'entorn proper comencen a tenir fills i apareix la sensació de possible soledat, aïllament o fins i tot el desencaix amb l'entorn proper en cas de no tenir fills.

En relació al nombre de fills desitjats, la majoria de dones entrevistades que contesten a aquesta pregunta, volen tenir un o dos fills, projecció del model de

família que sempre han volgut i que reflecteixen les enquestes sobre maternitat en el nostre context (134). El fill únic és rebutjat idealment per alguna d'elles, ja que valoren molt positivament la relació entre germans, projecció de la seva pròpia experiència. Algunes dones contempen, per aconseguir-ho, adoptar un fill, posteriorment. Tot i així, algunes dones prefereixen tenir aquest fill abans de valorar tenir-ne més. El motiu per voler limitar el nombre de fills fins a un màxim de dos passa per assegurar el benestar dels fills nascuts.

En general, no es volen tenir els fills molt seguits, no menys de dos anys, però quan la dona s'aproxima a la frontera dels 35 anys pesa més el desig de tenir els fills que el de voler espaiar-los, encara que això significa una inversió personal addicional. Quan l'embaràs és desitjat aquest esforç addicional és portable.

Tot i trobar-nos en una societat on el rol reproductiu no és l'únic que confereix un identitat a la dona, a la pràctica no és tan evident. Tot i que hi ha l'ambició de realitzar-se professionalment i/o de formar una família amb una parella sense fills, la norma social de la maternitat i el model de família predominant condiciona molt la conducta de les dones i posa en una disjuntiva a la dona de 25-34 anys, que entra amb conflicte entre les seves aspiracions i les condicions que la norma social de la maternitat li imposa.

#### **6.4.2. Les ambivalències a la maternitat i a l'embaràs. Un *continuum* entre el naixement i la IVE**

Els dubtes, les pors són comunes en totes les dones davant de la maternitat i a l'embaràs, no només entre les dones que han tingut un embaràs no desitjat o les que volen interrompre'l. A més a més, aquestes ambivalències s'accentuen per ser el primer embaràs.

Quan s'assabenten del seu estat, els sentiments que predominen entre les dones que havien planificat l'embaràs són de felicitat, entre les que l'havien planificat per més endavant de sorpresa i les que no l'havien planificat de preocupació. Tot i així, no són sentiments separats en compartiments estancs, es barregen i evolucionen.

És comú en els tres casos la contenció i la prudència. També, els dubtes de ser mares i quan l'embaràs es produeix en parelles recents, pensar que pugui afectar la relació, el sentiment de responsabilitat que es desperta en les dones embarassades és un altre motiu d'inquietud. La diferència, però, entre una dona ambivalent amb un embaràs desitjat o no desitjat, és la il·lusió per l'embaràs.

"la mujer que ha decidido... si se queda embarazada, buscado o no, pero que decide con la pareja, acuerdo o no, es una mujer con mucha ambivalencia, pero que tiene ilusión con el embarazo" (Professional 5, Grup de discussió 2)

Entre les dones que decideixen continuar l'embaràs, totes aquestes ambivalències aniran suavitzant-se al llarg del procés de gestació, però aquestes poden arribar a ser molt intenses durant les primeres setmanes. Durant un cert temps, molt inicial, els sentiments contradictoris respecte l'embaràs i fins i tot a la maternitat, així com les pors, poden arribar a prendre més protagonisme que la felicitat, però no per això la dona es planteja canviar d'opinió en relació a la resolució. El neguit que suposa un embaràs que surt una mica de la norma de la maternitat, per exemple quan la parella és recent i tots dos són joves com he vist amb el cas de la Victòria, i la por que no encaixi en l'entorn, també genera un sentiment d'ambigüitat a l'embaràs.

Algunes dones viuen malament les seves ambivalències i se senten culpables i egoistes per qüestionar-se l'embaràs. El conflicte de la Violeta es produeix amb la norma social de la maternitat, el de l'Olga amb poder prioritzar les seves aspiracions personals i el de la Raquel amb la importància concedida al seu ascens laboral.

"Pues mira, pues no es tan maravilloso como la gente habla /.../ yo no sé dónde tengo esas hormonas de la felicidad que toda mujer posee, pero, se me han perdido en el camino /.../ te preguntas de todo, si serás buena, si serás mala, en un momento que estás pensando algo que no te gusta, te sientes mal por pensar así, en el..." (Violeta)

"Una de les coses que em va fer més així, que va ser molt egoista per la meva part, doncs va ser això, el tema de viatjar, perquè a mi m'agrada molt viatjar"(Olga)

"Pensava ostres, per culpa d'això [problema laboral] estic pensant que ara no és el moment i el nen no té la culpa (Raquel)

A poc a poc, amb el pas de les setmanes i amb la possibilitat de parlar-ne, les ambivalències van perdent intensitat. Quan la dona té la possibilitat de comunicar les seves pors amb la parella, els embarassos no desitjats s'accepten més ràpidament i de manera més satisfactòria per la dona (vegeu apartat 6.4.3 sobre el rol de la parella).

Encara que la norma social de la maternitat associï l'embaràs amb sentiments de felicitat en les edats de l'estudi, i que en la majoria de casos acaba prevalent la

il·lusió, hi ha vegades que no es produeix, com succeeix a la Vicenta que, tot i continuar la gestació, es pregunta per què no se sent il·lusionada.

La falta de confiança amb la parella, no voler expressar els propis desitjos ni contemplar els de la parella, són motius perquè que no es parli del desig de la maternitat o de l'embaràs amb la parella i és en aquest context en el que es produeixen embarassos no desitjats i, a vegades, IVE. En aquest sentit, l'arribada d'un embaràs no desitjat té un cert potencial d'oportunitat per evitar futurs embarassos no desitjats. Talment com si la verbalització del desig hagués pogut evitar una situació inesperada

“lo que pasa que nunca nos sentamos a hablarlo, a profundizar ni... sino, seguramente, no lo habríamos hecho” (Violeta)

Davant de la intenció d'interrompre l'embaràs, quan entrevisto les dones a la clínica, les pors i ambivalències estan més elaborades en les dones que decideixen avortar. En la fase del procés en la que les entrevisto, les angoixes giren entorn, sobretot, de la intervenció que suposa una IVE. Entren en un estat d'inquietud i desitgen que el procés sigui ràpid. Cada dona té unes necessitats diferents, algunes volen tenir informació del procés per disminuir l'ansietat i altres, al contrari, volen saber el menys possible sobre la intervenció (vegeu apartat 6.3 sobre l'accés al sistema sanitari)

Els professionals que atenen a dones embarassades ambivalents reconeixen que quan es detecta una forta ambivalència davant d'un embaràs no desitjat és important realitzar un recolzament psicològic que permeti a la dona prendre una decisió més elaborada. En un sistema sanitari *hipermedicalitzat* i que rep una pressió assistencial considerable, reconeixen que no sempre es realitza aquesta atenció emocional. Als obstacles del sistema s'hi han d'afegir les limitacions del professional, la implicació del professional, així com el grau de comunicació i empatia que s'estableix amb la dona pot estar influenciat per l'actitud del professional. La dona embarassada s'ha de responsabilitzar, però, de la seva situació, reclamen els professionals, i per tant no deixar a les seves mans el pes de la decisió i el suport. El professional ha de poder realitzar un recolzament, però sobretot s'ha de tractar d'un acompanyament, mantenint la neutralitat professional

“aquí la neutralitat del professional és molt important. Diguéssim, per ajudar a què sospesin i valorin els elements de decisió, però que la decisió no pot ser induïda pel professional en cap moment. Has d'acompanyar fins que la



persona arribi amb un procés de conclusió seu, propi" (Participant 3, Grup de discussió 2).

### 6.4.3. El rol de la parella en el procés de decisió de la maternitat o de la IVE

La parella ha estat un dels factors transversals tant en la planificació com en la forma de resolució d'un embaràs.

*Taula 19. Relació de parella en el moment de l'arribada de l'embaràs*

<b>Forma de resolució</b>			
<b>Planificació de l'embaràs</b>	<b>Tipus/qualitat de relació de parella</b>	<b>IVE</b>	<b>Es tira endavant la gestació</b>
planificat	Relació estable		Carla, 32 anys Ada, 28 anys Susana, 30 anys Gisela, 33 anys Estela, 30 anys Nina, 29 anys Marina, 32 anys Francesca, 34 anys Raquel, 31 anys Minerva, 29 anys Aïcha, 27 anys
Es posposa			
no planificat		Mònica, 25 anys	Olga, 28 anys
no planificat	Relació recent	Jéssica, 32 anys Rosa, 32 anys Paula, 25 anys	Victoria, 26 anys Lara, 27 anys
no planificat	Relació incerta	Ana M <sup>a</sup> , 29 anys Xènia, 31 anys	Violeta, 27 anys Eva, 34 anys
no planificat	Relació sense futur	Mariana, 30 anys Ivet, 28 anys	Vicenta, 26 anys
	relació estable		
	relació no estable		

Font: elaboració pròpia a partir de les dones entrevistades

La comparació de la informació obtinguda a través dels relats de les dones i del grup de discussió amb els professionals que les atenen m'aproximo a la vivència i al rol que la parella pren en el procés.

El rol de la parella pren diferents formes i en diferents moments. La presència d'una parella pot ser el revulsiu per una dona perquè en el seu imaginari contempli l'opció

de ser mare o bé poder començar a construir un projecte parental en comú. Davant d'un embaràs, les ambivalències de la parella i el compartir el projecte parental pot ser essencial per prendre la decisió de tirar endavant o resoldre l'embaràs amb una IVE.

La maternitat continua sent una cosa de dos. Les dones que han planificat l'embaràs destaquen, explícitament o implícita, la importància que fos un projecte compartit; però també les dones que no l'havien planificat destaquen com és d'important el recolzament de la parella per tirar endavant la gestació i l'educació del fill. En la decisió de planificar un fill, en la decisió de continuar o interrompre un embaràs la dona amb parella estable comparteix la presa de decisions

En la decisió sobre la resolució de l'embaràs la dona busca, inicialment, l'acord i la complicitat de la parella. En les relacions no estables o recents prevalen les intencions de la dona, ja sigui perquè no hi hagut un plantejament previ del desig d'embaràs o perquè no hi ha acord en la decisió, i es posa en funció de la qualitat de la relació. La dona embarassada comunica l'embaràs a la seva parella, però quan té molt clara la decisió, l'opinió de la parella no és suficient per canviar-la i se senten legitimades a prendre-la soles.

Específicament entre dones que decideixen interrompre l'embaràs, les dones embarassades compten més o menys amb la seva opinió en funció de la qualitat de la relació. La manca de recolzament per part de la parella, i que aquest se'n desentengui, legitimen a la dona a apropiarse de la decisió, sense comptar amb ell.

Hi ha d'altres factors que legitimen a la dona a prendre la decisió. La dona embarassada se sent responsable de la decisió i, així, la seva decisió preval per sobre de la de la parella. No només per una qüestió evident d'estar embarassada durant nou mesos, sinó també perquè el pes de la càrrega social de la maternitat recau sobre la dona i defineix un escenari desigual segons el gènere concedint a la dona, la legitimitat a la decisió.

“tengo claro que la decisión es mía...entiendes... porque a la larga quien se queda con los niños siempre es uno [ella], o sea quien tiene que echar para adelante con los hijos es uno... el hombre...no” (Mariana)

En la decisió, quan es considera els punt de vista dels dos membres de la parella, es produeixen tres escenaris: 1) Decisió ràpida i acordada, 2) Decisions creuades, i 3) Ambigüitat en la decisió per part de l'home.

1) A vegades la decisió és molt clara per tots dos. En parelles recents és freqüent l'acord entre tots dos membres de la parella.

"Ho hem tingut bastant... Ja et dic, ho vam *sapiguer* dimarts i vam dir no no no, no estem preparats cap dels dos" (Paula)

2) Quan els temps en la presa de decisió no són els mateixos entre els dos membres de la parella

"Al principi, si [tiraria l'embaràs endavant] i... i ell, pues, al revés, després quan jo deia de no tirar, no tirar cap endavant, ell que m'ho penses millor, però bueno, parlant hem arribat a la conclusió de que és millor perdre'l, bueno, la meva conclusió, més que res" (Ivet)

Les dones posen veu als homes en els seus relats i, per tant, no puc afirmar que es tracti de l'acceptació de la parella o de la fermesa de la dona la que determina la presa de decisió final, però quan la relació de parella és incerta o la dona pensa que la relació no té futur, la decisió és pren ràpida, un cop la dona ho té clar, pren la iniciativa.

3) En relacions de parella on hi ha un compromís, l'home se sent legitimat a donar la seva opinió i defensar-la, encara que finalment accepti la decisió de la dona. Entre les entrevistades que decideixen avortar, hem vist el cas de dones amb la decisió d'interrompre l'embaràs molt clara, però les seves parelles desitjarien tirar-lo endavant.

"si fos per ell tirariem endavant. Perquè, segons ell, sigui com sigui surt endavant, però *bueno* respecta la meva opinió i *m'apoya* i *bueno*" (Xènia)

S'exigeix a la dona que el procés de decisió sigui reflexionat, ràpid i que en restin les mínimes contradiccions i dubtes. Cap decisió a la IVE és fàcil, la dona contempla diversos factors i avalua les conseqüències de la decisió d'interrompre l'embaràs amb un temps relativament curt. S'ha de produir i executar relativament ràpid i això requereix d'una dona amb iniciativa, que conegui els seus drets i/o que estigui ben orientada. Algunes dones, com la Paula, fins i tot s'enforteix i agafa les regnes de la decisió perquè la seva parella es bloqueja al saber la notícia. A més a més, tot i la duresa de la decisió, la dona s'adona que una vegada es pren una decisió han de quedar els mínims dubtes

"A veure, estic segura, perquè, crec que has d'estar molt convençuda per donar aquest pas, però *bueno*, tant una decisió com un altre és dura, tant tindre'l com no tindre'l" (Ivet)

La reacció de la parella davant de l'embaràs condiciona la resposta de la dona. Quan hi ha ambivalències per part de la dona, una reacció positiva a l'embaràs per part de la parella, dóna seguretat a la dona per tirar-lo endavant (com mostraven els casos de l'Aïcha, la Raquel, l'Olga, la Victoria, la Lara). Al contrari, una reacció negativa inicial tot i ser impulsiva i prematura, planteja més dubtes a la dona o referma la seva decisió inicial (com succeeix a la Mariana, l'Ana María, la Vicenta, la Ivet, la Lara).

Els professionals de la SSR plantegen que davant d'un embaràs es poden trobar un home il·lusionat que té moltes ganes de compartir l'experiència, "sobremotivat" per l'embaràs o, a l'altre extrem, un home que se'n desentengui; i entremig es poden trobar un home que tingui dubtes sobre l'embaràs, normalment lligat a un embaràs no desitjat. Si els dubtes de l'home coincideixen amb una dona amb ambigüitats es pot produir una interrupció de l'embaràs (Grup de discussió 2). Però no sempre es produeix així, la Vicenta i la Violeta són l'excepció a això, ja que en el cas de la Vicenta decideix portar endavant l'embaràs sola, amb el recolzament d'una amiga amb la mateixa situació, sabent prèviament que no tindrà la parella al seu costat; per la Violeta l'amor de la seva parella no ha estat el factor positiu que l'ha fet decidir tirar endavant l'embaràs, parafrasejant-la ella diu que l'embaràs ha pesat més que l'amor a la seva parella.

L'home també té ambivalències, si bé té una manera diferent d'expressar-les i altres temps. Poden ser molt directes en expressar la seva opinió o, al contrari, se'ls permet no posicionar-se.

En parelles estables les ambivalències tenen l'espai per compartir-se, mentre que en parelles inestables la dificultat de verbalitzar-les fa perdre ocasions d'elaborar la decisió amb les conseqüències emocionals posteriors.

Mentre que la dona té un rol actiu en l'embaràs, l'actitud de l'home és secundària i així s'accepta socialment. La dona ha de gestionar la seva ambivalència i prendre una decisió i enfrontar-se amb ella al sistema sanitari, mentre que l'home no necessita ser tan executiu i ningú li demana explicacions. Les ambivalències de l'home no tenen perquè resoldre's, contràriament al que succeeix a les dones.

I aquí es torna a plantejar el potencial d'oportunitat que suposa per un professional, en aquest cas, l'atenció a una parella ambivalent. Tal i com ells declaren, es tracta de mantenir la seva "neutralitat valorativa", però intentant implicar la parella en el procés de decisió (Grup de discussió 2).

La forma de les parelles d'expressar la seva il·lusió davant de la paternitat i durant l'embaràs, que no sempre és immediata ni constant, es posa en evidència a través del suport i estímul que ofereix a la dona embarassada o implicant-se en el procés i cura de la dona, així com comunicant l'embaràs al seu entorn i preparant l'espai per rebre el fill. Totes les dones que perceben aquesta il·lusió se senten més segures, disminueixen les ambivalències i se'ls contagia l'entusiasme. En un context on la maternitat continua valorant-se en parella, la perspectiva d'un embaràs sola genera força incertesa a la dona.

Els professionals reconeixen la situació de parella com un factor que influeix el procés de decisió d'un embaràs. Tenir parella i mantenir una relació consolidada, compromesa afecta tan la planificació com la forma de resolució de l'embaràs. Tot i així, detecten un grup de dones que accedeix a les seves consultes que declara no necessitar un home al seu costat per decidir tenir un fill. Aquest és el cas de les dones, normalment a partir del tram d'edat de 30-34 anys, que opten per una inseminació artificial. Seria la "desvalorització absoluta" de l'home, en paraules d'una de les professionals del Grup de discussió 2 (participant 3).

#### 6.5. RECAPITULANT: LA DECISIÓ D'AVORTAR I L'EXPERIÈNCIA VISCUDA PER LES DONES DE 25-34 ANYS

L'ambivalència a la maternitat explica part del mal ús de l'anticoncepció en les dones de 25-34 anys, però també, l'errada anticonceptiva es deu a les dificultats de la dona de gestionar la pròpia sexualitat. La norma social de la sexualitat diu a la dona que ha de ser capaç de cercar el seu propi plaer i acomplir els desitjos de les seves parelles; a més a més, la dona ha d'adaptar tots aquests desitjos a la norma social de l'anticoncepció que li diu que es protegeixi eficaçment, si vol evitar un embaràs, i que ho faci adaptant-se a un mètode anticonceptiu que potser no encaixa amb la seva situació personal del moment. Tots aquests imperatius que recauen sobre la dona han de ser tinguts en compte a l'hora de valorar l'errada anticonceptiva. Finalment, l'embaràs no desitjat en dones de 25-34 anys, si aquest es produeix fruit de l'errada, no es podrà dir que sigui el resultat d'una conducta immadura i irreflexiva, sinó a moments de vulnerabilitat.

El factor amb més pes en la decisió d'interrompre l'embaràs, en el grup de dones d'aquesta franja d'edat, és la parella. No tan sols l'existència o no d'aquesta, sinó la qualitat de la relació, el compromís establert entre els dos i el projecte parental en comú. En funció del tipus de parella es jerarquitzen la resta de raons. Quan la parella és estable o assentada recentment pren importància el desig de consolidar

un estil de vida i complir unes aspiracions, així com el desig d'embaràs o la projecció de la maternitat. Entre les dones amb parelles no estables (recents, sense futur o incertes) els factors que apareixen més estructurants són la situació econòmica i la xarxa de suport de què disposa la dona.

L'edat, els estudis, la situació material o de la vivenda són factors que apareixen en els relats de les dones, però que s'han posat en funció d'altres factors més estructurants de la decisió.

Les ambivalències davant de l'embaràs no són exclusives de les dones que decideixen interrompre l'embaràs, però en aquestes cristal·litzen totes les tensions que viuen les dones de 25-34 anys davant d'un embaràs no desitjat, que no encaixa amb les seves aspiracions personals del moment, però a qui la norma social demana que sigui mare. Sigui quin sigui el moment del curs vida de les dones que decideixen avortar, les expectatives socials que recauen sobre elles no s'adiuen amb la concepció que tenen de les seves pròpies condicions personals, de parella, professionals, econòmiques, materials que envolten l'embaràs i la xarxa social de suport de què ella disposa.

La dona pren la decisió d'interrompre l'embaràs prèviament a accedir al sistema sanitari i no percep la legislació de l'avortament com un obstacle a la realització. Els professionals que atenen a la dona que vol avortar no n'impedeixen la pràctica, tot i l'objecció de consciència en el nostre context. El seu paper és molt important a l'hora d'acollir, informar, acompanyar, donar seguretat a la dona en la seva decisió, i, per tant, estan afectant la qualitat de l'atenció i la vivència de la dona. Són les dones ambivalents davant de l'embaràs les que troben menys recolzament en aquest procés.

Tot i no existir protocols, els circuits d'accés a una IVE estan definits. El que varia és el tipus d'acompanyament que es fa a la dona. En termes generals, des dels Programes d'Atenció a la SSR és des d'on es fa una atenció més integral a la SSR i on es contemplen més necessitats de la dona embarassada. Un cop a la clínica que practicarà la IVE els procediments estan protocolitzats, i això dóna seguretat a la dona .

L'actitud del professional és crucial alhora de desestigmatitzar la pràctica de la IVE i fer que la dona no se senti culpabilitzada, si bé el sentiment de culpa pot sorgir del prejudici que en té la dona.

Finalment, l'accés al sistema sanitari és una oportunitat per reforçar la prevenció d'un nou embaràs no desitjat i oferir eines a la dona perquè no repeteixi l'experiència d'una IVE.





## CAPÍTOL 7. CONCLUSIONS

A l'inici d'aquesta tesi doctoral em plantejava identificar les lògiques explicatives de la IVE per tal d'entendre per què no disminuïen en un context on s'havia establert un sistema de SSR ampli, que contemplava la prevenció dels embarassos no desitjats i que pretenia reduir la xifra d'avortament voluntaris. Les evidències empíriques demostraven que això no succeïa ni tan sols en les edats mitjanes de la maternitat, aquelles en que es registraven algunes de les taxes de fecunditat més altes i un major nombre de naixements (25-34 anys). Finalment en aquest capítol em proposo respondre aquella pregunta. Per fer-ho, ressegueixo els tres capítols d'anàlisi empíric, cadascun dels quals correspon a un objectiu específic, i valido les tres hipòtesis que els associava. Abans de concloure el capítol, recuperaré el concepte d'*embaràs no desitjat* que durant el transcurs de la investigació ha pres una entitat considerable, per posar en evidència la bretxa entre les intencions a la maternitat i les conductes individuals que s'estan produint en el nostre context.

### 7.1. LA IVE NO DISMINUEIX A ESPANYA

La incidència de l'avortament a Espanya ha augmentat en una dècada (1998-2008) i ha escalat posicions en el context europeu, situant-se en un nivell entremig. A Espanya, es consolida un patró jove a l'avortament (menor de 30 anys) i les taxes en població adolescent continuen augmentant notablement.

La incidència de l'avortament mesurada a partir de l'índex sintètic d'avortament i, també, la proporció d'embarassos que acaben interrompent-se han augmentat en aquesta dècada indicant que, en un context com el nostre, amb una alta prevalença anticonceptiva, s'està fent un mal ús de la mateixa i confirmant que l'avortament és un recurs davant d'un embaràs no desitjat.

Taxes d'avortament altes, taxes de fecunditat baixes i prevalences anticonceptives relativament altes indiquen que l'avortament voluntari és un complement per retardar, limitar o espaiar la maternitat, però no és un substitut de l'anticoncepció.

Aquesta conducta general de la IVE es pot apreciar a totes les edats, però els grups d'edat de dones joves-adultes mostren un relació paradigmàtica amb la maternitat, perquè reflecteixen, més enllà d'un mal control de la fecunditat, el pes del retard de la maternitat.

En la cerca de factors explicatius dels nivells d'avortament vaig considerar, en un primer moment, dos factors que podien afectar la intensitat i tendències de la IVE: La prevalença anticonceptiva i el rol de la immigració.

Finalment, puc concloure que tot i un alta prevalença anticonceptiva en el nostre context hi ha dues dimensions de l'anticoncepció que poden explicar les errades anticonceptives. D'una banda, les necessitats insatisfetes encara altes en el nostre àmbit i, de l'altra, el predomini del preservatiu a qualsevol grup d'edat, mètode que registra el major nombre d'errades entre els mètodes eficaços.

Les taxes d'avortament segons el país d'origen han mostrat una intensitat més alta en dones estrangeres que en dones d'origen espanyol, resultat que ens ha de dur a considerar els diferents patrons reproductius, els patrons d'ús dels mètodes anticonceptius, el valor de la IVE en les diferents cultures i, en darrer terme, a una possible diferent concepció de la maternitat. L'origen és un factor que s'haurà de seguir explorant, però que escapava a l'objectiu d'aquesta tesi doctoral.

Les característiques de les dones que avorten i l'impacte dels factors sociodemogràfics i reproductius en el procés de decisió d'una interrupció varien segons el grup d'edat. El factor reproductiu, tenir algun fill anterior i l'absència de parella estable s'han mostrat determinants per decidir avortar, especialment en dones de 25 anys o més. Aquest resultat apunta la importància que donen les dones d'aquestes edats a poder compartir el projecte parental i la responsabilitat de la cura d'un fill i revela la importància del moment del curs de vida d'una dona en la decisió de recorre a la IVE.

A través del primer objectiu he pogut validar la primera hipòtesi que plantejava que la incidència de la IVE augmenta entre 1998-2008 i que es produeixen augments a qualsevol grup d'edat, si bé el grup adolescent augmenta per sobre dels altres. La situació de parella s'ha revelat determinant a la IVE, especialment entre les dones embarassades de 25-34 anys.

## 7.2. LES LIMITACIONS DELS OBJECTIUS PÚBLICS EN FER DISMINUÏR LA IVE

La manca d'una estratègia de SSR global, unificada i integral que vinculi la prevenció anticonceptiva amb la pràctica de la IVE a tot el territori espanyol no ha impedit que es pogués garantir l'accés a la PF i a la IVE a nivell estatal, tot i un mapa desigual per CCAA, a partir de la despenalització de l'anticoncepció l'any 1978 i de la IVE el 1985.

Ha estat un sector social que ha lluitat pels drets sexuals i reproductius i uns professionals sensibilitzats i ideològicament propers al que succeïa a altres països d'Europa Occidental i del Nord, en harmonia amb la perspectiva de la CIPD del Caire, el que ha permès que les dones a Espanya poguessin gaudir d'un sistema de SSR ampli que ha prioritzat la prevenció dels embarassos no desitjats a la IVE.

Finalment, la despenalització de la pràctica, i posterior definició dels circuits d'accés a l'avortament, així com l'atenció a les diverses dimensions de la SSR, no ha fet disminuir el nombre d'avortaments globals ni per edats, però sí que n'ha millorat les condicions d'accés a la IVE. Així mateix, les condicions d'accés als serveis i les desigualtats territorials tampoc afecten la xifra final d'avortaments en contextos com el nostre on la prestació està assegurada per llei, però sí que pot afectar l'experiència i el perfil de les dones que avorten a cada CCAA. Si bé l'oferta de centres que practiquen IVE no n'incentiva la demanda, el tipus d'estructura establerta ha demostrat tenir una influència en la distribució de l'avortament sobre el territori i sobre alguna de les característiques de la pràctica. Per exemple, Cantàbria presenta el percentatge d'IVE per risc fetal més alt de tota Espanya, perquè els centres que practiquen IVE en aquesta CCAA no practiquen IVE que no s'acullin a aquest criteri.

Els resultats obtinguts fins aquí no em parlen tan de la poca capacitat dels objectius públics dirigits a disminuir la IVE i en garantir la SSR, sinó de la complexitat del procés individual d'IVE i de la dificultat de contemplar les 5 etapes que el conformen per tal de fer-ne disminuir la intensitat del fenomen (la sexualitat, l'anticoncepció, l'embaràs no desitjat, la decisió i l'accés a la IVE). Així mateix, el sistema de SSR no considera els diversos moments en el curs de vida d'una dona, que he vist afecten la decisió de recorre a la IVE, per entendre l'evolució de la IVE. Valido així la segona hipòtesi a l'embaràs que afirma l'existència de limitacions per part dels objectius públics en fer disminuir la pràctica.

Els objectius públics en matèria de SSR actuen, parcialment, en dues etapes del procés de la IVE (l'anticoncepció i l'accés a la IVE), mentre que en les altres l'esfera privada té un pes massa important perquè hi puguin actuar. Així mateix, es focalitzen en poblacions vulnerables com les noies adolescents i joves que registren el nombre més alt d'IVE.

La IVE ha demostrat ser una realitat social, no normalitzada, però accessible. Qualsevol dificultat que la dona es trobi al respecte, quan existeix el dret a la IVE,

dificulta el procés i pot fer retardar la pràctica, però no s'ha pogut corroborar que l'impedís.

La IVE és un tema social controvertit, però la decisió final d'avortar és privada. La incidència de la IVE en un context on aquesta està despenalitzada, està condicionat per l'estructura per edats, per la taxa d'embaràs i de fecunditat, per la cobertura anticonceptiva i el serveis que n'atenen la pràctica, però també depèn de la norma social de la maternitat i les condicions socials i individuals de la dona, relacionades amb les seves característiques sociodemogràfiques, situació de parella, origen, situació laboral, econòmica o material i la xarxa social de suport. La norma social de la maternitat, en el nostre context social i temporal, en el marc de la Segona Transició Demogràfica, diu que una dona de 25-34 anys ha de ser mare i un embaràs abans o després es considera precoç o tardà respectivament (17).

Finalment, l'evolució de les xifres d'IVE evidencia l'existència de lògiques explicatives que no estava tenint en compte fins a aquell moment. He hagut de desplaçar l'interès cap a les raons que porten una dona a prendre la decisió d'interrompre l'embaràs. Les dones de 25-34 anys se'm presentaven com el grup més adient per explorar el procés individual de la IVE per tres motius: 1) abans i després d'aquesta edat la IVE està acceptada socialment i per tant en aquesta edat la dona ha de justificar més la seva decisió i ofereix un ventall més ampli de raons a la decisió, 2) en aquesta edat la dona té el deure de tenir fills segons la norma social de la maternitat, 3) presenten una de les proporcions d'embarassos que es resolen amb una IVE de les més baixes, aproximació del poc pes dels embarassos no desitjats i, tot i així, aquestes dones interrompen el seu embaràs.

### 7.3 LES DECISIONS PRIVADES I PERQUÈ LA IVE NO DISMINUEIX

Per identificar els factors estructurants de la presa de decisió en el procés de l'avortament cal resseguir les 5 etapes que el conformen (sexualitat, anticoncepció, embaràs no desitjat, decisió d'IVE, accés al sistema sanitari) i que han estat viscudes per les dones de 25-34 anys embarassades, les quals em remetent a les lògiques de perquè no disminueixen les IVE a Espanya.

L'embaràs no desitjat ve precedit per inconsistències en l'ús de mètodes anticonceptius motivades per ambigüitats i situacions de valoració del risc, més o menys conscients, en les que el desig de maternitat en dones de 25-34 anys, la cerca de plaer i el desig de satisfer a la parella interactuen.

L'ambigüitat i les contradiccions amb l'embaràs, l'ambigüitat i el desig verbalitzat de la maternitat, l'ambigüitat davant de la pròpia fertilitat, l'ambigüitat amb la relació de parella, la incertesa amb la situació personal expliquen que la dona faci un ús menys eficaç del mètode.

Una altra raó d'errada anticonceptiva, és la dificultat d'adaptació del mètode a l'estil de vida de la dona. L'elecció del mètode, lligada a la norma social de l'anticoncepció en el nostre context, s'inscriu dins de la trajectòria personal, social i de parella d'una dona. La distància entre l'eficàcia teòrica i la pràctica anticonceptiva varia en funció del moment en la trajectòria sexual i de parella i així, una mala gestió no passa necessàriament per una manca de consciència de risc, sinó per les dificultats de gestionar eficaçment una anticoncepció quotidianament de manera consistent.

En canvi, la manca d'informació, la manca de consciència de risc per desconeixement és poc freqüent en el nostre context, perquè ja sigui a través de membres del grup d'iguals, la família, els mitjans de comunicació o els professionals la informació està disponible.

Finalment el que perdura és una infravaloració i un joc amb el risc, entès com la valoració més o menys conscient d'una escala de riscos, on la conducta sexual de risc acaba sent prioritzada. És a dir, depèn de la gestió que la dona fa de la seva sexualitat. En aquest sentit, les dones que estan més en risc són les que, per la seva vulnerabilitat social i personal, desempoderades, no s'apropien d'aquesta dimensió de control de la seva vida i de la seva sexualitat.

Entre les velles i les noves representacions socials de la sexualitat que concedeixen a la dona una major autonomia i una apropiació del plaer en les relacions sexuals, la dona es troba amb moments de vulnerabilitat. El plaer en les relacions sexuals ja no és exclusivament dels homes, la dona també en pot gaudir, però ella ha de poder gestionar no tan sols el seu plaer i els seus desitjos, sinó també els de la seva parella, sense oblidar que la gestió de l'anticoncepció quan es tracta d'evitar un embaràs, recau sobre ella.

Les causes de l'errada anticonceptiva no són específiques de les dones que decideixen interrompre l'embaràs i tenen a veure, també, amb les relacions de desigualtat en la relació de parella, amb la responsabilitat compartida, amb la complexitat, el compromís que s'hi estableix i amb la possibilitat d'expressar desitjos. Les condicions personals, de parella i socials en les que es produeix un embaràs no desitjat determinen que l'errada dugui a una IVE o sigui benvinguda i

acabi en un naixement. Finalment, no existeix un perfil sociodemogràfic de dones que tenen embarassos no desitjats o IVE sinó moments de vulnerabilitat en el curs de vida que poden dificultar la realització dels desitjos reproductius

Per planificar un embaràs, les dones d'entre 25 i 34 anys expliciten com a "condicions necessàries" un conjunt de factors agrupats sota el paraigües d'una certa "estabilitat" que en concret implica l'existència d'una parella estable –tot i que algunes maternitat són desitjades en solitari–, un projecte parental acordat amb la parella quan aquesta existeix, així com haver assolit un estatus social, disposar d'una situació econòmica i material, de vivenda, que permeti acollir l'arribada d'un fill en unes condicions que li siguin favorables. En funció del moment del curs de vida de la dona, uns factors o altres prendran més importància i són percebuts com a imprescindibles o no. En la cerca del moment *ideal*, és com la dona concep les condicions el que pren importància.

Quan es produeix un embaràs no desitjat, en canvi, per decidir la forma de resolució s'inverteix la forma de reflexionar, no es tracta que la dona compleixi les condicions, sinó que l'embaràs pugui adaptar-se a aquestes condicions. Independentment d'una mala gestió anticonceptiva, del desig de maternitat i de la planificació de l'embaràs, la dona que sap que està embarassada es replanteja la seva situació –considerant l'edat, el desig i les condicions socials, econòmiques, materials i de parella, el seu moment del curs de vida- per decidir si el pot tirar endavant o no.

Respecte la decisió d'IVE, tot i contemplar els mateixos factors que es consideren per seguir la gestació, la construcció de la decisió és més complexa i hi ha una major combinació de factors depenent del moment del curs de vida de cada dona, però, la situació afectiva i de parella és el factor més estructurant de la decisió. Més enllà del que ja avançaven les dades quantitatives sobre la importància de la situació de convivència amb una parella, a través de les dades qualitatives, la qualitat de la relació (relació incerta, sense futur, recent, ocasional fruit d'un retrobament) i la projecció d'un projecte parental en comú pren rellevància i esdevé crucial. La resta de factors, la situació econòmica, professional i material, la transició a l'edat adulta i la xarxa social de suport es jerarquitzen i es posen en funció d'aquella. Rarament aquests factors són prioritaris per decidir continuar o interrompre un embaràs. De nou, en aquest procés de decisió es tracta de la concepció que té la dona de la seva situació personal.

La situació material és un element que s'acumula a una situació personal més o menys complexa a nivell de parella o social. L'evocació de les limitacions econòmiques o materials per tirar endavant l'embaràs em remet en a la dificultat d'oferir al fill unes bones condicions de vida i poder-lo cuidar autònomament si no hi ha parella i, consegüentment, la situació professional, entesa com l'assoliment d'un estatus social, perd importància en favor de la situació econòmica.

Com a conseqüència de la importància concedida a la qualitat de la relació de parella, més enllà de la situació legal o de fet, és possible que una dona amb parella estable interrompi l'embaràs quan aquest no forma part d'un projecte a mig o llarg termini amb la parella. De nou pren importància en la decisió la concepció que té la dona de les condicions d'arribada d'un fill.

La norma social de la maternitat té encara molt pes en les contradiccions de la dona envers la maternitat. Les dones experimenten una inquietud pel pas del temps i pel fet que moltes dones del seu entorn quedin embarassades mentre elles encara no. En algunes ocasions se senten qüestionades o pressionades per les persones del voltant que les compara amb d'altres dones que ja són mares. Però la norma social també espera que la dona d'aquesta edat hagi superat unes etapes que no totes les dones han pogut realitzar, i així, no tan sols l'edat sinó l'entrada a l'edat adulta, haver finalitzat els estudis, l'emancipació de casa els pares, disposar d'ingressos i tenir una parella estable esdevenen les condicions que defineixen el "bon moment" a la maternitat.

Tot i una evident revolució de les relacions de gènere, la identitat de la dona encara contempla la maternitat com una dimensió important i les representacions i l'organització social d'aquesta encara fa responsables a les dones de la cura dels fills. Això legitima les dones a prendre la decisió d'interrompre l'embaràs, perquè són les dones les que han de fer encaixar i gestionar les conseqüències de l'arribada d'un fill a les seves vides.

Les dones tenen més opcions de planificar la seva maternitat que les seves mares i àvies mitjançant mètodes anticonceptius eficaços, però les errades anticonceptives es continuen donant fruit de les dificultats de la dona de gestionar la pròpia sexualitat i l'anticoncepció, les seves relacions afectives, les seves aspiracions personals i equilibrar-les amb normes i lògiques socials contradictòries que regeixen totes aquestes dimensions en el context en el que viuen. L'embaràs no desitjat posa sobre la taula la tensió amb què es troba la dona entre una diversitat d'opcions de vida i de formes familiars. La IVE, finalment, esdevé l'opció per portar

la maternitat al "bon moment" en la trajectòria personal, social i de parella de la dona embarassada, en detriment d'un desig o no de la maternitat. A cavall de les normes socials a la maternitat, les responsabilitat davant de l'embaràs, i unes aspiracions i motivacions personals, la dona decideix interrompre l'embaràs, talment com un mal menor, anticipant-se i projectant la seva situació en el moment de la vinguda del fill i explica per què les IVE no disminueixen en contextos que, com l'espanyol, han definit uns objectius públics en matèria de SSR per fer disminuir-ne la xifra.

Davant d'un embaràs no desitjat, la dona embarassada s'enfronta a una pluralitat d'escenaris de futur incerts i desenvolupa una actitud valorativa del risc que connecta amb el model de societat que descriuen Giddens, Beck i Lash (219). En el procés de decisió les dones defineixen i adopten un estil de vida que vol allunyar-se del de les generacions passades, però que encara contempla dimensions i representacions socials que es valoraven llavors. I en aquest punt la decisió posa la dona en una situació de tensió i contradicció. En qualsevol cas, no posa en entredit la validesa dels canvis que proposa la Segona Transició Demogràfica per entendre el fenomen de la IVE a l'actualitat.

Segons la Segona Transició Demogràfica, la IVE forma part de les transformacions bàsiques que experimenten les societats postindustrials i el reconeixement de la diversitat de formes familiars i d'estils de vida. Les raons per decidir avortar es diversifiquen respecte d'aquelles societats que no han viscut la Segona Transició Demogràfica. Així, algunes dones contempen la continuïtat d'un model familiar antic que cerca l'estabilitat amb una parella, un projecte parental en comú i una situació econòmica estable i aquelles dones que prioritzen altres aspiracions i desitjos personals abans del desig de ser mare. Totes, però, es troben en conflicte entre les motivacions personals i els requeriments d'una *societat líquida* en els termes que planteja el sociòleg polonès Zygmunt Bauman. En aquesta societat, les vides individuals s'estructuren en un seguit de projectes a curt termini i "cada pas nou ha de ser una resposta a una disposició diferent dels elements en joc" (220)

El conflicte cristal·litza amb tota la seva intensitat quan en el projecte de vida, la parella és cabdal. Les aspiracions de parella i, amb la parella, són un factor explicatiu d'una IVE i, per tant, trobem IVE en dones amb o sense parella indistintament. Quan la parella pren aquest rol, la concepció d'instabilitat respecte d'altres aspectes (situació professional material, etc...) queda relegat a un segon terme



A l'imaginari col·lectiu l'avortament es presenta com una opció que abans no es tenia tan fàcilment i que sembla ser factible per algunes dones. Ara bé, l'avortament continua sent una experiència difícil per qualsevol dona, no tan sols perquè la dona sent la càrrega moral de la decisió d'interrompre una possible vida en gestació, sinó també perquè la posa davant de les seves pròpies debilitats en saber gestionar l'anticoncepció i de gestionar normes i aspiracions contradictòries com saber gaudir de la sexualitat desvinculada de la reproducció, ser mare en el bon moment i en un moment favorable econòmicament i professional, així com, en primera instància, tenir una parella amb qui es projecta un futur en comú.

Els desitjos i intencions de paternitat dels homes es coneixen poc i s'han explorat a través d'altres veus, la de les dones entrevistades quan tenen parelles estables i la dels professionals sociosanitaris. Tampoc es coneixen les motivacions dels homes per fer un ús inconsistent dels mètodes anticonceptius, la seva valoració personal del risc d'embaràs ni de la seva vivència davant d'un embaràs no desitjat, incloent la manera com participen i experimenten la presa de decisions al voltant del mateix.

Finalment, no puc validar la tercera i última hipòtesi de la tesi: la decisió de la IVE en el tram d'edat de 25-34 anys no es deu únicament a l'arribada d'un embaràs en un moment d'inestabilitat de la dona sinó, sobretot, a un desencaix de l'embaràs i els seu projecte vital i de parella en el moment de l'embaràs. Finalment, la decisió d'IVE en aquest tram d'edat evidencia la complexitat del procés individual de la IVE, així com la tensió que es produeix entre el desig d'embaràs i la norma social de la maternitat.

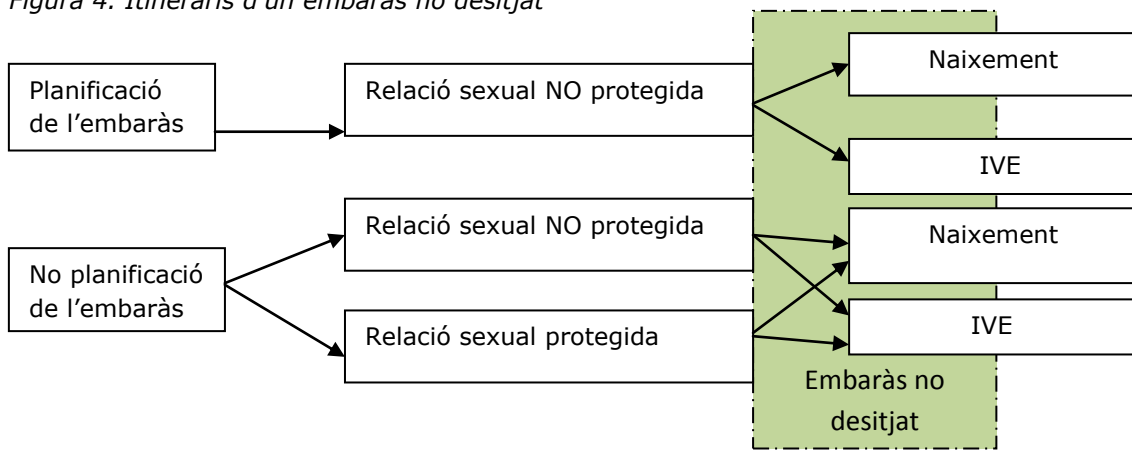
#### 7.4. NOTES FINALS SOBRE EL CONCEPTE D'EMBARÀS NO DESITJAT

No tots els embarassos no desitjats acaben en una IVE ni totes les IVE són el resultat d'un embaràs no desitjat, però aquest concepte permet explorar la bretxa entre les intencions i les conductes. El concepte *d'embaràs no desitjat* s'ha mostrat amb tota la seva complexitat. Teòricament, l'embaràs no desitjat és el resultat d'una conducta de risc –per un ús inconsistent de l'anticoncepció quan no s'havia planificat un embaràs–, però a la pràctica inclou una gran varietat d'intencions i desitjos. Finalment, les fronteres amb l'embaràs desitjat és difosa.

El desig i les intencions entorn de la maternitat no sempre es corresponen amb les conductes de cerca o prevenció de l'embaràs, el que condueix a embarassos no desitjats.

La conducta sexual humana es complexa. Els itineraris al voltant de l'embaràs presenten rutes inesperades. Rere la categoria d'embarassos no desitjats s'observen antecedents pel que fa la planificació i la pràctica anticonceptiva, i trajectòries de resolució de l'embaràs, molt diferents (Figura 4). Les dones s'adapten i gestionen diverses situacions i possibilitats, sent un motor clau, però no únic en la presa de decisió el desig de maternitat i la planificació de l'embaràs. Qualsevol dels següents itineraris pot dur a un embaràs no desitjat que es resolgui de formes diferents

Figura 4. Itineraris d'un embaràs no desitjat



Es produeixen embarassos que són fruit del desig de maternitat, d'un embaràs planificat, però un canvi de circumstàncies en la vida de la dona, quan l'embaràs s'ha produït, pot fer resoldre l'embaràs amb una IVE (Figura 4)

Finalment, el concepte *d'embaràs no desitjat* és simplificador de la intencionalitat i el desig de maternitat o d'embaràs, però permet operacionalitzar l'estudi de les intencions d'embaràs, les conductes i la decisió de continuar o interrompre l'embaràs, considerant dimensions més complexes que el concepte d'embaràs planificat o no planificat. Cal, però, fer una distinció acurada dels tipus d'embarassos que aglutina el concepte d'embaràs no desitjat: 1) els embarassos no desitjats perquè no eren planificats, no s'havia verbalitzat cap intenció a l'embaràs o desig de maternitat amb la parella (estable o no estable), 2) els embarassos desitjats, però que es pretenia posposar dins d'un projecte parental compartit i, finalment 3) aquells embarassos realment no desitjats perquè no es vol tenir un fill, si més no en el moment present.

A través del concepte d'embaràs no desitjat, definit d'aquesta manera, s'entén que no necessàriament l'embaràs no desitjat porti a una IVE, molts dels embarassos que es posposen o els embarassos d'aquelles dones que havien verbalitzat el desig

d'embaràs o que en el marc de la seva parella havien fabulat amb aquesta idea continuen l'embaràs no desitjat després de fer un exercici per intentar fer encaixar l'embaràs a les condicions actuals de la dona. L'embaràs no desitjat s'aproxima, així, a l'embaràs desitjat. Finalment, s'estableix una continuïtat entre un embaràs desitjat i no desitjat com proposaven Bachrach i Newcomer (101).

#### 7.5. PER TANCAR EL CERCLE. L'EXPERIÈNCIA DE LA DONA EN CONTACTE AMB ELS SERVEIS D'ATENCIÓ A LA SALUT SEXUAL I REPRODUCTIVA

El sistema sanitari i els objectius públics, reproduïxen la norma social de la maternitat. En moltes consultes es dóna per entès que un embaràs entre els 25 i els 34 anys es durà fins al final, excepte en els casos que la dona plantegi el contrari –exceptuant quan hi ha hagut un error mèdic que condueix a una errada anticonceptiva–. Les altres opcions de resolució de l'embaràs i els sentiments que generen no estan normalitzats dins del sistema sanitari i, per tant, les dones no són tractades en tota la seva complexitat. Aquesta realitat vulnerabilitza la posició i fins i tot estigmatitza a les dones que tenen dubtes i aquelles que tenen clar que volen interrompre l'embaràs. A les dones que interrompen l'embaràs se'ls obliga a justificar-se en els termes establerts per la llei, sense que es tractin les vertaderes motivacions de la aquesta decisió.

En el context de les consultes de SSR es produeixen buits d'informació i de cura que es deriven de la discrepància entre les expectatives dels professionals sanitaris i de les dones. Els professionals sanitaris, com la majoria de dones, valoren la corresponsabilitat de la usuària en la cura de la seva pròpia salut com un element clau per a que es produeixi l'efectivitat de la seva tasca i consideren que corresponsabilitat implica que ella prengui la iniciativa de preguntar i demanar. D'altra banda, si bé moltes dones tenen aquesta actitud i estan empoderades per aprofitar les possibilitats de la consulta, alguna, especialment aquelles en condició de vulnerabilitat social, no se senten legitimades a fer totes les preguntes ni a expressar descontentaments o dubtes que en ocasions deriven en un ús inadequat del mètode anticonceptiu o en una presa de decisions amb menys eines a la seva disposició.

L'atenció a la PF i embaràs requereix de menys estandardització, menys discontinuïtat i menys medicalització per poder acomplir un dels aspectes reclamants per les dones: Un tracte més personalitzat que contempli en major mesura els aspectes emocionals.

El professional sanitari és vist com un referent en temes de salut sexual i reproductiva per a la dona, però hi ha una distància que a vegades li fa difícil accedir-hi i quan ho fa no sempre se sent satisfeta. Es produeix una contradicció, d'una banda el professional genera una dependència en la dona i, de l'altra, no estableix una relació de confiança, el que deixa a la dona i a la seva parella en una situació d'inferioritat respecte el sistema.

El rol del professional és limitat perquè s'acaba un cop la dona surt de la consulta i perquè no pot envair la seva privacitat, però alguns professionals s'adonen que la millor manera de garantir la SSR de les dones és establint vincles amb ella i demanant una major implicació de la dona.

El professional sanitari té marge d'acció per actuar davant de les ambivalències. La dona amb ambivalències, dubtes o pors requereix d'una atenció més integral, en la qual es continuï valorant l'atenció mèdica -de gran qualitat fins ara en el sistema públic espanyol-, però que incorpori una dimensió psicològica en l'atenció a l'embarassada i a les seves parelles. La dona que està embarassada per primera vegada té ambivalències intrínseques al seu estat, dubtes i pors que moltes vegades no són resolts. No totes les ambivalències portaran a una interrupció, però afegeixen inquietud al procés de l'embaràs.

No hi ha una resposta uniforme per part del sistema sanitari davant d'aquestes ambivalències. Molts professionals observen aquestes trajectòries i identifiquen aquelles aparentment contradictòries, que no "encaixen" amb la "conducta esperada", però no sempre tenen les eines ni el temps necessaris per actuar davant d'elles. Les característiques del sistema sanitari poden ser un obstacle pels mateixos professionals.

Aquelles dones que estableixen una relació de confiança amb el professional, quan aquest els planteja les diverses opcions de resolució de l'embaràs i els dona explicacions completes, s'estan empoderant i apropiant de les seves decisions, així com disminueixen la seva angoixa. En darrer terme, la dificultat a crear aquesta confiança professional-dona i parella desaprofita una oportunitat de promoure conductes saludables. Sense perdre de vista que el professional, tot i tenir un paper molt important en el procés de decisió en matèria de conductes saludables, ho és en un sentit secundari, d'acompanyament.

La dona se sent responsable d'un embaràs i de la decisió d'avortar i no sent que el professional la condioni ni que la pugui fer canviar d'opinió quan ha decidit que vol

interrompre el seu embaràs. La dona que decideix avortar s'apropia de la decisió, de les causes i de les conseqüències i té una actitud menys crítica a l'atenció que rep del sistema establert que les dones embarassades que continuen l'embaràs. L'experiència de les dones és bona i senten que estan ben orientades, el circuit no està protocolitzat, però és ràpid i fàcil a Catalunya, especialment des dels centres específics d'atenció a la SSR. La diversitat de formes d'accés a la IVE no es correspon amb una diversitat de centres que realitzen la pràctica, la majoria d'IVE es deriven a les clíniques acreditades que agilitzaran el procés. Tot i que la pràctica està garantida, i el professional coneix el recorregut, el paper del primer professional o del primer servei on es visita la dona condiona l'experiència a la IVE, fins a arribar a la clínica, degut a la manca de protocols.

Les mancances del sistema sanitari són compensades per la bona atenció dels professionals. Les desigualtats territorials afecten tant a la intervenció com a la derivació i, així, moltes dones de ciutats petites prefereixen anar directament a ciutats grans on es troben la majoria de clíniques acreditades, on l'estigmatització és menor i hi ha més discreció.

L'experiència que em relaten les dones posa al descobert les limitacions de les lògiques socials per fer disminuir l'embaràs no desitjat i la IVE. Es produeix una bretxa entre les motivacions de la dona i les normes socials i els objectius públics en matèria de SSR.

Alguns professionals són conscients que el sistema de SSR és reproductor d'algunes normes socials que estigmatitzen a la dona que viu una errada anticonceptiva i que decideix avortar. Legitimar la sexualitat sigui quin sigui el moment del curs de vida d'una dona, mantenir els espais d'escolta i responsabilitzar els homes en tot el procés, es revela com una bona manera, no de disminuir la IVE, però si d'empoderar la dona en la presa de decisió i de millorar l'experiència de l'avortament en un context on està despenalitzat.

Aquesta recerca m'ha permès aprofundir en les lògiques explicatives de la IVE, i m'han ajudat a entendre perquè no han disminuït la IVE a Espanya en una dècada. Pel camí, però, han aparegut d'altres dimensions que no poden ser obviades i hauran de ser incorporades a l'estudi dels factors i s'han obert d'altres perspectives de recerca interessants.

El rol de la immigració, s'ha revelat explicatiu de la intensitat de la incidència de la IVE. Serà interessant poder estudiar amb més profunditat el comportament de

l'avortament voluntari en aquest grup de població al llarg del temps. Així mateix, no tan sols la població nascuda a l'estranger, també s'ha confirmat un altre grup de població especialment vulnerable en relació a la SSR, la població adolescent. En aquest cas, la tendència de la IVE suggereix la necessitat d'estudiar més en detall el paper de les lògiques socials i les decisions individuals per poder modificar aquesta tendència.

Serà interessant, també, incorporar la perspectiva dels homes no tan sols en la decisió de recórrer a una IVE, sinó en totes les etapes del procés i conèixer la seva experiència.

La metodologia qualitativa ofereix l'oportunitat de poder aprofundir en dimensions difícilment quantificables que s'han insinuat estructurants de la decisió d'interrompre l'embaràs, com l'ambivalència a l'embaràs i la maternitat en el grup de dones de 25-34 anys, però caldrà seguir investigant en aquesta direcció

Finalment, però no menys important: al llarg de la tesi doctoral, s'ha demostrat la pertinència de combinar la metodologia quantitativa i qualitativa per estudiar un fenomen controvertit com la interrupció voluntària de l'embaràs. I pot ser un repte metodològic per a futurs estudis demogràfics.

## MENTION EUROPÉENNE

### 1. INTRODUCTION

#### 1.1. Antécédents et objectif de l'étude

L'origine de cette thèse de doctorat se trouve dans mon mémoire de recherche. À ce moment-là, je me demandais si, dans les contextes où l'interruption volontaire de grossesse (IVG) avait été dépénalisée – qu'avaient définis des objectifs publics pour faire diminuer l'IVG et où s'étaient établis des services intégraux de Santé Sexuelle et Reproductive (SSR) visant la prévention de *grossesses non désirées*<sup>28</sup> –, les comportements sexuels à risque pouvaient diminuer, spécialement ceux qui mènent à une IVG.

Idéalement, dans la lignée de ce que suggérait le Programme d'Action de la Conférence Internationale de Population et Développement (CIPD) du Caire en 1994 par « approche intégrale », je me référais à l'établissement d'un système de SSR qui considérerait une attention socio-sanitaire globale envers la sexualité, service qui, par des services sécuritaires et de qualité et sur la base de l'égalité de genre et de condition sociale, prendrait en considération les différentes demandes et besoins sexuels ou reproductifs de toutes les personnes à quelque moment que ce soit de leur parcours de vie, en assurant ainsi le bien-être ; une attention qui prioriserait la prévention des conduites à risque plutôt que d'avoir à en affronter les conséquences. Plus spécifiquement, une attention qui promouvrait la prévention de grossesses non désirées pour éviter la pratique de l'IVG.

Les évidences semblaient démontrer que, dans ces contextes, le nombre d'avortements volontaires non seulement ne diminuait pas, mais pouvait augmenter. Je voulais en trouver les logiques explicatives. Ces questions initiales allaient se transformer, par la suite, en l'objectif d'étude de mon mémoire de recherche : d'une part, décrire le système de SSR en Belgique et en France et, de l'autre, étudier la relation entre les objectifs publics visant à diminuer le nombre d'IVG et l'intensité et les caractéristiques du phénomène. J'ai décidé d'étudier les cas de la Belgique et de la France parce qu'il s'agissait de deux pays européens où l'IVG présentait des caractéristiques similaires. Dans les deux cas, l'IVG avait été dépénalisée quelques décennies auparavant comme résultat des luttes sociales et politiques dans lesquelles l'action des groupes féministes avait joué un rôle déterminant. De plus, bien que dans les deux cas avait été établie une structure

---

<sup>28</sup> Pour une discussion élargie du concept lire le chapitre 2.1.2

sanitaire qui accordait la priorité à la prévention de grossesses non désirées sans négliger le soutien aux femmes qui désiraient avorter, le nombre d'IVG ne diminuait pas.

La perspective comparative pouvait m'offrir des éléments pour évaluer pourquoi, dans des pays présentant des parcours similaires et ayant établi une structure de soins en SSR au-delà du simple accueil des IVG, l'intensité du phénomène était différente, son incidence n'avait pas diminué et présentait de plus des caractéristiques différentes.

Les résultats de mon mémoire de recherche constituaient un petit apport dans la recherche des logiques explicatives de l'IVG. On y corroborait que, malgré l'existence, tant en Belgique qu'en France, d'objectifs publics prétendant faire diminuer l'IVG grâce à un bon accès aux services de SSR de forme non restrictive, incluant l'approvisionnement en contraceptifs et la prévention de grossesses non désirées dans un sens plus large, ne se produisait pas la diminution attendue de l'incidence des IVG et qu'on ne pouvait, non plus, en conclure quelles en étaient les raisons. Les objectifs publics m'expliquaient seulement en partie le recours à l'IVG. Si je voulais envisager d'autres logiques explicatives à l'avortement volontaire, je devais concéder de l'importance aux pratiques et à l'expérience de la femme tout au long du processus d'avortement individuel, en identifiant les raisons qui peuvent faire qu'une femme décide d'interrompre sa grossesse et les facteurs qui en influencent le processus.

Un des principaux apports du contact avec les experts de l'avortement en France a été l'approche sociologique du phénomène. Adoptée par les démographes et sociologues françaises Nathalie Bajos et Michèle Ferrand (8), ainsi que par Agnès Guillaume et collègues (9), ou encore par Clémentine Rossie (10), elle m'offrait un cadre explicatif intéressant à adopter pour ma recherche doctorale, et m'aiderait à comprendre le phénomène de l'IVG. Cette approche explicative permet de considérer l'IVG comme un processus et aide à articuler les divers facteurs qui peuvent affecter la décision et l'accès à l'IVG, ce que j'appelle *les logiques sociales* de l'avortement.

Une fois terminé mon mémoire de recherche, j'ai orienté mes recherches sur l'Espagne grâce à des apprentissages tirés de l'étude de l'IVG. Ma thèse de doctorat prétend approfondir l'étude de l'IVG à partir du cas espagnol et dans une perspective comparative.



Pour étudier les logiques explicatives de l'IVG dans une société déterminée, il faut décrire l'incidence et les caractéristiques de la femme qui avorte en tenant compte des logiques qui en affectent la pratique. Mais il faut aussi demander à la femme pourquoi elle décide d'avorter à un moment déterminé de son parcours de vie, quelles conduites sexuelles à risque elle avait eues avant la grossesse, quelle était sa situation affectivo-sexuelle, comment elle se protégeait d'une grossesse non désirée, dans quelles conditions socio-démographiques, économiques et matérielles elle se trouvait au moment de la grossesse en termes de niveau d'éducation, de profession et de couple; si elle a senti de la pression au moment de prendre la décision, quel est le réseau social de soutien sur lequel elle pourrait compter si elle voulait mener à terme la grossesse et, finalement, quel a été son parcours et son expérience dans le système de la santé au moment d'accéder à l'IVG, pour voir comment ces facteurs affectent la décision et, finalement, la pratique.

Pour resituer la pratique de l'IVG dans un contexte global où elle prendrait sens, j'ai considéré le système de SSR comme une entité propre dans ma thèse de doctorat. Avant de passer à l'étude du processus d'avortement individuel, j'étudie les objectifs publics en matière de SSR, et plus spécialement ceux visant à diminuer le nombre d'IVG. L'apport le plus important du cadre explicatif dans l'étude des objectifs publics est la conception de l'IVG comme faisant partie d'un processus. En ce sens, je considère le système de SSR dans son ensemble, examinant comment agissent les objectifs publics à chacune des étapes du processus.

L'étude des logiques sociales et des décisions individuelles considère l'IVG comme un processus et doit me permettre d'identifier les facteurs qui affectent la pratique de l'IVG dans notre contexte pour, finalement, pouvoir répondre à la question de ma thèse: pourquoi les IVG n'ont-elles pas diminué dans un contexte où a été implanté un système de SSR qui favorise la prévention des grossesses non désirées et a pour objectif d'en réduire le nombre?

Le cadre théorique que j'ai adopté pour approfondir l'étude de l'IVG, par opposition aux études qui considèrent l'avortement en termes de problématique éthico-sociale ou comme un facteur déterminant de la baisse de la fécondité (14), me permet de considérer l'avortement comme une option qu'a la femme pour vivre sa maternité « au bon moment » (8), manifestation des transformations que vit la société espagnole dans le contexte des changements sociaux et culturels que propose la Deuxième Transition Démographique (15,16). Les typologies familiales et les valeurs associées à la maternité se modifient, de même que les rôles sociaux de

genre et, ainsi, la maternité devient volontaire ou moins obligatoire que par le passé (18).

Pouvoir décider quand et comment être mère a été l'origine de longues luttes, menées par les femmes, qui vont commencer dans les années 1960 en Europe. L'Espagne, en retard sur d'autres pays, n'a réussi à dépénaliser la contraception qu'en 1978 et, de façon partielle, l'IVG au milieu de la décennie 1980, conférant ainsi à la femme, en partie, le droit de décision sur son propre corps. Dans ce contexte-là, la planification de la grossesse devenait le modèle prédominant et l'IVG passait pour être une option pour contrôler la fécondité, bien que ce soit *a posteriori*, évitant qu'une grossesse non désirée aboutisse en une naissance.

Dans ce contexte de diffusion de méthodes contraceptives modernes qui permettent la planification, *la grossesse non planifiée* perd de l'importance au profit de *la grossesse non désirée*, qui fait entrer en jeu d'autres dimensions qui affectent la vie d'une femme. Ce contexte va établir, sans le dire ouvertement, les règles du « bon moment » pour la maternité et définir ainsi la norme sociale selon laquelle la femme de 25-34 ans, émancipée, en couple et en situation professionnelle stable, présente les conditions socialement acceptées pour être mère (17).

Ce contexte social de référence pose le paradoxe des IVG aux âges adulte et jeune. Les femmes de 25-34 ans sont à l'âge socialement perçu comme étant celui de la maternité, à un moment où se concentrent la majorité des naissances et le plus petit nombre de grossesses non désirées. Ces femmes, au seuil d'une période la moins fertile, à l'âge auquel on attend socialement qu'elles aient déjà atteint toute une autre série d'objectifs (éducatifs, professionnels et conjugaux), avortent également. Il semble que ce soit un moment complexe où la femme doit tenir compte de différentes dimensions de la nature pour prendre la décision. Cette apparente complexité dans le processus de décision est ce qui en fait le groupe le plus indiqué pour étudier les motivations menant à une IVG.

Traditionnellement, l'âge a été une variable que les démographes ont considérée structurante des décisions sur la fécondité. Quand nous incorporons la dimension sociale, quand nous concédons de l'importance aux représentations ou aux normes sociales, nous ne parlons pas tant de l'âge que de l'importance du moment dans le *parcours de vie* à l'heure de prendre des décisions. Et dans cette recherche, ce concept a plus de poids que la variable de l'âge (8,22,23).

Pour répondre à ma question de recherche dans une optique quantitative, je compte sur les sources de données et méthodologies suivantes. Le Registre d'IVG

est ma principale source, étant la seule qui comptabilise exhaustivement le nombre d'avortements annuels. Ce dernier présente cependant la limite de contenir peu d'informations socio-démographiques sur la femme qui avorte. Puisqu'il s'agit d'un phénomène social controversé, les enquêtes réalisées auprès de la population général sous-estiment beaucoup le nombre d'avortements et, pour cette raison, les autres informations doivent aussi être considérées avec circonspection (12,24,25).

Pour documenter les logiques sociales qui affectent l'IVG, les sources de données principales sont les agents clés qualifiés liés à la SSR et à la littérature grise qui permettent de situer la pratique de l'avortement dans le contexte social où elle prend sens.

Finalement, pour identifier les décisions individuelles dans une optique qualitative, la technique principale utilisée est l'entrevue semi-structurée en profondeur réalisée auprès des femmes catalanes de 25-34 ans. L'information obtenue lors des entrevues est complétée et contextualisée grâce à l'information provenant de trois groupes focaux. L'un d'eux m'offre le discours collectif sur la valeur de la maternité des femmes dans le même groupe d'âge, tandis que les deux autres me montrent le discours collectif des professionnels socio-sanitaires en contact à la fois avec les femmes et avec le système de santé.

Nous trouvons plusieurs exemples dans la littérature scientifique – en Europe, aux États-Unis et en Australie – qui utilisent la méthodologie qualitative pour étudier les circonstances qui entourent la décision finale de recourir à l'IVG et l'expérience de la femme qui y accède (8,26-36). Sont moins nombreuses les études qui en décrivent tout le processus (8), manque qui confère un intérêt supplémentaire à la recherche que je présente ici.

La Catalogne est la communauté autonome avec un des indices d'IVG les plus élevés de tout l'État espagnol et présente, de plus, d'autres particularités qui la rendent pertinente pour réaliser le travail de terrain : tant pour son caractère urbain, spécialement la ville de Barcelone et son aire métropolitaine, que pour son parcours historico-politique et social de défense des droits civils et des femmes, la Catalogne est pionnière en ce qui concerne les comportements et les attitudes envers l'IVG qui peuvent finir par être adoptés dans l'ensemble de l'État.

La perspective théorique choisie prétend décharger la femme du stigmatisme qu'elles portent souvent quand elles décident d'avorter, sans les décharger, par contre, de la responsabilité de la décision ni leur enlever leur rôle de protagoniste.

## 1.2. Objectifs et hypothèses

Pour répondre à ma question de recherche : pourquoi les IVG ne diminuent-elles pas dans un contexte comme l'espagnol où on a établi un système de SSR qui prévoit la prévention des grossesses non désirées et qui a comme objectif d'en réduire le nombre?, l'objectif général de la thèse est d'étudier les logiques explicatives de l'IVG en examinant les logiques sociales et les décisions individuelles.

Les objectifs spécifiques sont :

- 1) Caractériser le recours à l'IVG pendant une décennie (1988-2008) en prenant en considération son intensité et les caractéristiques des femmes qui avortent en Espagne.
- 2) Documenter les objectifs publics visant à réduire les IVG et à garantir la SSR en Espagne.
- 3) Analyser le processus d'avortement individuel des femmes de 25-34 ans.

Pour répondre au premier objectif spécifique de ma thèse, savoir où se trouve l'Espagne en matière d'IVG, je considère l'évolution de la situation de l'IVG en Espagne pendant la décennie 1998-2008. Je compare l'intensité de l'IVG à partir de l'indice conjoncturel d'avortement, les taux d'avortement par âge et la ratio d'avortement pour 100 grossesses en Espagne dans le contexte européen. Par la suite, j'approfondis le cas espagnol par le calcul, par âges, d'indicateurs d'intensité de l'IVG pour l'ensemble de femmes en âge fertile et l'évolution qui s'ensuit pendant la décennie, en les mettant en relation avec d'autres phénomènes liés à la fécondité. Finalement, par une analyse descriptive et multivariable, je caractérise le profile socio-démographique et reproductive les femmes qui ont interrompu leur grossesse et la pratique pendant l'année 2008 en Espagne.

Selon le deuxième objectif spécifique de cette étude, j'explore la relation entre le système de SSR établi dans un contexte social déterminé – faisant partie des objectifs publics visant à faire diminuer les IVG et à garantir les droits SSR – et les niveaux et les caractéristiques socio-démographiques de la pratique de l'IVG. Je réalise une étude comparative des cas belge, français et espagnol. Bien qu'il y ait une différence temporelle évidente entre les données des IVG obtenues pour la Belgique et la France (2005) et celles obtenues pour l'Espagne (2008), je considère l'expérience des deux premiers comme une référence.

Enfin, le troisième objectif spécifique prétend analyser, au niveau individuel, la prise de décisions qui mène à une IVG et l'expérience de la femme qui accède au système de la santé à travers les propres histoires de femmes enceintes de 25-34 ans. Les raisons ou motivations qui apparaissent dans leurs récits sont liées aux caractéristiques sociodémo-graphiques et, inévitablement, aux logiques sociales qui les affectent. Chacun des objectifs prétend corroborer une hypothèse de travail que je définis à partir des savoirs acquis tout au long de l'étude des cas belge et français :

- 1) L'incidence de l'IVG en Espagne pendant la période étudiée (1998-2008) ne diminue pas et présente des augmentations dans tous les groupes d'âge. La situation conjugale se révèle déterminante au moment d'opter pour l'IVG.
- 2) En Espagne, les objectifs publics visant à diminuer l'IVG et à garantir la santé et les droits sexuels et reproductifs mettent l'accent sur la prévention contraceptive des adolescentes et des jeunes femmes, alors que le reste de phases du processus d'avortement et les autres groupes d'âge reçoivent moins d'attention
- 3) La décision de recourir à l'IVG chez les femmes de 25-34 ans met en évidence la tension dans laquelle ces dernières se trouvent devant l'arrivée d'une grossesse à un moment d'instabilité personnelle, économique, sociale ou conjugale.

## 2. CONCLUSIONS

Au début de cette thèse de doctorat, je me proposais d'identifier les logiques explicatives de l'IVG pour comprendre pourquoi elles ne diminuaient pas dans un contexte où avait été établi un système global de SSR qui visait à la prévention des grossesses non désirées et qui prétendait réduire le nombre d'avortements volontaires. Les données disponibles démontraient que cela n'arrivait même pas chez les femmes à l'âge de la maternité, celles-ci enregistrant certains des taux de fécondité les plus élevés et un nombre élevé de naissances (25-34 ans). Dans cette section, je me propose de répondre à cette question. Pour le faire, je poursuis les trois chapitres d'analyse empirique, chacun d'entre eux correspondant à un objectif spécifique, et je valide les trois hypothèses qui les associaient. Avant de conclure le chapitre, je récupérerai le concept de *grossesse non désirée*, qui au cours de la recherche a pris un poids considérable, pour mettre en évidence le décalage entre les projets de maternité et les conduites individuelles qui se produit dans notre contexte.

### **2.1. L'interruption volontaire de la grossesse ne diminue pas en Espagne**

L'incidence de l'avortement en Espagne a augmenté en une décennie (1998-2008) et a gagné plusieurs rangs dans le contexte européen se situant à un niveau intermédiaire en 2008, devant des pays comme la Belgique, l'Italie ou l'Allemagne et derrière la France, le Royaume Uni ou la Hongrie. En Espagne se consolide un profil jeune à l'avortement, avec des incidences particulièrement importantes chez les femmes de moins de 30 ans et une augmentation importante du taux dans la population adolescente.

Pendant cette décennie ont augmenté spécialement tant l'incidence de l'IVG mesurée à partir de l'indice synthétique d'avortement que la proportion de grossesses qui finalement sont interrompues indiquant que dans un contexte comme le nôtre, avec une forte prévalence contraceptive, il se fait un mauvais usage des méthodes et l'avortement volontaire est confirmé comme recours face à une grossesse pour retarder, limiter ou espacer la maternité.

De hauts taux d'avortement, de bas taux de fécondité et de relativement fortes prévalences contraceptives me suggèrent que l'avortement est un complément pour éviter ou limiter le nombre d'enfants, mais que l'avortement volontaire n'est pas un substitut de la contraception.

Bien que ce comportement général de l'avortement puisse s'apprécier à tous les âges, la relation entre la contraception, la fécondité, les naissances et l'IVG varie d'un groupe d'âge à l'autre. Le groupe des jeunes adultes (25-34 ans) montre une relation avec la maternité différente des autres groupes parce qu'il reflète, en plus d'une mauvaise utilisation de la contraception, le poids du retard de la maternité.

J'ai pris en considération deux variables explicatives de l'IVG : la prévalence contraceptive et l'immigration.

Finalement j'ai pu conclure que, même une haute prévalence contraceptive, il y a deux dimensions liées à la contraception que peuvent nous aider à expliquer les erreurs dans la pratique. D'un côté, les besoins insatisfaits en matière de prévention encore assez hauts dans notre contexte et, de l'autre, la généralisation de l'utilisation du préservatif dans tous les groupes d'âges, la méthode moins efficace parmi les méthodes efficaces.

D'un autre côté, les taux d'avortement selon le pays d'origine montrent une intensité plus élevée chez les femmes étrangères. Résultat qui doit nous mener à considérer les différents patrons reproductifs, des pratiques contraceptives et des degrés d'acceptation de la pratique de l'IVG différents de ceux des femmes espagnoles. L'origine est une variable qui devrait continuer à être explorée, mais qui dépasse l'objectif de cette thèse.

L'impact des facteurs socio-démographiques et reproductifs dans le processus de décision d'une IVG varie selon le groupe d'âge et laisse entrevoir que le moment du parcours de vie est déterminant dans la décision de recourir à une IVG. Le facteur reproductif (avoir déjà un enfant) et l'absence d'un couple stable se révèlent des déterminants importants pour décider d'avorter, spécialement chez les femmes de 25 ans ou moins. Ce résultat suggère l'importance que la femme donne au fait de pouvoir partager le projet parental et la responsabilité de prendre soin du nouveau-né.

À travers mon premier objectif, j'ai pu valider la première hypothèse, qui proposait une augmentation de l'incidence de l'IVG pendant une décennie dans tous les groupes d'âge. La situation du couple s'est révélée déterminante pour l'IVG, spécialement parmi les femmes de 25-34 ans.

## **2.2. Les limitations des objectifs publics pour faire diminuer l'IVG**

Depuis la dépénalisation de la contraception en 1978 et de l'IVG en 1985, le manque d'une stratégie de SSR globale, unifiée et intégrale, liant la prévention contraceptive et la pratique de l'IVG partout sur le territoire espagnol, n'a pas empêché que l'accès à la PF et à l'IVG soit garanti au pays, malgré un plan inégal pour la communauté autonome.

C'est un important secteur de la société civile et des professionnels sensibilisés et idéologiquement proches de ce qui se passait dans d'autres pays de l'Europe occidentale ou du Nord qui ont rendu possible en Espagne que la femme puisse bénéficier d'un système complet de SSR qui a su donner priorité à la prévention des grossesses non désirées plutôt qu'à l'IVG.

Finalement, la dépénalisation de la pratique et l'ultérieure normalisation du service d'avortement et du service lié aux différentes dimensions de la SSR n'ont fait diminuer le nombre d'avortements ni globalement ni selon l'âge, mais ont amélioré les conditions d'accès à l'IVG. De cette manière, les conditions d'accès aux services et les inégalités territoriales n'affectent non plus le nombre final d'avortements dans des contextes comme le nôtre où la prestation est assurée par la loi. Peuvent affecter, par contre, l'expérience et le profil socio-démographique et épidémiologique des femmes qui avortent dans chaque région et les conditions médico-sanitaires de la pratique. Bien que l'offre de centres qui pratiquent l'avortement n'en stimule pas la demande, le type de structure établie a démontré avoir une influence sur la distribution de l'avortement sur le territoire et sur quelques caractéristiques de la pratique et de la femme.

Les résultats obtenus jusqu'ici ne parlent pas tant de la faible capacité des objectifs publics à faire diminuer l'IVG et à garantir la SSR, mais plutôt de la complexité du processus d'avortement individuel et de la difficulté d'envisager les 5 étapes qui le forment dans le but de faire diminuer l'intensité du phénomène (la sexualité, la contraception, la grossesse non désirée, la décision et l'accès à l'IVG). Ainsi, le système de SSR ne considère pas les différents moments du parcours de vie de la femme – facteur qui, nous l'avons vu, affecte la décision de recourir à une IVG – pour comprendre l'évolution des IVG. De cette manière, je valide la deuxième hypothèse relative à la grossesse, qui présupposait l'existence de limitations des objectifs publics dans leur tentative pour faire diminuer la pratique de l'IVG.

Les objectifs publics en matière de SSR agissent, partiellement, dans deux phases du processus de l'IVG (la contraception et l'accès à l'IVG), tandis que dans les



autres, la sphère privée a un poids trop important pour que les objectifs publics puissent agir.

L'avortement a démontré être une réalité sociale, non normalisée mais accessible. Quelle que soit la difficulté que la femme puisse trouver à y recourir, quand le droit à l'IVG existe, cette difficulté complique le processus et peut en retarder la pratique, mais il n'a pas été possible de confirmer qu'elle arrive à l'empêcher.

L'avortement est un thème social controversé, mais la décision finale d'avorter est privée. Le recours à une IVG dans un contexte où cette dernière a été dépenalisée est conditionné par la structure selon l'âge, par le taux de grossesse et de fécondité, par la couverture contraceptive et les services qui en assurent la pratique, mais dépend aussi de la norme sociale relative à la maternité et des conditions sociales et individuelles de la femme, liées à la situation du couple, à l'origine de la femme, à sa situation professionnelle, économique ou matérielle, et au réseau social. Dans le cadre de la Deuxième Transition Démographique, la norme sociale relative à la maternité dans notre contexte social et temporel nous dit qu'une femme de 25-34 ans doit être mère et qu'une grossesse avant ou après sera considérée respectivement comme précoce ou tardive (17).

Finalement, l'évolution des statistiques relatives à l'IVG met en évidence l'existence de logiques explicatives que je n'avais pas prises en considération à ce moment-là. J'ai dû déplacer mon intérêt vers les raisons qui font qu'une femme prend la décision d'interrompre sa grossesse. Les femmes de 25-34 ans étaient pour moi le groupe le plus adéquat pour explorer le processus d'avortement individuel pour trois raisons : 1) avant et après cet âge, l'IVG est acceptée socialement et, de ce fait, la femme doit justifier davantage sa décision à cet âge et offrir un éventail plus large de raisons, 2) à cet âge, la femme doit avoir des enfants selon la norme sociale relative à la maternité, 3) bien qu'elles présentent une des proportions de grossesses qui résultent en une IVG les plus basses, preuve du faible poids des grossesses non désirées, ces femmes interrompent leur grossesse.

### **2.3. Les décisions privées et pourquoi IVG ne diminue pas**

Pour identifier les facteurs structurants de la décision de recourir à l'IVG, il faut parcourir les 5 étapes du processus d'avortement vécu par les femmes enceintes de 25-34 ans, étapes qui me renvoient aux raisons pour lesquelles les IVG ne diminuent pas en Espagne.

La grossesse non désirée est précédée d'inconsistances dans l'usage des méthodes contraceptives, motivées par des ambiguïtés et des situations d'évaluation du risque, plus ou moins conscientes, dans lesquelles interagissent le désir de maternité chez les femmes de 25-34 ans, le plaisir et l'envie de plaire au conjoint.

L'ambiguïté et les contradictions face à la grossesse, l'ambiguïté et le désir verbalisés de la maternité, l'ambiguïté face à sa propre fertilité, l'ambiguïté avec le conjoint et l'incertitude de la situation personnelle expliquent que la femme fasse un usage moins efficace de la méthode.

Une autre cause d'erreur contraceptive est la difficulté d'adaptation de la méthode au style de vie de la femme. Le choix de la méthode, liée à la norme sociale relative à la contraception dans notre contexte, s'inscrit dans la trajectoire personnelle, sociale et conjugale d'une femme. La distance entre l'efficacité théorique et la pratique contraceptive varie en fonction du moment dans la trajectoire sexuelle et conjugale et, ainsi, une mauvaise gestion n'implique pas nécessairement un manque de conscience du risque, mais plutôt des difficultés à gérer de manière efficace et régulière une contraception.

Par contre, le manque d'information, et de ce fait le manque de conscience du risque par méconnaissance, est peu fréquent dans notre contexte, car, que ce soit par l'intermédiaire de membres du même groupe d'âge, de la famille, des médias ou des professionnels, l'information est disponible.

Finalement, ce qui perdure est une sous-estimation et un jeu avec le risque, compris comme l'évaluation plus ou moins consciente d'une échelle de risques, où la conduite sexuelle à risque finit par être privilégiée. En d'autres mots, tout dépend de la gestion que la femme fait de sa sexualité. En ce sens, les femmes qui sont le plus à risque sont celles qui, à cause de leur vulnérabilité sociale et individuelle, ne s'approprient pas de cette dimension de contrôle de leur vie et de leur sexualité.

Entre les anciennes et les nouvelles représentations sociales de la sexualité qui conduisent la femme vers une autonomie plus grande et vers une appropriation du plaisir dans les relations sexuelles, la femme se trouve dans des situations de vulnérabilité. Le plaisir lors de relations sexuelles n'appartient plus seulement aux hommes, la femme aussi peut en jouir, mais elle doit être capable de gérer non seulement son plaisir et ses désirs mais aussi ceux de son partenaire, sans oublier que la gestion de la contraception, quand il s'agit d'éviter une grossesse, lui incombe à elle.

Les causes de l'erreur contraceptive ne sont pas spécifiques aux femmes qui décident interrompre leur grossesse. Elles ont aussi à voir avec les relations d'inégalité dans la relation couple, avec la responsabilité partagée, avec la complicité, l'engagement qui s'établit et la possibilité d'exprimer des désirs. Les conditions personnelles, conjugales et sociales dans lesquelles la grossesse non désirée se produit déterminent si l'erreur mène à une IVG ou est bienvenue et résulte en une naissance. Finalement, il n'existe pas de profil démographique des femmes qui ont des grossesses non désirées ou recourent à l'IVG, mais plutôt des moments de vulnérabilité pendant le parcours de vie qui peuvent rendre difficile la réalisation des désirs reproductifs.

Pour planifier une grossesse, les femmes de 25-34 ans explicitent comme « conditions nécessaires » un ensemble de facteurs groupés sous le parapluie d'une certaine « stabilité » qui, concrètement, implique l'existence d'un conjoint stable – même si certaines maternités sont désirées en solitaire –, un projet paternel convenu avec le conjoint lorsqu'il y en a un, ainsi que d'avoir atteint un statut social, de disposer d'une situation économique et matérielle, d'un logement, qui permettent d'accueillir l'arrivée d'un enfant dans des conditions qui lui soient favorables. En fonction du moment du parcours de vie de la femme, certains facteurs ou d'autres prendront plus d'importance et seront perçus ou non comme indispensables. Dans la recherche du moment *idéal*, c'est la perception des conditions qui importe.

Par contre, quand se produit une grossesse non désirée, pour décider de la forme de résolution s'inverse le mode de réflexion. Il ne s'agit pas que la femme remplisse les conditions, mais que la grossesse puisse s'adapter à ces conditions. Indépendamment d'une mauvaise gestion contraceptive, du désir de maternité et de la planification de la grossesse, la femme qui sait qu'elle est enceinte remet en question sa situation – considérant l'âge, le désir et les conditions sociales, économiques, matérielles et conjugales et le moment dans son parcours de vie – pour décider si elle peut donner suite à sa grossesse.

Concernant la décision de recourir à une IVG, bien que soient envisagés les mêmes facteurs qui sont considérés pour poursuivre la gestation, la construction de la décision est plus complexe et il y a une combinaison plus grande de facteurs dépendant du moment du parcours de vie de chaque femme. Cependant, la situation affective et conjugale constitue le facteur le plus structurant de la décision. Au-delà de ce qu'avançaient les données quantitatives sur l'importance de la situation de la vie en commun avec un partenaire, les données qualitatives

suggèrent que la qualité de la relation (incertaine, sans futur, récente, occasionnelle parce que fruit de retrouvailles) et l'idée d'un projet parental en commun prennent de l'importance et deviennent cruciaux. Les autres facteurs (la situation économique, professionnelle et matérielle, le passage à l'âge adulte et le réseau social de soutien) se hiérarchisent en fonction de ces premières. Rarement ces facteurs sont-ils prioritaires au moment de décider de poursuivre ou non la grossesse. À nouveau, dans ce processus de décision, c'est de la perception qu'a la femme de sa propre situation qu'il s'agit.

La situation matérielle est un élément qui s'ajoute à une situation personnelle plus ou moins complexe au niveau conjugal ou social. L'évocation des limitations économiques ou matérielles pour mener à terme la grossesse me renvoie aux difficultés d'offrir à l'enfant de bonnes conditions de vie et de pouvoir en prendre soin de manière autonome s'il n'y a pas un conjoint. Conséquemment, la situation professionnelle, entendue comme l'acquisition d'un statut social, perd de l'importance en faveur de la situation économique.

Comme conséquence de l'importance accordée à la qualité de la relation de couple, au-delà de la situation légale ou de fait, il est possible qu'une femme engagée dans une relation stable interrompe sa grossesse.

La norme sociale relative à la maternité, qui, dans notre contexte, dit à une femme de 25-34 ans qu'elle doit devenir mère, pèse encore lourd dans les contradictions d'une femme face à la maternité. Les femmes font l'expérience d'une inquiétude quant au temps qui passe et pour le fait que plusieurs femmes de leur entourage tombent enceintes alors qu'elles ne le sont pas encore. Parfois, elles se sentent questionnées et poussées par les personnes de leur entourage qui les comparent à d'autres femmes qui sont déjà mères. Mais la norme sociale s'attend aussi à ce que la femme de cet âge ait dépassé certaines étapes que toutes les femmes n'ont pas réussi à atteindre et, de ce fait, non seulement l'âge mais aussi l'entrée dans l'âge adulte, avoir fini les études, s'être émancipée de la cellule familiale, disposer de revenus et avoir un conjoint stable deviennent les conditions qui définissent le « bon moment » pour la maternité.

Bien qu'il y ait eu une évidente révolution des relations entre les sexes, l'identité de la femme considère encore la maternité comme une dimension importante, dont les représentations et l'organisation sociale tient encore les femmes responsables du soin des enfants. Cela légitime les femmes à prendre la décision d'interrompre la grossesse puisque ce sont elles qui doivent encaisser et gérer les conséquences de l'arrivée d'un enfant dans leur vie.

Les femmes ont plus d'options pour planifier leur maternité que leurs mères et grand-mères grâce aux méthodes contraceptives efficaces. Malgré cela, les erreurs contraceptives continuent à être le fruit des difficultés de la femme à gérer sa propre sexualité et la contraception, ses relations affectives, ses aspirations personnelles, et à les conjuguer avec des normes et des logiques sociales contradictoires qui régissent toutes ces dimensions dans le contexte où elles vivent. La grossesse non désirée fait ressortir la tension que vit la femme lorsqu'elle se trouve devant une diversité d'options de vie et de formes familiales. L'IVG, finalement, devient l'option pour vivre la maternité au « bon moment » dans la trajectoire personnelle, sociale et conjugale de la femme enceinte, au détriment du désir ou non de maternité. À cheval entre les normes sociales relatives à la maternité, la responsabilité face à la grossesse et certaines aspirations et motivations personnelles, la femme décide d'interrompre sa grossesse, comme si c'était un moindre mal, anticipant sa situation au moment de l'arrivée de l'enfant. Ces logiques expliquent pourquoi l'IVG ne diminue pas dans des contextes qui, comme l'espagnol, ont défini des objectifs publics en matière de SSR pour en faire diminuer le nombre.

En face d'une grossesse non désirée, la femme enceinte fait face à une pluralité de scénarios de futurs incertains et développe une attitude volontaire de risque qui concorde avec le modèle de société décrite par Giddens, Beck et Lash (219). Dans le processus de décision, les femmes définissent et adoptent un style de vie qui veut s'éloigner de celui des générations précédentes, mais qui comporte encore des dimensions et représentations sociales qui étaient alors valorisées. À ce stade, la décision place la femme dans une situation de tension et de contradiction.

En tout cas, cette décision ne met pas en doute la validité des changements proposés par la Deuxième Transition Démographique pour comprendre le phénomène de l'IVG actuellement. Selon cette dernière, l'IVG fait partie des transformations basiques vécues par les sociétés postindustrielles et de la reconnaissance de la diversité des formes familiales et des styles de vie. Les raisons pour décider d'avorter se diversifient respectivement aux pays qui n'ont pas vécu la Deuxième Transition Démographique. Ainsi, certaines femmes contemplant la continuité d'un modèle familial ancien qui recherche la stabilité dans un couple, un projet parental en commun et une situation économique stable, alors que d'autres donnent priorité à d'autres aspirations et désirs personnels plutôt qu'au désir de devenir mère. Toutes, cependant, se trouvent prises dans un conflit entre les motivations personnelles et les requêtes d'une « société liquide », selon les

termes que propose le sociologue polonais Zygmunt Bauman. Dans cette société, les vies individuelles se structurent à partir d'une série de projets à court terme et « chaque nouveau pas doit être une réponse à une disposition différente des éléments en jeu » (220).

Le conflit se cristallise dans toute son intensité lorsque, dans le projet de vie, la relation de couple tient un rôle principal. Les aspirations de couple et avec le conjoint sont des facteurs explicatifs d'une IVG et, pourtant, nous trouvons des IVG chez des femmes avec ou sans conjoint indistinctement. Quand la relation prend ce rôle, la perception d'instabilité par rapport à d'autres aspects (situation professionnelle, matérielle, etc.) reste reléguée au second plan.

Dans l'imaginaire collectif, l'avortement se présente comme une option dont on ne disposait pas auparavant et qui semble être réalisable pour certaines femmes. Cependant, l'avortement continue à être une expérience difficile pour n'importe quelle femme, pas uniquement parce qu'elle sent la charge morale de la décision d'interrompre une possible vie en gestation, mais aussi parce que cela la met devant ses propres défaillances pour gérer la contraception ou des normes et aspirations contradictoires comme savoir jouir de la sexualité détachée de la reproduction, devenir mère au bon moment (personnel, économique et professionnel), ainsi que, et surtout, avoir un conjoint avec qui projeter une vie en commun.

Les désirs et les intentions de paternité chez les hommes sont peu connus et ont été explorés à partir d'autres voies, celle de femmes interviewées lorsqu'elles avaient des conjoints stables et celle des professionnels socio-sanitaires. Sont aussi méconnues les motivations des hommes à faire un usage inconsistant des méthodes contraceptives, leur appréciation personnelle du risque de grossesse ou de leur expérience face à une grossesse non désirée, incluant la manière qu'ils ont de participer à la prise de décisions quant à cette dernière.

Pour conclure, je ne peux valider la troisième et dernière hypothèse de la thèse : la décision de recourir à l'IVG dans le groupe d'âge des 25-34 ans n'est pas uniquement due à l'arrivée d'une grossesse à un moment d'instabilité de la femme, sinon à un désaccord de sa grossesse avec son parcours de vie et de couple. Finalement, la décision d'IVG met en évidence la complexité du processus individuel d'avortement et la tension du désir de grossesse et la norme sociale à la maternité dans cette tranche d'âges.

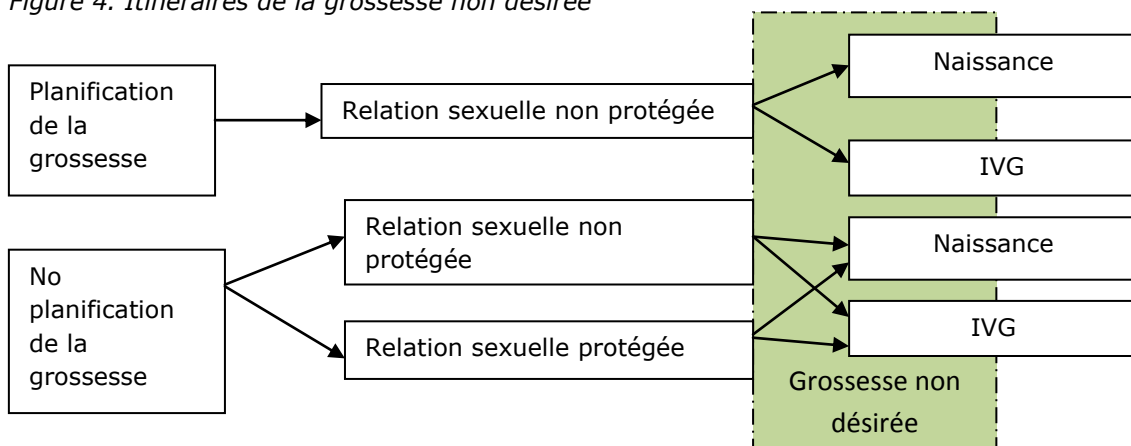
## 2.4. Notes sur le concept de grossesse non désirée

Toutes les grossesses non désirées ne finissent pas par une IVG, ni toutes les IVG ne sont le résultat d'une grossesse non désirée. Cependant, ce concept permet d'explorer le décalage entre les intentions et les comportements. Le concept *grossesse non désirée* s'est montré dans toute sa complexité. Théoriquement, la grossesse non désirée est le résultat d'un comportement à risque – à cause d'un usage inconsistant de la contraception quand la grossesse n'avait pas été planifiée –, mais dont la pratique inclut une grande variété d'intentions et de désirs. Finalement, la frontière avec la grossesse désirée est diffuse.

Le désir et les intentions entourant la maternité ne correspondent pas toujours aux comportements de recherche ou de prévention de la grossesse, ce qui conduit à des grossesses non désirées.

La conduite sexuelle humaine est complexe. Les itinéraires menant à la grossesse empruntent des routes inattendues. Derrière la catégorie de grossesses non désirées, on peut observer des antécédents concernant la planification et la pratique contraceptive et des trajectoires de résolution de la grossesse clairement différenciées (Figure 4). Les femmes s'adaptent et gèrent différentes situations et possibilités où le désir de maternité et la planification de la grossesse jouent un rôle clé, mais pas l'unique, dans la prise de décision. N'importe quel des itinéraires suivants peut mener à une grossesse non désirée, résolue de manières différentes.

Figure 4. Itinéraires de la grossesse non désirée



Il y a des grossesses qui sont le fruit du désir de maternité, d'une planification, mais un changement des circonstances dans la vie de la femme quand la grossesse s'est déjà produite peut résulter en une IVG (Figure 4).

En somme, le concept de *grossesse non désirée* est simplificateur de l'intentionnalité et du désir de maternité ou de grossesse, mais permet d'opérationnaliser l'étude des intentions relatives à la grossesse, des comportements et de la décision de continuer ou d'interrompre la grossesse considérant des dimensions plus complexes que le concept de *grossesse planifiée* ou *non planifiée*. Il faut, cependant, faire une distinction soigneuse des différents types de grossesses non désirées puisqu'on peut y trouver : 1) les grossesses non désirées parce qu'elles n'étaient pas planifiées, où aucune intention de grossesse ou désir de maternité n'avait été verbalisé dans le couple, 2) les grossesses désirées, mais qui auraient voulu être encadrées dans un projet parental partagé, et, finalement, 3) ces grossesses vraiment non désirées parce qu'on ne veut pas avoir d'enfant, du moins pas dans le moment présent.

Grâce au concept de *grossesse non désirée* ainsi défini, on comprend que la grossesse non désirée ne mène pas nécessairement à une IVG. Beaucoup de ces femmes qui avaient verbalisé mais reporté un désir de tomber enceintes ou qui en couple avaient fantasmé à cette idée mènent à terme ces grossesses non désirées après avoir fait un effort pour tenter de les inclure dans leurs conditions actuelles. La grossesse non désirée s'assimile ainsi à la grossesse désirée. Finalement, il s'établit une continuité entre une grossesse désirée et une grossesse non désirée, tel que le proposait Bachrach i Newcomer (101).

## **2.5. Pour fermer le cercle. L'expérience de la femme en contact avec les services de prévention de grossesses et d'accès à une IVG**

Le système de la santé reproduit la norme sociale relative à la maternité. Dans beaucoup de consultations, on donne à entendre qu'une grossesse entre l'âge de 25 et de 34 ans doit être menée à terme, sauf dans les cas où la femme propose le contraire – je considère comme un cas exceptionnel celui où il y a eu une erreur médicale qui conduise à une erreur contraceptive. Les autres options de résolution de la grossesse et les sentiments qu'elles génèrent n'ont pas été normalisés dans le système de la santé et, de ce fait, les femmes ne sont pas traitées dans toute leur complexité. Cette réalité qui rend vulnérable leur position et à la fin stigmatise les femmes qui ont des doutes et celles qui sont décidées à interrompre leur grossesse. Les femmes qui décident d'avorter sont obligées de se justifier dans des termes établis par la loi, sans que soient traitées, dans toute leur complexité, les vraies raisons personnelles qui motivent cette décision.



Dans le contexte des consultations se produisent des manques d'information et de soins qui dérivent de la divergence entre les attentes des professionnels de la santé et des femmes. Les professionnels de la santé, comme la plupart des femmes, mettent en valeur la coresponsabilité de l'usagère dans le maintien de sa propre santé comme élément clé pour que leur travail soit efficace, considérant aussi que la coresponsabilité signifie que ce soit la patiente qui prenne l'initiative de poser les questions et de demander. D'autre part, bien que la plupart de femmes ait cette attitude et sachent profiter des possibilités de la consultation, certaines, spécialement celles en conditions de vulnérabilité sociale, ne se sentent légitimées ni à poser toutes les questions ni à montrer leur mécontentement ou leurs doutes, ce qui, parfois, dérive en un usage inadéquat de la méthode contraceptive ou en une prise de décision avec moins d'outils à leur disposition.

En matière de planification familiale et de grossesse, le système de la santé requiert moins de standardisation, moins de discontinuité et moins de médicalisation pour pouvoir répondre à un des aspects réclamés par les femmes : un traitement plus personnalisé qui prend en compte dans une plus large mesure les aspects émotionnels.

Le professionnel de la santé est vu comme une référence en matière de santé sexuelle et reproductive pour la femme, mais il existe une distance qui parfois lui en rend difficile l'accès et, quand elle y arrive, elle ne pas toujours satisfaite. Il se produit une contradiction : d'un côté le professionnel génère une dépendance chez la femme et, de l'autre, il n'établit pas de relation de confiance, ce qui laisse la femme et son conjoint dans une position d'infériorité par rapport au système.

Le rôle du professionnel est limité parce qu'il prend fin lorsque la femme sort de la consultation et parce qu'il ne peut pas envahir sa vie privée, mais certains professionnels se rendent compte que la meilleure manière de travailler est d'établir des liens avec la personne et de demander une plus grande implication de la femme.

Le professionnel de la santé a une marge d'action pour agir face aux ambivalences. La femme présentant des ambivalences, des doutes ou des peurs requiert une attention plus intégrale, dans laquelle on continue à mettre en valeur les soins médicaux – d'une grande qualité dans le système public espagnol –, mais qui incorpore une dimension psychologique dans les soins à la femme enceinte et à son conjoint. La femme qui est enceinte pour la première fois vit des ambivalences intrinsèques à son état, des doutes et des peurs qui très souvent ne sont pas

résolus. Ce ne sont pas toutes les ambivalences qui mènent à une interruption, mais elles ajoutent des inquiétudes au déroulement de la grossesse.

Il n'y a pas de réponse uniforme du côté du système sanitaire et des professionnels de la santé face à ces ambivalences. Beaucoup d'entre eux observent ces trajectoires et identifient celles qui sont apparemment contradictoires, qui ne « concordent » pas avec « comportement attendu », mais ils n'ont pas toujours les outils nécessaires pour agir face à elles.

Les femmes qui établissent une relation de confiance avec le professionnel, quand celui-ci leur propose les différentes options de résolution de la grossesse et leur donne des explications complètes, prennent leurs décisions avec plus de confiance, en même temps que leur angoisse diminue. En d'autres termes, quand le professionnel n'arrive pas à gagner cette confiance, il gaspille une opportunité de promouvoir de saines conduites. Sans perdre de vue que le professionnel, bien qu'il joue un rôle important dans le processus de décision en matière de saines conduites, joue cependant un rôle secondaire, de pur accompagnement.

La femme se sent responsable d'une grossesse et de la décision d'avorter et ne sent pas que le professionnel la conditionne ni qu'il puisse la faire changer d'avis lorsqu'elle a décidé d'interrompre sa grossesse. La femme qui décide d'avorter s'approprie la décision, les causes et les conséquences et a une attitude moins critique envers le service reçu du système établi que les femmes enceintes qui poursuivent leur grossesse. L'expérience des femmes est bonne et elles sentent qu'elles ont été bien orientées; le circuit n'est pas standardisé, mais il est rapide et facile en Catalogne. La diversité des formes d'accès à l'IVG ne correspond pas à la diversité des centres qui en réalisent la pratique. La plupart des IVG sont dérivées vers des cliniques accréditées qui assoupliront le processus. Même si la pratique semble assurée, le rôle du premier professionnel conditionne le parcours de la femme jusqu'à la clinique à cause du manque de protocoles.

Les manques du système sont suppléés par le bon comportement des professionnels. Les inégalités territoriales affectent autant l'intervention que la dérivation. Beaucoup de femmes de petites villes préfèrent aller directement dans de grandes villes où se trouvent la plupart des cliniques accréditées, où il y a moins de stigmatisation et plus de discrétion.

L'expérience que nous racontent les femmes expose les limites des logiques sociales pour faire diminuer les grossesses non désirées et des services aux femmes qui veulent avorter.

Quelques professionnels sont conscients que le système de SSR est un reproducteur de certaines normes sociales qui stigmatisent la femme qui fait l'expérience d'une erreur contraceptive et qui décide d'avorter. Légitimer la sexualité quel que soit le moment du parcours de vie d'une femme, maintenir les espaces d'écoute ainsi que responsabiliser les hommes dans tout le processus se révèle une bonne manière, non pas de diminuer l'IVG, mais de s'approprier de sa décision et d'améliorer l'expérience de l'avortement dans un contexte où il est dépénalisé.

Il va sans dire que tout au long de cette thèse de doctorat se sont ouvertes d'autres perspectives de recherche intéressantes à explorer.

L'origine de femmes qui avortent est apparue comme un facteur explicatif de l'intensité de l'IVG. Il serait intéressant d'étudier exhaustivement comment évoluent les chiffres d'IVG parmi ce groupe de population. De même, les femmes adolescentes sont un groupe spécialement vulnérable en relation à la SSR. Dans ce cas, la tendance de l'IVG suggère qu'il faut étudier ? plus en détail le rôle des logiques sociales et les décisions individuelles pour pouvoir modifier cette tendance.

Il serait également intéressant d'incorporer la perspective des hommes, non seulement par rapport à la décision de recourir à une IVG mais encore dans toutes les étapes du processus et ainsi connaître leur expérience.

La méthode qualitative offre l'opportunité d'aller plus loin dans l'étude des dimensions difficilement quantifiables qui sont apparues comme explicatives de la décision d'interrompre la grossesse, comme par exemple, l'ambivalence face à la grossesse et la maternité chez les femmes de 25-34 ans mais il faudrait faire plus de recherche dans cette direction.

Finalement, mais non moins important, tout au long de cette thèse de doctorat, il a été démontré la pertinence de combiner la méthode quantitative et qualitative pour étudier un phénomène sensible comme l'interruption volontaire de la grossesse. Cela peut constituer un défi pour de futures études démographiques.



**BIBLIOGRAFIA**

- (1) Naziri D. Man's involvement in the experience of abortion and the dynamics of the couple's relationship: a clinical study. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2007 Jun;12(2):168-74.
- (2) Ekstrand M, Tydén T, Darj E, Larsson M. Preventing pregnancy: a girls' issue. Seventeen-year-old Swedish boys' perceptions on abortion, reproduction and use of contraception. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2007 Jun;12(2):111-8.
- (3) Rodrigues M, Hoga L. [Spontaneous and induced abortion: feelings experienced by men]. [Article original en portuguès] *Rev Bras Enferm* 2006 Jan-Feb;59(1):14-9.
- (4) Holmberg L, Wahlberg V. The process of decision-making on abortion: a grounded theory study of young men in Sweden. *J Adolesc Health* 2000 Mar;26(3):230-234.
- (5) Coleman P, Nelson E. Abortion attitudes as determinants of perceptions regarding male involvement in abortion decisions. *J Am Coll Health* 1999 Jan;47(4):164-71.
- (6) Nelson E, Coleman P, Swager M. Attitudes toward the level of men's involvement in abortion decisions. *J Humanist Educ Dev.* 1997 Jun;35(4):217-24.
- (7) Shostak AB (coord.), Men upset by exclusion from abortion process. *Contracept Technol Update.* 1981; Jun;2(5):76-7.
- (8) Bajos N, Ferrand M & Équ coastal GINE. De la contraception à l'avortement. *Sociologie des grossesses non prévues.* Paris: Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM); 2002
- (9) Guillaume A, Bajos N, Kontula O. Le comportement des jeunes Européens face à la santé gènesique. *Études démographiques. Serie Études Démogrphiques* 2004;42(1).
- (10) Rossier C, Michelot F, Bajos N, COCON Group. Modeling the process leading to abortion: an application to French survey data. *Stud Fam Plann* 2007;38(3):163-172.
- (11) Delgado M, Barrios L. El aborto en España en una perspectiva internacional. *Estudios geográficos.* 2005 LXVI (258):71-103.
- (12) Delgado M, Barrios L. *Determinantes sociales de la interrupción del embarazo en España* Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas; 2007
- (13) Ruiz M, Cabré A, Castro T, Solsona S. *Anticoncepción y salud reproductiva en España: crónica de una revolución.* Madrid: Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC); 2005.p.295
- (14) Bongaarts J. A Framework for Analyzing the Proximate Determinants of Fertility. *Popul Dev Rev.* 1978;14:105-132.
- (15) Van de Kaa, D., Europe's Second Demographic Transition. *Population Bulletin* 1987; 42(9).p.57

- (16) Lesthaeghe R. The Second Demographic Transition in Western Countries: An Interpretation. A: Mason K., Jensen A-M. Gender and Family Change in Industrialized Countries. Oxford: Claredon Press; 1995.
- (17) Bajos N, Ferrand M. L'interruption volontaire de grossesse et la recomposition de la norme procréative. *Sociétés contemporaines* 2006;61:91-117.
- (18) Brullet C. La maternidad en Occidente y sus condiciones de posibilidad en el Siglo XXI. A: de la Concha A, Osborne R (coord.) Las mujeres y los niños primero: discursos de la maternidad. Madrid: Icaria, 2004. p.201-227.
- (19) Delgado M (coord.), Zamora F, Barrios L, Cámara N. Pautas anticonceptivas y maternidad adolescente en España Madrid Consejo Superior de Investigaciones Científicas: 2011
- (20) Delgado, M. La evolución reciente de la fecundidad y el embarazo en España: La influencia del aborto. *Reis* 1999;87:83-116
- (21) Bozon M. Femmes et sexualités, une individualisation sous contrainte. A: Maruani M, (ed.). Femmes, genre et sociétés. L'état des savoirs. Paris: La découverte Éd. 2005. p. 106-113.
- (22) Shivo S, Bajos N, Ducot B, Kaminski M, COCON group. Women's life cycle and abortion decision in unintended pregnancies. *J Epidemiol Community Health* 2003;57:601-605.
- (23) Aracil E. No sólo jóvenes y solteras: el recurso a la IVE en España y en la Comunidad de Madrid. *Inguruak/Revista Vasca de Ciencia política y Sociología* 2003;36:35-53.
- (24) Rossier C. Estimating Induced Abortion Rates. A Review Studies in Family Planning. *Stud Fam Plann* 2003; 34(2):87-102.
- (25) Moreau C, Bajos N, Bouyer J. & l'équip COCON. De la confusion de langage à l'oubli: la déclaration des IVG dans les enquêtes quantitatives en population générale. *Population* 2004;58(3/4):503-517
- (26) Lie ML, Robson SC, May CR. Experiences of abortion: a narrative review of qualitative studies. *BMC Health Serv Res* 2008 Jul 17;8:150.
- (27) Kirkman M, Rowe H, Hardiman A, Mallett S, Rosenthal D. Reasons women give for abortion: a review of the literature. *Arch Womens Ment Health* 2009 Dec;12(6):365-378.
- (28) Ekstrand M, Tydén T, Darj E, Larsson M. An illusion of power: qualitative perspectives on abortion decision-making among teenage women in Sweden. *Perspect Sex Reprod Health* 2009 Sep;41(3):173-80.
- (29) Kumar U, Baraitser P, Morton S, Massil H. Decision making and referral prior to abortion: a qualitative study of women's experiences. *J Fam Plann Reprod Health Care* 2004 Jan;30(1):51-54.
- (30) Alex L, Hammarstrom A. Women's experiences in connection with induced abortion-a feminist perspective. *Scand J Caring Sci* 2004 Jun;18(2):160-168.
- (31) Moos MK, Petersen R, Meadows K, Melvin CL, Spitz AM. Pregnant women's perspectives on intendedness of pregnancy. *Womens Health Issues* 1997;7(6):385-392.

- (32) Kjelsvik M, Gjengedal E. First-time pregnant women's experience of the decision-making process related to completing or terminating pregnancy—a phenomenological study. *Scand J Caring Sci* 2011 Mar;25(1):169-175.
- (33) Kimport K, Cockrill K, Weitz TA. Analyzing the impacts of abortion clinic structures and processes: a qualitative analysis of women's negative experience of abortion clinics. *Contraception* 2012 Feb;85(2):204-210.
- (34) Finnie S, Foy R, Mather J. The pathway to induced abortion: women's experiences and general practitioner attitudes. *J Fam Plann Reprod Health Care* 2006 Jan;32(1):15-18.
- (35) Stalhandske ML, Ekstrand M, Tyden T. Women's existential experiences within Swedish abortion care. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2011 Mar;32(1):35-41.
- (36) Morillo Garcia A, Aldana Espinal JM, Moreno Nieto J, Sillero Sanchez R, Nieto Cervera P. Experience of women who request voluntary abortion: relationship with their health care environment. *Aten Primaria* 2007 Jun;39(6):313-318.
- (37) Ministerio de Sanidad y Consumo (MSC). La interrupción voluntaria del embarazo y los métodos anticonceptivos en jóvenes. Informes, estudios e investigación. Madrid: MSC; 2007.
- (38) Observatorio de Salud de la Mujer. Estudio sociológico: contexto de la interrupción voluntaria del embarazo en población adolescente y juventud temprana Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2005. [Consulta el 3 de diciembre de 2006]. Disponible a: [http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/INFORME\\_DEFINITIVO\\_contexto\\_interrup\\_voluntar\\_embarazo\\_en\\_poblacion\\_adolescente\\_y\\_juventud\\_tempr.pdf](http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/INFORME_DEFINITIVO_contexto_interrup_voluntar_embarazo_en_poblacion_adolescente_y_juventud_tempr.pdf)
- (39) United Nations (UN). Programme of Action of the International Conference on Population and Development. [New York: UN; 1994] [Internet]. [Consulta el 3 de octubre de 2006]. Disponible a: <http://www.unfpa.org/public/home/sitemap/icpd/International-Conference-on-Population-and-Development/ICPD-Programme>
- (40) United Nations (UN). Platform for Action. The Fourth World Conference on Women. [Nova York: UN; 1995] [Internet]. [Consulta el 3 de octubre de 2006]. Disponible a: <http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/platform/index.html>
- (41) World Health Organisation (WHO). The prevention and management of unsafe abortion. Report of a technical working group. Geneva: World Health Organization, 1992 (WHO/MSM/92.5).
- (42) Sedgh G, Singh S, Shah IH, Ahman E, Henshaw SK, Bankole A. Induced abortion: incidence and trends worldwide from 1995 to 2008. *Lancet* 2012 Feb 18;379(9816):625-32.
- (43) United Nations (UN). Key Actions for the Further Implementation of the Programme of Action of the ICPD -- ICPD+5. [New York: UN; 1999]. [Internet]. [Consulta el 3 de octubre de 2006]. Disponible a: <http://www.unfpa.org/public/home/sitemap/icpd/International-Conference-on-Population-and-Development/ICPD5-key-actions>
- (44) Zurayk H. Reproductive health in population policy: a review and look ahead. Conferència Internacional de Població (IUSSP). Beijing; 1997.

- (45) Mundigo A. Reproductive health: the challenges of a new field. IUSSP International Population Conference. Beijing; 1997.
- (46) Lasonde L. Los desafíos de la demografía. ¿Qué calidad de vida habrá en el Siglo XXI? México D.F: DDC-UANM-FCE; 1997
- (47) United Nations (UN) How the ICPD Programme of Action supports the MDGs. [New York: UN; 2000] [Internet]. [Consulta el 20 de gener de 2012]. Disponible a: <http://www.unfpa.org/public/home/sitemap/icpd/MDGs/MDGs-ICPD>
- (48) World Health Organization (WHO) Safe abortion. Technical and policy guidance for health systems. First edition. Geneva: WHO; 2003
- (49) International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) Committee for the Study of Ethical Aspects of Human Reproduction and Women's Health, Ethical Issues in Obstetrics and Gynecology, London: FIGO; 2006 [Internet]. [Consulta el octubre de 2007] Disponible a: <http://www.figo.org/files/figo-corp/Ethical%20Issues%20-%20Spanish.pdf>
- (50) World Health Organisation (WHO). Defining sexual health: Report of a technical consultation on sexual health, 28–31 January 2002. Geneva: WHO; 2006
- (51) United Nations (UN). ICPD at ten. The world reaffirms Cairo. Officials outcomes of the ICPD at ten reviews. [Internet]. New York: UN; 2005b [Consulta el 20 de gener de 2012]. Disponible a: <http://www.unfpa.org/public/home/publications/pid/1347>
- (52) World Health Organization (WHO). Reproductive health: Draft strategy to accelerate progress towards the attainment of international development goals and targets. [Geneva]: WHO 2004 [Consulta 1 de març de 2012]. Disponible a: [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA57/A57\\_R12-en.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA57/A57_R12-en.pdf)
- (53) United Nations (UN). Beijing at ten and beyond. [New York: UN Women; 2005a] [Internet]. [Consulta 20 de gener de 2012]. Disponible a: <http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/beijingat10/index.html>
- (54) World Health Organisation (WHO). Developing sexual health programmes. A framework for action [Internet]. Geneva: WHO; 2010 [Consulta el 3 de juliol de 2012]. Disponible a: [http://whqlibdoc.who.int/hq/2010/WHO\\_RHR\\_HRP\\_10.22\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2010/WHO_RHR_HRP_10.22_eng.pdf)
- (55) International Planned Parenthood Federation (IPPF). IPPF Charter on sexual and reproductive rights [Internet]. London: IPPF; 1996 [Consulta 15 de març de 2012]. Disponible a: [http://www.observatori.apfcib.org/i\\_bd/upload/Carta%202012%20dsir%20IPPF%201995.pdf](http://www.observatori.apfcib.org/i_bd/upload/Carta%202012%20dsir%20IPPF%201995.pdf)
- (56) Federación Internacional de Planificación Familiar (IPPF). Derechos sexuales: Una declaración de IPPF [Internet]. London: IPPF; 2008 [consulta el 3 de juliol de 2012] Disponible a: [http://www.observatori.apfcib.org/i\\_bd/upload/drets%20sexuals%20IPPF%202008.pdf](http://www.observatori.apfcib.org/i_bd/upload/drets%20sexuals%20IPPF%202008.pdf)
- (57) World Health Organisation (WHO). World Contraceptive Use 2009. Geneva: WHO; 2009. [Internet] [Consulta el 10 de gener de 2012] Disponible a:



[http://www.un.org/esa/population/publications/contraceptive2009/contracept2009\\_wallchart\\_front.pdf](http://www.un.org/esa/population/publications/contraceptive2009/contracept2009_wallchart_front.pdf).

(58) International Planning Parenthood Federation (IPPF). Choices. Sexuality education in Europe and Central Asia. London: IPPF European Network; 2011 [Internet] [Consulta el 10 de setembre de 2012]. Disponible a: <http://www.ippfen.org/en/Resources/Choices/Choices+2011.htm>

(59) Diario oficial de la Unión Europea Reglamento nº 1567/2003 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 15 de julio de 2003, relativo a la ayuda para políticas y acciones sobre la salud y derechos en materia de reproducción y sexualidad en los países en desarrollo [Internet] Parlamento europeo y Consejo de la Unión europea; 2003. Consulta el 4 noviembre de 2011 [Disponible a <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:32003R1567:ES:HTML>

(60) David H. Abortion in Europe 1920-91: A public health persepective. Stud Fam Plann 1992; 53 (4).

(61) European Union. European Parliament resolution on sexual and reproductive health and rights 6 June 2002. 2001/2128 (INI) [Internet] Consulta el 4 de diciembre de 2011 Disponible a: <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//TEXT+REPORT+A5-2002-0223+0+DOC+XML+V0//EN>

(62) Council of Europe. Parliamentary Assembly resolution 1394 on the involvement of men, especially young men, in reproductive health. 2004 [Internet]. [Consulta el 4 de diciembre de 2011]. Disponible a: <http://assembly.coe.int/Main.asp?link=/Documents/AdoptedText/ta04/ERES1394.htm>

(63) Council of Europe. Parliamentary Assembly Resolution 1399 on European strategy for the promotion of sexual and reproductive health and rights. 2004. [Internet]. [Consulta el 4 de diciembre de 2011]. Disponible a: <http://assembly.coe.int/Main.asp?link=/Documents/AdoptedText/ta04/ERES1399.htm>

(64) Council of Europe. Parliamentary Assembly Resolution 1607 on acces to safe and legal abortion in Europe 15th sitting. 16 April 2008. [Consulta el 4 de diciembre de 2011]. Disponible a: <http://assembly.coe.int/Documents/WorkingDocs/Doc08/EDOC11537.pdf>

(65) Center for Reproductive Rights (CRR). The world's abortion laws, fact sheet, New York: CRR; 2009.

(66) Singh S. Abortion worldwide. A decade of uneven progress. Nova York: Alan Guttmacher Institute; 2009.

(67) Alan Guttmacher Institute (AGI). Sharing Responsibility: Women, Society and Abortion Worldwide, Nova York: AGI; 1999.

(68) Gissler M, Fronteira I, Jahn A, Karro H, Moreau C, Oliveira da Silva M, *et al.* Terminations of pregnancy in the European Union. BJOG. 2012 Feb;119(3):324-32. doi: 10.1111/j.1471-0528.2011.03189.x. Epub 2011 Nov 30. Erratum in: BJOG. 2012 Mar;119(4):516.

(69) Klijzing E. Are There Unmet Family Planning Needs in Europe? Fam Plann Perspect 2000 Mar.-Apr.;32(2):74-81+88.

- (70) Trent K, Hoskin AW. Structural determinants of the abortion rate: a cross-societal analysis. *Soc Biol* 1999 Spring-Summer;46(1-2):62-81.
- (71) Finer LB, Frohwirth LF, Dauphinee LA, Singh S, Moore AM. Reasons U.S. women have abortions: quantitative and qualitative perspectives. *Perspect Sex Reprod Health* 2005 Sep;37(3):110-118.
- (72) Rossier C. Recours différentiel à l'avortement selon la position dans le parcours de vie, l'appartenance sociale et le lieu de vie. A: Le Goff JM, Sauvain-Dugerdil C, rossier C, Coenen-Huther J. *Maternité et parcours de vie: l'enfant a-t-il toujours une place dans les projets de femmes en Suisse?* Berne: Peter Lang; 2005. p. 186-219.
- (73) Westoff CF. Recent trends in abortion and contraception in 12 countries, DHS Analytical Studies, Princeton, NJ, USA: Office of Population Research, Princeton University; and Calverton, MD, USA: ORC Macro; 2005, 8.
- (74) Marston C, Cleland J. Relationship between contraception and abortion. A review of evidence *Int Fam Plan Perspect* 2003, 29(1).
- (75) Bongaarts J, Westoff C The potential role of contraception in reducing Abortion. *Stud Fam Plann* 2000; 31 (3): 193-202.
- (76) Bankole A, Singh S, Haas T. Reason by women have induced abortion: evidence for 27 countries. *Int Fam Plan Perspect* 1998;23(3):117-127.
- (77) Henshaw SK. Induced abortion: a world review, 1990. *Fam Plann Perspect* 1990 Mar-Apr;22(2):76-89. Erratum in: *Fam Plann Perspect* 1990 May-Jun;22(3):114.
- (78) Henshaw S, Haas S, Singh T. The incidence of abortion worldwide. *International Fam Plann Perspec* 1999;25 (Suplement): S30-S31.
- (79) Henshaw SK, Kost K. Trends in the characteristics of women obtaining abortions, 1974 to 2004. London: Alan Guttmacher Institute; 2008.
- (80) Blayo Ch. L'évolution du recours à l'avortement en France depuis 1976. *Population* 1995; 3: 779-810.
- (81) Jones RK, Darroch JE, Henshaw SK. Patterns in the socioeconomic characteristics of women obtaining and abortion in 2000-2001. *Perspect Sex Reprod Health* 2002 Setembre-novembre;34(5):226-235.
- (82) Malmusi D, Perez G. Induced abortion in immigrant women in a urban setting. *Gac Sanit* 2009 Dec;23 Suppl 1:64-66.
- (83) Barrett G, Peacock J, Victor CR. Are women who have abortions different from those who do not? A secondary analysis of the 1990 national survey of sexual attitudes and lifestyles. *Public Health* 1998;112:157-163.
- (84) Kero A.; Högberg U; Jacobsson I. & Lalos A. Legal abortion: a painful necessity. *Social Science & Medecine* 2001, 7
- (85) Skjeldestad FE. When pregnant--why induced abortion? *Scand J Soc Med* 1994 Mar;22(1):68-73.

- (86) Törnbohm M, Ingelhammar E, Lilja H, Möller A, Svanberg B. Evaluation of stated motives for legal abortion. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 1994 Mar;15(1):27-33.
- (87) Font-Ribera L, Pérez G, Salvador J, Borrell C. Socioeconomic inequalities in unintended pregnancy and abortion decision. *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine* 2007;85(1):125-135.
- (88) Houghton A. Women who have abortions. Are they different? *Journal of Public Health* 1994;16(3):296-304.
- (89) Zeitlin JA, Saurel-Cubizolles MJ, Ancel PY, EUROPOP Group. Marital status, cohabitation, and risk of preterm birth in Europe: where births outside marriage are common and uncommon. *Paediatr Perinat Epidemiol* 2002; Apr;16(2):124-130.
- (90) Zurriaga O, Martínez-Beneito MA, Galmés Truyols A, Torne MM, Bosch S, Bosser R, *et al.* Recourse to induced abortion in Spain: profiling of users and the influence of migrant populations. *Gac Sanit* 2009;23 Suppl 1(1):57-63.
- (91) Ingelhammar E, Moller A, Svanberg B, Tornbohm M, Lilja H, Hamberger L. The use of contraceptive methods among women seeking a legal abortion. *Contraception* 1994; Aug;50(2):143-152.
- (92) Skjeldestad FE, Borgan JK, Daltveit AK, Nymoén EH. Induced abortion. Effects of marital status, age and parity on choice of pregnancy termination. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1994; Mar;73(3):255-260.
- (93) Faria G, Barrett E, Goodman LM. Women and abortion: attitudes, social networks, decision-making. *Soc Work Health Care* 1985 Fall;11(1):85-99.
- (94) Toulemon L, Leridon H. Maîtrise de la fécondité et appartenance sociale: contraception, grossesses accidentelles et avortements. *Population* 1992; 1:1-46.
- (95) Brown, S. and L. Eisenberg (eds). *The Best Intentions: Unintended Pregnancies and the Well-being of Children and Families*. Institute of Medicine, Washington, DC: National Academy Press; 1995.
- (96) Pérez G, Garcia-Subirats I, Rodriguez-Sanz M, Diez E, Borrell C. Trends in inequalities in induced abortion according to educational level among urban women. *J Urban Health* 2010 May;87(3):524-530.
- (97) Friedlander M, Kaul T, Stimel A. Abortion: predicting the complexity of the decision-making process. *Women health* 1984; 9(1): 43-54.
- (98) Santelli J, Rochat R, Hatfield-Timajchy K, Colley Gilbert B, Curtis K, Cabral Rebecca, *et al.* The measurement and meaning of unintended pregnancy. *Perspect Sex Reprod Health* 2003 Mar-Apr;35(2):94-101.
- (99) Kaufmann RB, Morris L, Spitz AM. Comparison of two question sequences for assessing pregnancy intentions. *Am J Epidemiol* 1997 May 1;145(9):810-816.
- (100) Fischer R, Standford J, Jameson P, DeWitt MJ. Exploring the concepts of intended, planned, wanted pregnancy. *Journal of Family Practice* 1999;48(2):117-122.
- (101) Bachrach CA, Newcomer S. Intended pregnancies and unintended pregnancies: distinct categories or opposite ends of a continuum? *Fam Plann Perspect* 1999 Sep-Oct;31(5):251-252.

- (102) Speizer I, Santelli J, Afafe-Munsuz A, Kendall C. Measuring factors underlying intendedness of women's first and later pregnancies. *Perspect Sex Reprod Health* 2004;36(5):198-205.
- (103) Joyce T, Kaestner R, Korenman S. On the validity of retrospective assessments of pregnancy intention. *Demography* 2002 Feb;39(1):199-213.
- (104) Peterson LS, Mosher WD. Options for measuring unintended pregnancy in cycle 6 of the National Survey of Family Growth. *Fam Plann Perspect* 1999 Sep-Oct;31(5):252-3.
- (105) Sable MR. Pregnancy intentions may not be a useful measure for research on maternal and child health outcomes. *Fam Plann Perspect* 1999 Sep-Oct;31(5):249-50.
- (106) Barrett G, Wellings K. Understanding pregnancy intentions: a problem in evidence everywhere. *Fam Plann Perspect* 2000 Jul-Aug;32(4):194.
- (107) Westoff CF. Women's reactions to pregnancy. *Fam Plann Perspect*. 1980 May-Jun;12(3):135-9.
- (108) Bajos N, Leridon H, Goulard H, Oustry P, Job-Spira N; COCON Group. Contraception: from accessibility to efficiency. *Hum Reprod* 2003a May;18(5):994-9.
- (109) Régnier-Loilier A. Évolution de naissances et des grossesses non désirées en France. Réflexiones metodologiques et éléments d'interprétation. XXVè Conferència Internacional de Població (IUSSP), Tours 18-23 de juliol 2005.
- (110) Bajos N, Lamarche-Vadel A, Gilbert F, Ferrand M, COCON Group, Moreau C, et al. Contraception at the time of abortion: high-risk time or high-risk women? *Hum Reprod* 2006 Nov;21(11):2862-2867.
- (111) Serrano I, Doval JL, Lete I, Arbat A, Coll C, Martinez-Salmean J, et al. Contraceptive practices of women requesting induced abortion in Spain: a cross-sectional multicentre study. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2012 Jun;17(3):205-211.
- (112) Larsson M, Aneblom G, Odland V, Tyden T. Reasons for pregnancy termination, contraceptive habits and contraceptive failure among Swedish women requesting an early pregnancy termination. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2002 Jan;81(1):64-71.
- (113) Jones RK, Darroch JE, Henshaw SK. Contraceptive use among U.S. women having abortions in 2000-2001. *Perspect Sex Reprod Health* 2002 Nov-Dec;34(6):294-303.
- (114) Belfield T. Principles of contraceptive care: choice, acceptability and access. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2009;23:177-185.
- (115) Rasch V, Wielandt H, Knudsen LB. Living conditions, contraceptive use and the choice of induced abortion among pregnant women in Denmark. *Scand J Public Health* 2002;30(4):293-299.
- (116) Torres A, Forrest JD. Why do women have abortions? *Fam Plann Perspect* 1988;20:169-176.

- (117) Törnbohm M, Ingelhammar E, Lilja H, Svanberg, Bernhard, Möller, Anders. Decision-making about unwanted pregnancy. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1999;78:636-641.
- (118) Santelli JS, Speizer IS, Avery A, Kendall C. An exploration of the dimensions of pregnancy intentions among women choosing to terminate pregnancy or to initiate prenatal care in New Orleans, Louisiana. *Am J Public Health*. 2006 Nov;96(11):2009-2015.
- (119) Allanson S, Astbury J. The abortion decision: reasons and ambivalence. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 1995 Sep;16(3):123-136.
- (120) Miller WB. Reproductive decisions: how we make them and how they make us. *Adv Popul* 1994;2:1-27.
- (121) Stanford JB, Hobbs R, Jameson P, DeWitt MJ, Fischer RC. Defining dimensions of pregnancy intendedness. *Matern Child Health J* 2000 Sep;4(3):183-9.
- (122) Ytterstad TS, Tollan A. [The decision process in induced abortion]. [Article original en suéc] *Tidsskr Nor Laegeforen* 1990 Jun; 20;110(16):2096-7.
- (123) Adamczyk A. The effects of religious contextual norms, structural constraints, and personal religiosity on abortion decisions. *Soc Sci Res* 2008 Jun;37(2):657-672.
- (124) Skjeldestad FE. Induced abortion. Decision and need for medical information. *Scand J Prim Health Care* 1986 Nov;4(4):225-30.
- (125) Bajos N, Moreau C, Ferrand M, Bouyer J. Access to health care for an induced abortion: qualitative and quantitative approaches. *Rev Epidemiol Sante Publique* 2003 Dec;51(6):631-647.
- (126) Moreau C, Bajos N, Ferrand M, Bouyer J. Acces to health care of induced abortions: analysis by means of a French national survey. *Review Épidémiologique de la Santé Publique* 2002, 51(6):631-47.
- (127) Logsdon MB, Handler A, Godfrey EM. Women's preferences for the location of abortion services: a pilot study in two Chicago clinics. *Matern Child Health J* 2012 Jan;16(1):212-6.
- (128) Bajos N, Ferrand M. La contraception: levier réel ou symbolique de la domination masculine ? *Sciences sociales et Santé* 2004;22(3):117-140.
- (129) Bajos N Ferrand M. Contraception et avortement. A: Maruani M, (ed.). *Femmes, genre et sociétés. L'état des savoirs*. Paris: La découverte Éd.; 2005. p.114-121.
- (130) Ariès P. Two Successive Motivations for the Declining Birth Rate in the West. *Population and Development Review* 1980; 6(4):645-650.
- (131) Billari F, Frejka, J. Hobcraft, M. Macura & D.J. van de Kaa. Discussion of paper explanations of the fertility crisis in modern societies: a search for commonalities. *Population Studies* 2004;58(1):77-92
- (132) Inglehart R. *The silent revolution: changing values and political styles*. Princeton: Princeton University Press 1977.

- (133) Beck U Todo por amor al hijo. A: Beck U, Beck-Gernshheim E. El normal caos del amor. Barcelona: Editorial Paidós; 2001.p.183-215.
- (134) Consejo de Investigaciones Sociológicas (CIS). Estudio 2.639 Encuesta de Fecundidad y Valores en la España del Siglo XXI. Distribuciones marginales [Madrid]: CIS; Abril-mayo 2006.
- (135) Castro T. Maternidad sin matrimonio: nueva vía de formación de familias en España. Documentos de trabajo, Fundación BBVA, 2007; 16.
- (136) Delgado M, De Rose A, Barrios L, Zamora F. The delay of maternity and its causes: an analysis of the timing of the first child in Spain. *Genus* 2009;65(2):79-111.
- (137) Solsona M. The Second Demographic Transition from a Gender Perspective: The Case of Catalonia. A Cosío E.(ed.) *Women and families: evolution of the status of women as factor and consequence of changes in family dynamics*. Paris: CICRED; 1997.p. 171-190.
- (138) Baizán, P. Transitions to adulthood in Spain. A: Corijn M, Klijzing E. (eds.): *Transitions to Adulthood in Europe*, Dordrecht, Kluwer Academic Publishers, Series European Studies of Population 2001;10: 279-312.
- (139) McDonald, P. Gender equity, social institutions, and the future of fertility. *Journal of Population Research* 2000; 17(1):1-16.
- (140) Arnett JJ. Emerging adulthood. A theory of development from the late teens though the twenties. *American Psychologist* 2000;55(5):469-480.
- (141) Simó C, Glosh K, Steinhage N. Increasing uncertainty in the Spanish labour market and entry into motherhood. *Genus* LVIII; 2002; (1):77-119
- (142) Frejka T, Westoff Ch. Religion, Religiousness and Fertility in the US and in Europe. *European Journal of Population* 2008;24:5-31.
- (143) Espin-Andersen. A child centered social investment strategy. A: Espin-Andersen G. *Why need a new welfare state*, Oxford, Oxford univeristy Press; 2008. p.26-67.
- (144) Delgado, M.; Meil, G.; Zamora López, F. Spain: Short on Children and Short on Family Policies, *Demographic Research* 2008;19:1059-1104.
- (145) Lesthaege R. Europe's demographic Issues: Fertility, household formation and replacement migration. UN Expert Group Meeting on Policy Responses to Population Decline and ageeing, Nova York. 2000 October 16-18.
- (146) Leridon H. Trente ans de contraception en France. *Échanges santé sociale* 1999; 93:46-51.
- (147) Consejo de Investigaciones Sociológicas (CIS). Estudio 2780/0 Encuesta Nacional de Salud Sexual [Madrid]: CIS; 2008.
- (148) Instituto Nacional de Estadística. Encuesta de Salud y Hábitos Sexuales. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2003
- (149) Devolder D, Cabré A. Factores de la evolución de la fecundidad en España en los últimos 30 años. *Papers de Demografia* 2009; 344.

- (150) Bajos N, Moreau C, Léridon H, Ferrand M. Pourquoi le nombre d'avortements n'a-t-il pas baissé en France depuis 30 ans. *Population & Sociétés* 2004; 407.
- (151) Santelli JS, Lindberg LD, Orr MG, Finer LB, Speizer I. Toward a multidimensional measure of pregnancy intentions: evidence from the United States. *Stud Fam Plann* 2009 Jun;40(2):87-100.
- (152) Miller WB. Psychological vulnerability to unwanted pregnancy. *Fam Plann Perspect* 1973 Fall;5(4):199-201.
- (153) Trussell J, Vaughan B, Stanford J. Are all contraceptive failures unintended pregnancies? Evidence from the 1995 National Survey of Family Growth. *Fam Plann Perspect*. 1999 Sep-Oct;31(5):246-7, 260.
- (154) Zabin LS. Ambivalent feelings about parenthood may lead to inconsistent contraceptive use-and pregnancy. *Fam Plann Perspect* 1999 Sep-Oct;31(5):250-251.
- (155) Klerman LV. The intendedness of pregnancy: a concept in transition. *Matern Child Health J*. 2000 Sep;4(3):155-62.
- (156) Ayoola AB, Nettleman M, Brewer J. Reasons for unprotected intercourse in adult women. *J Womens Health (Larchmt)* 2007 Apr;16(3):302-10.
- (157) Berga A. Adolescència femenina i risc social. Un estudi d'itineraris biogràfics i estratègies culturals des d'una perspectiva de gènere. Barcelona: Observatori Català de la Joventut; 2007.
- (158) Bozon M. Démographie et sexualité. A: Caselli G, Vallin J, Wunsch G. *Demographie: Analyse et synthèse II. Les déterminants de la fécondité*. Paris: INED; 2002. p.303-324.
- (159) Bajos N, Ferrand M. La condition foetale n'est pas la condition humaine. *Travail, genre et sociétés* 2006;1(15):176-182.
- (160) Hobcraft J. The ABC of Demographic Behaviour: How the Interplays of Alleles, Brains, and Contexts over the Life Course Should Shape Research Aimed at Understanding Population Processes. *Population Studies* 2006 Jul;60(2):153-187.
- (161) Orden de 16 de junio de 1986 sobre estadísticas e información epidemiológica de las interrupciones voluntarias del embarazo realizadas conforme a la Ley Orgánica 9/1985, de 5 de julio. *Boletín oficial del Estado* (3-07-1986).
- (162) Resolución de 27 de julio de 2007, de la Secretaría General de Sanidad, sobre estadísticas e información epidemiológica de las interrupciones voluntarias del embarazo realizadas conforme a la Ley Orgánica 9/1985, de 5 de julio. *Boletín oficial del Estado* (17-02-2000).
- (163) Rodríguez B, Sendra J, Regidor P, Gutiérrez J, Iñigo M. Propuesta de un método para estimar la subnotificación del aborto inducido practicado en España. *Gac Sanit* 1994;41(8):63-70.
- (164) Ramis O. Estudi de Viabilitat de la Universalització de la Prestació d'Interrupció de l'Embaràs. Treball realitzat per a la Direcció de Recursos Sanitaris, Generalitat de Catalunya (Barcelona: Epirus mimeografiat, 2007).
- (165) Kaufmann J. *L'entretien compréhensif*. Paris: Nathan;1996.

(166) Ruiz Olabuénaga, J. la descodificación de la vida cotidiana: Métodos de investigación cualitativa, Bilbao: Universidad de Deusto; 1989.

(167) Callejo J. Observación, entrevista y grupo de discusión: el silencio de tres prácticas de investigación Rev Esp Salud Pública 2002;76:409-422.

(168) Solsona M. Narrar la propia biografía después de un divorcio. Notas de un estudio cualitativo de interés para la demografía. Estudios Geográficos 2009; LXX (267): 633-660.

(169) Mompert A, Perez G. Impact of voluntary pregnancy termination on fertility in Catalonia. Gac Sanit 1998 Jan-Feb;12(1):3-8.

(170) Servei d'Informació i Estudis. Avortament legal a Catalunya, 2005. Registre d'interrupció voluntària de l'embaràs. Barcelona: Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2006

(171) Servei d'Informació i Estudis. Avortament legal a Catalunya, 2005. Registre d'interrupció voluntària de l'embaràs. Barcelona: Departament de Salut. Generalitat de Catalunya;2009

(172) Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad, Interrupción Voluntaria del Embarazo. Datos definitivos correspondientes al año 2010. Madrid: Dirección General de Salud pública, Subdirección General de promoción de la salud y Epidemiología; 2012 [Internet] [Consulta el 5 de juliol de 20120]. Disponible a: [http://www.msc.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/embarazo/docs/IVE\\_2010.pdf](http://www.msc.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/embarazo/docs/IVE_2010.pdf)

(173) Llácer-Gil de Ramales A, Morales Martín C, Castillo Rodríguez S, Mazarrasa Alvear L, Martínez Blanco ML. El aborto en las mujeres inmigrantes. Una perspectiva desde los profesionales sociosanitarios que atienden la demanda en Madrid. Index Enfermería 2006;15(55):13-17.

(174) Font-Ribera L, Perez G, Espelt A, Salvador J, Borrell C. Determinants of induced abortion delay. Gac Sanit 2009 Sep-Oct;23(5):415-419.

(175) Gispert Magarolas R, Clot-Razquin G, Torné MM, Bosser-Giralt R, Freitas-Ramírez A. Diferencias en el perfil reproductivo de mujeres autóctonas e inmigrantes residentes en Cataluña. Gac Sanit. 2008 Nov-Dec;22(6):574-7.

(176) Sedgh G, Singh S, Henshaw SK, Bankole A. Legal Abortion Worldwide in 2008: Levels and Recent Trends. Int Perspect Sex and Reprod Health 2011 June;37(2):84-94.

(177) Peiró R, Colomer C, Álvarez-Dardet C, Ashton JR. Does the liberalisation of abortion laws increase the number of abortions? The cas estudy of Spain. Eur J Public Health 2001(11):190-194.

(178) Díez A, Zapatero rectifica sobre el aborto. El Pais. 18 de diciembre de 2007. Sociedad.

(179) Gutiérrez V. Las dos caras de la Ley Gallardón. El País. 25 de Agosto de 2012. Política.

(180) Ley Orgánica 9/1985 de 5 de julio de reforma del artículo 417 bis del Código Penal. Boletín Oficial del Estado, núm. 166 (12-07-1985).



- (181) Real Decreto 2409/1986 de 21 de noviembre de interrupción voluntaria del embarazo. Centros sanitarios acreditados y dictámenes preceptivos para la práctica legal. Boletín Oficial del Estado (24-11-1986).
- (182) Real Decreto 14/1986 de 25 de abril, General de Sanidad. Boletín oficial del Estado, núm. 102 (29-04-1986).
- (183) Ley Orgánica 2/2010 de 3 de marzo de Salud Sexual y Reproductiva y de la Interrupción Voluntaria del Embarazo (Boletín Oficial del Estado, núm. 5 (4-03-2010).
- (184) Coordinadora Estatal de Organizaciones Feministas. Situación actual de la nueva ley de salud sexual y reproductiva y de interrupción voluntaria del embarazo en el estado español tras un año y medio de aplicación. [Internet] Setiembre de 2011. [Consulta el gener de 2012]. Disponible a : [http://www.feministas.org/IMG/pdf/INFORME\\_APLICACION\\_LEY\\_ABORTO-\\_28\\_SEPT-\\_2011-\\_COORDINADORA\\_ESTATAL.pdf](http://www.feministas.org/IMG/pdf/INFORME_APLICACION_LEY_ABORTO-_28_SEPT-_2011-_COORDINADORA_ESTATAL.pdf)
- (185) ACAI. Principales irregularidades en la aplicación de la ley de salud sexual y reproductiva en la prestación sanitaria de interrupción voluntaria del embarazo. Abril, 2012. [Internet] Consulta el setembre de 2012 [Disponible a : [http://www.observatori.apfcib.org/i\\_bd/upload/file/Irregularidades-%20Ley%20de%20SSR%20e%20IVE-%20abril-%202012.pdf](http://www.observatori.apfcib.org/i_bd/upload/file/Irregularidades-%20Ley%20de%20SSR%20e%20IVE-%20abril-%202012.pdf)]
- (186) Ley Orgánica 1/1990 de 3 de octubre de Ordenación General del Sistema Educativo. Boletín Oficial del Estado, núm. 238 (4-09-1990).
- (187) Ley Orgánica 10/2002 de 23 de diciembre de calidad de la educación (Boletín Oficial del Estado, núm. 307 (24-12-02).
- (188) Serrano González M.I. La relación de los adolescentes con su cuerpo, en el currículo escolar: Lectura crítica desde la Educación para la Salud. Presentat al XIII Congreso de la Sociedad Española de Medicina Adolescente. Cáceres, 4-5 Abril de 2002.
- (189) Ley Orgánica 2/2006 de 3 de mayo de Educación (Boletín Oficial del Estado, núm. 106 (4-05-06).
- (190) Coordinadora Estatal d'Organitzacions Feministes. Interrupció voluntària de l'embaràs. Avortament: Els drets de les dones a decidir. 2007. [Consulta el gener de 2012]. Disponible a : [http://www.xarxafeminista.org/docs/estudi\\_avortament\\_cat.pdf](http://www.xarxafeminista.org/docs/estudi_avortament_cat.pdf)
- (191) Serrano I. Informe sobre la libre dispensación de la píldora anticonceptiva de urgencia. Análisis de la situación y propuestas. Madrid: FPFE; 2008.
- (192) Lete I, Cabero L, Alvarez D, Olle C. Observational study on the use of emergency contraception in Spain: results of a national survey. Eur J Contracept Reprod Health Care 2003 Dec;8(4):203-9.
- (193) Sigmados. Enquesta poblacional sobre uso y opinión de la píldora postcoital. Madrid: Sociedad Española de Contracepción; 2011 [consulta el 10 de juliol de 2012]. Disponible a : <http://www.sec.es/prensa/noticias/2011.10.04.php>
- (194) Manzano A. 5 Cuestiones éticas y legales al entorno de la dispensa de la píldora del día después. Madrid: CEU ediciones, 2011 [Consulta el 3 de febrer de 2011] disponible a : [http://www.ceuediciones.es/documents/Ebook5definitivo\\_000.pdf](http://www.ceuediciones.es/documents/Ebook5definitivo_000.pdf)

- (195) Rossier C, Toulemon L, Prioux F, Évolution du recours à l'interruption volontaire de grossesse en France entre 1990 et 2005 *Population* 2009;64(3):495-530.
- (196) Federación de Planificación Familiar Estatal (FPFE). Aproximación a la salud sexual y reproductiva en España Madrid: FPFE; [2005]. Consulta el 5 de maig de 2007. Disponible a [http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/Estudio\\_salud\\_sexual\\_y\\_reproductiva.\\_Observatorio.pdf](http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/Estudio_salud_sexual_y_reproductiva._Observatorio.pdf)
- (197) Grupo de Interés Español en Población, Desarrollo y Salud Reproductiva. Acceso al aborto en el estado español. Un mapa de inequidad. Madrid; 2008
- (198) Europa Press. Medio millón de inmigrantes irregulares se quedarán sin la cobertura sanitaria [Internet] El Mundo.es 23 d'abril de 2012. Sociedad.
- (199) Donnay F, Bregentzer A, Leemans P, Verougstraete A, Vekemans M. Safe abortions in an illegal context: Perceptions from service providers in Belgium". *Studies in Family Planning* 1993;24(3):150-162.
- (200) Loi de 3 avril 1990 relative a l'interruption volontaire de la grossesse. *Moniteur Belge* (5-04-90).
- (201) Loi nº 75-17 de 17 Janvier 1975 relative a l'interruption volontaire de la grossesse. *Journal Officiel de la Republique Française* (18-01-75).
- (202) Nisand I., 1999, L'IVG en France : propositions pour diminuer les difficultés que rencontrent les femmes, Paris, Ministère de l'emploi et de la solidarité, 1999/02, [Consultat el desembre de 2005] Disponible a :[www.ping.be/planning-familial/nisaubry.html](http://www.ping.be/planning-familial/nisaubry.html)
- (203) Rossier C, Confesson A, Bringé A. La qualité des données des bulletins de 2002. INED 2006 Disponible a: [www.ined.fr/statistiques\\_ivg/2002/qualite\\_donnees\\_2002.pdf](http://www.ined.fr/statistiques_ivg/2002/qualite_donnees_2002.pdf) »
- (204) Rossier C, Pirus C, Évolution du nombre d'interruptions de grossesse en France entre 1976 et 2002 *Population* 2007;62 (1):57-90.
- (205) Pyck D. Abortion in Belgium ten years on. *Choices* 2000; 28(2):15-18.
- (206) Buziarzist J. Demarest, S. Enquête de Santé par Interview. Belgique: Institut Scientifique de la Santé Publique, 2001.
- (207) Bajos N, Job Spira N (dir.) Enquête COCON: Cohort-épidémiologique sur les pratiques contraceptives et le recours de l'IVG en France. INED-INSERM; 2000.
- (208) Lodewijckx E, Cliquet R. An updated profile of belgian women experiencing an abortion in the Netherlands". *Bevolking en Gezin* 1986; 2:63-84.
- (209) Commission National d'Évaluation. Rapport de la Commission National d'Évaluation de la loi du 3 avril 1990 relative à l'interruption de la grossesse au Parlement; 1994
- (210) Bajos N, Oustry P, Leridon H, Bouyer J, Job-spira N, Hassoun D, équip COCON. (2004). Les inégalités sociales d'accès a la contraception en France. *Population* 59(3-4): 479-502.
- (211) Ruiz-Munoz D, Perez G. Women's socioeconomic factors associated to the choice of contraceptive method in Spain. *Gac Sanit* 2012 Jun 29.

- 
- (212) Leridon H., Oustry P., Bajos N., groupe Cocon, La médicalisation croissante de la contraception en France. *Population et sociétés* 2002; 381.
- (213) Institut National d'Études Démographiques. Statistiques de l'avortement en France: Annuaire 2002 [microdades].
- (214) Vilain A. Les interruptions de grossesse en 2008 et 2009, *Études et Résultats* 2011, 765.
- (215) Vekemans M, Dohmen B. Induced abortion in Belgium: Clinical experience and psychosociological observations. *Studies in Family Planning* 1982;13(12).
- (216) Prioux F. L'évolution démographique récente en France. *Population* 2002; 4-5:691-732.
- (217) Berer M. Making abortions safe: a matter of good public health policy and practice. *Bull World Health Organ.* 2000;78(5):580-592.
- (218) Leridon H, Toulemon L. La fin des naissances non désirées. A: *Données sociales*. Paris, INSEE, 1990:293-296.
- (219) Beck U.; Giddens A.; Lash S. *Modernización reflexiva. Política, tradición y estética en el orden social moderno*. Madrid: Alianza 2ª ed; 1994.
- (220) Bauman Z. *Temps líquids. Viure en una època d'incertesa*. Barcelona: Viena edicions. 1ª ed; 2011.



**ANNEXOS****Annex 1. Indicadors d'IVE i de fecunditat a Espanya. 1998-2008***Annex 1. Taula 1. Índex sintètic d'avortament. Països d'Europa, 1998*

	IVE per dona
Bèlgica	0,17
Espanya	0,17
Alemanya (inclou antiga RDA) (1991)	0,24
Itàlia	0,33
Dinamarca	0,46
Noruega (1999)	0,47
França (metropolitana)	0,48
Regne unit	0,51
Suècia	0,55
Rep. Txeca	0,58
Hongria	0,95
Romania	1,61
Estònia	1,64

Font: Elaboració pròpia a partir de les dades del Registre d'IVE i de població de l'INE per Espanya i dades d'Eurostat per la resta de països.

*Annex 1. Taula 2. Índex sintètic d'avortament. Països d'Europa, 2008*

	IVE per dona
Alemanya (inclou antiga RDA)	0,23
Bèlgica (2007)	0,27
Itàlia (2007)	0,33
Rep. Txeca	0,34
Espanya	0,36
Dinamarca (2006)	0,45
Noruega (2006)	0,47
França (metropolitana) (2005)	0,51
Regne Unit	0,52
Hongria	0,63
Suècia	0,65
Romania	0,79
Estònia	0,88
Rússia	1,25

Font: Elaboració pròpia a partir de les dades del Registre d'IVE i de població de l'INE per Espanya i dades d'Eurostat per la resta de països.

*Annex 1. Taula 3. Proporció d'embarassos que es resolen amb un avortament. Països d'Europa, 1998*

	%
Bèlgica	9,5
Espanya	12,9
Alemanya (inclou antiga RDA) (1999)	14,5
Noruega (1999)	19,4
Dinamarca	20,0
Itàlia	20,6
França (metropolitana)	20,9
Regne unit	21,8
Suècia	25,8
Rep. Txeca	32,2
Hongria	41,5
Romania	53,4
Estònia	56,5

Font: Elaboració pròpia a partir de les microdades del Registre d'IVE i de població de l'INE per Espanya i dades d'Eurostat per la resta de països.

*Annex 1. Taula 4. Proporció d'embarassos que es resolen amb un avortament. Països d'Europa, 2008*

	IVE/emb
Bèlgica (2007)	12,7
Alemanya (inclou antiga RDA)	14,3
Rep. Txeca	17,7
Itàlia (2007)	18,2
Espanya	18,2
Dinamarca (2006)	18,8
Noruega (2006)	19,4
Regne Unit	20,8
França (metropolitana) (2005)	20,8
Suècia	25,8
Hongria	30,7
Estònia	34,4
Romania	36,5
Rússia	44,7

Font: Elaboració pròpia a partir de les microdades del Registre d'IVE i de població de l'INE per Espanya i dades d'Eurostat per la resta de països.

*Annex 1. Taula 5. Taxes específiques d'avortament pe edat (‰). Països d'Europa, 1998*

	<b>15-19</b>	<b>20-24</b>	<b>25-29</b>	<b>30-34</b>	<b>35-39</b>	<b>40-44</b>	<b>45-49</b>
Bèlgica	6,0	9,2	7,7	6,0	4,0	1,6	0,1
Espanya	5,6	9,0	7,3	5,9	4,5	2,1	0,2
Alemanya (+ RDA) (1991)	6,3	11,9	11,0	9,0	6,5	2,5	0,2
Itàlia	7,1	14,4	14,1	13,3	11,5	5,5	0,6
Dinamarca	14,5	20,7	19,9	18,0	12,6	5,0	0,5
Noruega (1999)	18,9	26,4	19,3	15,5	10,1	3,8	0,1
França (metropolitana)	13,2	23,8	20,8	18,0	13,2	5,9	0,5
Regne unit	23,4	30,0	21,1	14,3	9,1	3,2	0,3
Suècia	18,5	26,1	23,1	20,2	15,4	6,1	0,5
Rep. Txeca	11,7	22,9	27,9	26,0	18,3	8,2	0,9
Hongria	27,1	42,9	43,7	38,5	27,0	10,5	0,9
Romania	24,5	69,0	81,4	76,7	52,0	17,0	1,5
Estònia	41,3	87,4	76,5	61,4	42,4	17,9	1,3

Font: Elaboració pròpia a partir de les microdades del Registre d'IVE i de població de l'INE per Espanya i dades d'Eurostat per la resta de països.

*Annex 1. Taula 6. Taxes específiques d'avortament per edat (‰). Europa, 2008*

	<b>15-19</b>	<b>20-24</b>	<b>25-29</b>	<b>30-34</b>	<b>35-39</b>	<b>40-44</b>	<b>45-49</b>
Alemanya (+ antiga RDA)	6,19	11,60	10,55	9,02	6,04	2,34	0,21
Bèlgica (2007)	8,54	13,90	12,22	9,87	6,31	2,28	0,22
Itàlia (2007)	7,60	15,14	14,80	12,82	10,15	4,36	0,45
Rep. Txeca	7,89	14,08	13,76	14,31	12,44	5,29	0,55
Espanya	13,11	20,63	16,25	11,36	7,83	2,99	0,25
Dinamarca (2006)	16,26	21,68	17,47	15,66	12,17	5,39	0,45
Noruega (2006)	15,83	27,51	20,27	15,20	10,68	4,19	0,35
França (metrop.) (2005)	15,55	26,78	21,62	19,68	12,90	5,50	0,51
Regne Unit	23,82	29,37	22,21	14,93	9,13	3,41	0,31
Hongria	17,83	27,66	26,04	24,91	20,01	8,24	0,60
Suècia	24,34	34,68	26,67	20,45	16,52	7,14	0,68
Romania	20,46	32,71	35,22	33,70	24,31	10,15	0,75
Estònia	24,04	38,12	36,90	35,75	28,12	11,12	1,01
Rússia	26,31	57,00	61,72	52,98	37,18	13,77	1,16

Font: Elaboració pròpia a partir de les microdades del Registre d'IVE i de població de l'INE per Espanya i dades d'Eurostat per la resta de països.

Annex 1. Taula 7. Taxes específiques d'avortament per edat (‰). Espanya, 1998-2008

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
15-19	5,6	6,5	7,2	8,0	8,9	9,3	10,4	11,2	12,2	13,5	13,1
20-24	9,0	10,0	11,4	12,3	13,4	14,0	15,0	16,4	17,9	20,3	20,6
25-29	7,3	7,8	8,4	9,1	10,2	10,5	11,0	12,1	13,9	15,3	16,3
30-34	5,9	6,2	6,6	7,3	7,8	7,9	8,3	8,8	9,8	10,8	11,4
35-39	4,5	4,7	4,9	5,2	5,5	5,7	5,9	6,3	7,1	7,5	7,8
40-44	2,1	2,1	2,1	2,2	2,4	2,3	2,4	2,6	2,8	2,9	3,0
45-49	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,3	0,2

Font: Elaboració pròpia amb les microdades del Registre d'IVE i amb dades de l'INE

Annex 1. Taula 8. Taxes específiques de fecunditat per edat (‰). Espanya, 1998-2008

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
15 -19	7,8	8,5	8,9	9,7	9,9	10,6	10,8	11,4	12,1	12,8	13,3
20-24	23,5	24,1	25,1	26,2	27,4	28,6	30,1	30,5	32,5	34,7	37,7
25 -29	68,7	67,2	66,7	63,7	62,3	63,3	62,7	62,3	63,9	63,8	66,6
30 - 34	88,0	91,0	93,7	92,9	93,2	96,2	96,9	97,5	98,1	96,4	98,9
35 - 39	36,1	39,6	42,2	44,1	45,4	48,4	50,1	52,0	54,6	56,5	59,9
40-44	5,7	6,3	6,6	7,1	7,4	8,1	8,6	9,2	9,8	10,2	11,2
45-49	0,2	0,3	0,3	0,4	0,4	0,4	0,5	0,5	0,7	0,8	0,8

Font: Elaboració pròpia amb microdades del Registre d'IVE, del MNP i de població de l'INE.



Annex 1. Taula 9. Proporció d'embarassos que es resolen amb un avortament. Espanya, 1998-2008

	<b>1998</b>	<b>1999</b>	<b>2000</b>	<b>2001</b>	<b>2002</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>
15-19	41,5	43,2	44,6	45,2	47,2	46,6	49,0	49,6	50,2	51,1	49,6
20-24	27,6	29,3	31,1	31,8	32,8	32,8	33,2	34,8	35,5	36,8	35,3
25-29	9,6	10,4	11,1	12,4	14,0	14,2	14,9	16,2	17,8	19,3	19,6
30-34	6,3	6,4	6,6	7,2	7,7	7,6	7,9	8,2	9,0	10,1	10,3
35-39	11,0	10,5	10,3	10,5	10,8	10,4	10,6	10,7	11,5	11,7	11,5
40-44	26,8	24,6	23,7	23,5	24,1	22,3	22,0	21,8	21,9	22,2	21,0
45-49	47,4	42,5	38,2	35,3	36,3	35,0	31,6	32,3	25,8	24,8	24,0

Font: Elaboració pròpia amb microdades del Registre d'IVE i de població de l'INE.

*Annex 1. Taula 10. Taxes específiques d'avortament per edat (‰) segons comunitat autònoma. Espanya, 2008*

	<b>15-19</b>	<b>20-24</b>	<b>25-29</b>	<b>30-34</b>	<b>35-39</b>	<b>40-44</b>	<b>45-49</b>	<b>ISA</b>
Andalusia	13,3	20,5	15,4	10,4	7,1	2,7	0,2	0,35
Aragó	12,2	22,0	17,6	12,9	8,6	2,9	0,3	0,38
Astúries	8,8	15,0	11,8	8,0	5,0	2,4	0,1	0,26
Balears	14,2	22,6	19,2	14,3	9,7	3,6	0,5	0,42
Canàries	11,9	15,9	13,3	9,9	7,5	3,1	0,3	0,31
Cantàbria	6,7	9,4	8,6	5,9	4,8	2,1	0,1	0,19
Castella-La Mancha	9,6	14,2	11,0	8,2	6,1	1,9	0,3	0,26
Castella-Lleó	9,5	12,8	9,1	6,2	4,1	1,7	0,1	0,22
Catalunya	16,5	29,4	22,9	16,0	10,9	4,2	0,3	0,50
Comunitat Valenciana	13,1	18,3	14,8	10,6	6,9	2,7	0,3	0,33
Extremadura	8,1	11,2	7,5	5,4	3,8	1,8	0,1	0,19
Galícia	4,9	6,5	4,4	3,2	2,5	1,0	0,1	0,11
Madrid	16,9	27,7	21,5	14,5	10,3	4,0	0,3	0,48
Múrcia	16,7	28,3	24,9	17,3	10,2	3,8	0,2	0,51
Navarra	7,9	9,3	8,2	5,6	5,0	1,5	0,1	0,19
País Basc	7,5	12,4	10,3	7,1	5,1	2,0	0,2	0,22
La Rioja	9,8	14,8	12,9	9,4	6,9	2,8	0,2	0,28
Ceuta i Melilla	3,9	6,5	4,0	2,4	1,0	1,9	0,0	0,10

Font: Elaboració pròpia amb les microdades del Registre d'IVE i de població de l'INE.

*Annex 1. Taula 11. Proporció d'embarassos que es resolen amb una IVE pr edat i comunitats autònomes, 2008*

	<b>15-19</b>	<b>20-24</b>	<b>25-29</b>	<b>30-34</b>	<b>35-39</b>	<b>40-44</b>	<b>45-49</b>	<b>total</b>
Andalusia	45,4	32,7	16,4	8,8	11,1	20,5	23,3	17,0
Aragó	51,1	37,7	22,5	11,2	12,1	21,7	25,0	19,3
Astúries	50,8	37,2	20,0	9,5	9,4	19,9	25,0	16,9
Balears	52,4	34,3	21,5	13,4	15,3	25,3	42,6	21,0
Canàries	46,0	28,2	18,5	12,3	14,1	24,1	31,2	19,1
Cantàbria	46,4	25,4	12,7	5,7	7,3	17,9	13,3	11,0
Castella-La Mancha	42,6	26,7	13,0	7,2	9,7	15,1	27,5	13,7
Castella-Lleó	48,5	32,9	15,3	6,6	6,7	14,1	13,6	13,5
Catalunya	56,7	40,3	24,0	13,5	14,6	25,4	28,8	22,1
Comunitat Valenciana	48,4	32,2	17,5	9,5	10,9	20,5	29,3	16,8
Extremadura	43,4	27,0	9,8	4,9	6,5	16,8	8,8	11,4
Galícia	41,0	21,3	7,9	3,9	4,7	9,1	15,1	7,9
Madrid	56,3	43,8	26,6	12,7	13,0	23,3	22,9	21,9
Múrcia	45,6	34,8	22,9	13,8	13,9	23,2	23,5	21,6
Navarra	37,4	23,4	12,6	4,6	6,9	10,8	13,0	9,8
País Basc	51,0	36,7	17,5	6,4	6,7	13,8	22,4	12,3
La Rioja	39,9	26,0	16,8	8,1	9,9	21,1	33,3	14,5
Ceuta i Melilla	15,4	6,4	3,1	2,0	1,2	8,5	0,0	4,0

Font: Elaboració pròpia amb microdades del Registre d'IVE, del MNP i de població de l'INE.

*Annex 1. Taula 12. Nombre d'avortaments per edat i segons CCAA.Espanya, 2008*

	<b>15-19</b>	<b>20-24</b>	<b>25-29</b>	<b>30-34</b>	<b>35-39</b>	<b>40-44</b>	<b>45-49</b>
Andalusia	3198	5492	4940	3601	2397	892	54
Aragó	364	812	821	682	441	148	12
Astúries	181	413	433	340	207	99	6
Balears	377	766	890	720	457	157	20
Canàries	672	1084	1164	939	719	280	24
Cantàbria	84	150	185	145	113	49	2
Castella-La Mancha	551	929	837	677	491	151	19
Castella-Lleó	537	890	763	579	388	171	8
Catalunya	2730	6091	6562	5338	3369	1206	83
Comunitat Valenciana	1625	2734	2887	2323	1423	535	53
Extremadura	265	387	282	212	155	79	3
Galícia	296	486	441	366	274	105	13
Madrid	2497	5359	5686	4463	2975	1074	72
Múrcia	669	1303	1461	1090	601	214	12
Navarra	111	156	183	148	127	37	3
País Basc	320	670	751	632	439	171	13
La Rioja	71	133	148	124	85	34	2
Ceuta i Melilla	19	33	22	13	5	10	0

Font: Elaboració pròpia amb les microdades del Registre d'IVE i de població de l'INE.

*Annex 1. Taula 13. Taxes específiques d'avortament per edat segons origen de la dona. Espanya, 2008*

	<b>estranger</b>	<b>espanyol</b>
15-19	34,1	10,1
20-24	49,3	13,9
25-29	39,2	10,0
30-34	31,9	6,9
35-39	23,2	5,1
40-44	9,4	2,1
45-49	0,8	0,2

Font: Elaboració pròpia amb les microdades del Registre d'IVE i de població de l'INE.

Annex 1. Taula 14. Taxes específiques d'avortament per edat (‰) i índex sintètic d'avortament (IVE per dona) segons regió d'origen de la dona. Espanya, 2008

	<b>Europa de l'Est</b>	<b>Europa Occidental</b>	<b>Nord d'Àfrica</b>	<b>Àfrica subsahariana</b>	<b>Amèrica del Nord</b>	<b>Amèrica Llatina</b>	<b>Àsia</b>	<b>Espanya</b>
15-19	31,4	12,2	11,6	14,0	10,6	46,7	14,3	12,4
20-24	38,4	17,6	25,3	29,1	8,0	70,3	33,0	20,3
25-29	27,0	11,8	30,3	32,8	6,7	52,4	30,6	16,0
30-34	24,9	10,8	26,4	19,6	3,9	40,4	30,8	11,2
35-39	21,2	8,3	19,4	10,0	2,5	29,0	21,4	7,7
40-44	9,6	3,5	8,4	4,1	0,4	11,3	10,2	2,9
45-49	0,7	0,3	1,3	0,9	0,0	0,9	1,0	0,2
<b>ISA</b>	<b>0,8</b>	<b>0,3</b>	<b>0,6</b>	<b>0,6</b>	<b>0,2</b>	<b>1,3</b>	<b>0,7</b>	<b>0,4</b>

Font: Elaboració pròpia amb les microdades del Registre d'IVE i de població de l'INE.; ISA: índex sintètic d'avortament

*Annex 1. Taula 15. Taxes específiques d'IVE (‰), de fecunditat (‰) i d'embaràs ‰, proporció d'embarassos que es resolen amb un avortament i prevalença anticonceptiva (%) per grups d'edat\*. Espanya, 2006*

	<b>Taxa IVE</b> ‰	<b>Taxa fecunditat</b> ‰	<b>Taxa embaràs</b> ‰	<b>Prevalença anticonceptiva</b> %	<b>IVE/embaràs</b> %
15-19	12,2	12,1	24,3	91,1	50,2
20-24	17,9	32,5	50,5	82,5	35,5
25-29	13,9	63,9	78,0	79,6	17,8
30-34	9,8	98,1	108,2	72,3	9,0
35-39	7,1	54,6	61,9	73,7	11,5
40-44	2,8	9,8	12,6	72,1	21,9
45-49	0,2	0,7	0,9	57,2	25,8

Font: Elaboració pròpia amb les microdades del Registre d'IVE, del MNP i de població de l'INE, microdades de l'Encueta de Fecundidad y Valores en la Espanya del Siglo XXI.

*Annex 1. Taula 16. Proporció de dones sexualment actives i usuàries d'anticonceptius per grups d'edat. Dones de 15-49 anys. Espanya, 2006*

	<b>% de dones actives sexualment</b>	<b>% d'usuàries d'algun mètode anticonceptiu</b>
15-19	65,0	91,1
20-24	71,1	82,5
25-29	80,3	79,6
30-34	81,1	72,3
35-39	80,3	73,7
40-44	80,7	72,1
45-49	71,6	57,2
Total	77,1	73,3

Font: Elaboració pròpia amb les microdades de l'Encueta de Fecundidad y Valores en la Espanya del Siglo XXI.

**Annex 2. Patrons regionals de la IVE a Espanya. 1998-2008****Característiques de la dona que avorta i de la pràctica de la IVE segons comunitats autònomes l'any 2008**

Aquest apartat ofereix informació addicional al capítol 4 sobre el perfil de la dona que avorta a Espanya i les característiques de la pràctica de la IVE segons comunitats autònomes l'any 2008. Les taules següents mostren la distribució de les IVE en cadascuna de les CCAA segons les variables que he presentat pel conjunt de l'Estat (apartat 4.3.1). La distribució de les IVE a les diverses CCAA no divergeix, en general, respecte la del conjunt de l'Estat, raó per la qual no presento aquesta informació dins del cos central de la tesi que feia feixuga la seva lectura, però m'ha semblant rellevant incloure aquest capítol com a Annex per poder disposar de la informació sobre els patrons territorials pel que fa les característiques de les dones que interrompen l'embaràs a Espanya

*a) Característiques sociodemogràfiques de la dona que interromp l'embaràs*

La IVE en dones adolescents no supera el 20% del total, però veiem diferents comportaments segons la CCAA de residència (Annex 2. Taula 1). Andalusia, Castella-La Mancha, Castella-Lleó, Extremadura i Ceuta i Melilla presenten els percentatges més alts, mentre que a Aragó, Astúries, les Balears, Canàries, Cantàbria, Catalunya, la Comunitat Valenciana, Madrid, Múrcia, País Basc i la Rioja els percentatges d'IVE en dones adolescents són el menys important. El pes de les dones de més de 35 anys és especialment important entre les dones que resideixen a l'estranger, a les Canàries, Cantàbria i Navarra que superen el 20% del total.

*Annex 2. Taula 1. Distribució de les IVE per edat segons comunitat autònoma. Espanya, 2008*

	<b>16 o -</b>	<b>17-19</b>	<b>20-24</b>	<b>25-29</b>	<b>30-34</b>	<b>35-39</b>	<b>40 o +</b>
Estranger	6,3	12,0	24,7	19,8	17,4	13,7	6,2
Andalusia	3,6	11,9	26,7	24,0	17,5	11,7	4,6
Aragó	1,9	9,2	24,8	25,0	20,8	13,4	4,9
Astúries	2,0	8,8	24,6	25,8	20,3	12,3	6,3
Balears	2,9	8,2	22,6	26,3	21,3	13,5	5,2
Canàries	3,6	10,1	22,2	23,8	19,2	14,7	6,2
Cantàbria	2,6	8,9	20,6	25,4	19,9	15,5	7,0
Castella-La Mancha	3,4	11,7	25,4	22,9	18,5	13,4	4,7
Castella-Lleó	3,1	12,9	26,7	22,9	17,4	11,6	5,4
Catalunya	2,2	8,6	24,0	25,9	21,0	13,3	5,1
C. Valenciana	3,4	10,6	23,6	24,9	20,1	12,3	5,1
Extremadura	4,1	15,0	28,0	20,4	15,3	11,2	5,9
Galícia	3,5	11,5	24,5	22,3	18,5	13,8	6,0
Madrid	2,3	8,9	24,2	25,7	20,2	13,4	5,2
Múrcia	3,1	9,4	24,4	27,3	20,4	11,2	4,2
Navarra	3,5	11,0	20,4	23,9	19,3	16,6	5,2
País Basc	1,7	9,0	22,4	25,1	21,1	14,7	6,1
La Rioja	2,2	9,7	22,3	24,8	20,8	14,2	6,0
Ceuta i Melilla	6,9	11,8	32,4	21,6	12,7	4,9	9,8

Font: Elaboració pròpia a partir de les microdades del Registre d'IVE. Espanya, 2008;  $p < 0,001$ . A totes les taules incloc informació de les dones no residents a Espanya

Destaquen algunes CCAA pel pes que representen les IVE en dones d'origen estranger. Especialment a Múrcia i Madrid, però també a la Rioja, la Comunitat Valenciana, Catalunya, les Balears i Aragó (Annex 2. Taula 2). Especialment es tracta de dones llatinoamericanes, però a la Rioja i Aragó el pes de les dones de països europeus de fora de la Unió Europea és destacable. Ceuta i Melilla, Extremadura i Galícia van ser les CCAA amb menys IVE en dones d'origen estranger. De les dones que resideixen a l'estranger un 2,3% són dones espanyoles, però el 85% són dones de la Unió Europea i Europa Occidental.

Annex 2. Taula 2. Distribució de les IVE per lloc de naixement de les dones segons comunitat autònoma. Espanya, 2008

	<b>Espanya</b>	<b>UE i Europa Occidental</b>	<b>Altres Europa</b>	<b>Amèrica Nord</b>	<b>Amèrica centre i sud</b>	<b>Àfrica nord</b>	<b>Àfrica negra</b>	<b>Àsia</b>	<b>Xina</b>	<b>Oceania</b>
Estranger	2,3	85,1	2,5	0,0	5,9	0,1	3,5	0,2	0,2	0,1
Andalusia	65,8	1,6	10,8	0,1	14,6	4,3	2,0	0,3	0,7	0,0
Aragó	53,8	0,6	20,3	0,0	17,4	2,8	3,9	0,1	1,0	0,0
Astúries	77,0	0,8	4,8	0,1	15,6	0,4	0,6	0,1	0,7	0,1
Balears	52,9	6,3	6,6	0,1	27,8	2,0	2,8	0,6	0,7	0,1
Canàries	72,9	4,1	2,5	0,0	16,3	1,4	1,2	0,7	0,9	0,0
Cantàbria	72,5	0,8	6,3	0,0	18,2	1,2	0,4	0,0	0,6	0,0
Castella-La Mancha	58,4	0,5	17,7	0,1	20,1	2,1	0,5	0,1	0,6	0,0
Castella-Lleó	70,7	1,1	9,3	0,0	16,0	2,2	0,3	0,0	0,4	0,0
Catalunya	52,2	1,6	6,7	0,1	30,1	4,5	2,2	1,3	1,4	0,0
C. Valenciana	56,3	2,6	11,9	0,0	22,9	3,1	2,1	0,3	0,8	0,0
Extremadura	84,1	1,1	5,0	0,0	7,5	1,4	0,2	0,1	0,7	0,0
Galícia	77,6	1,5	2,5	0,1	15,9	1,1	0,9	0,1	0,4	0,0
Madrid	39,0	1,1	13,0	0,2	39,6	2,2	3,1	0,7	1,2	0,0
Múrcia	41,8	0,9	5,3	0,0	42,9	7,0	1,5	0,1	0,6	0,0
Navarra	58,8	1,3	5,5	0,0	29,4	2,9	1,6	0,1	0,4	0,0
País Basc	69,4	0,4	3,0	0,1	23,0	1,2	2,3	0,2	0,5	0,0
La Rioja	50,7	1,5	16,3	0,0	24,3	5,0	1,5	0,5	0,2	0,0
Ceuta i Melilla	91,2	0,0	0,0	0,0	1,0	7,8	0,0	0,0	0,0	0,0

Font: Elaboració pròpia a partir de les microdades del Registre d'IVE. Espanya, 2008; p&lt;0,001



A continuació, Múrcia, la Comunitat Valenciana, Andalusia, Catalunya i Castella-Lleó mostren els percentatges més alts d'IVE en dones amb un nivell educatiu més baix (primària o menys), concretament a Múrcia superen la categoria de dones que han assolit l'educació sanitària (Annex 2. Taula 3). Al contrari, el País Basc i Navarra mostren els percentatges més alts en dones amb nivells educatius superiors. Navarra, Galícia, Cantàbria i Aragó presenten percentatges baixos d'IVE en dones amb nivells de primària o inferiors i on es concentren els majors nivells de secundària. Les dones residents a l'estranger tenen la IVE sobretot en nivells de secundària seguits de nivells superiors.

*Annex 2. Taula 3. Distribució de les IVE segons nivell educatiu i CCAA de residència. Espanya, 2008*

	<b>&lt;=Primària</b>	<b>Secundària</b>	<b>Superior</b>	<b>Altres</b>
Estranger	11,7	69,7	18,6	0,0
Andalusia	30,1	59,1	10,8	0,1
Aragó	5,5	83,2	11,0	0,3
Astúries	9,2	75,3	15,3	0,2
Balears	17,9	69,0	13,1	0,1
Canàries	14,9	69,5	15,5	0,1
Cantàbria	6,5	67,1	26,0	0,3
Castella-La Mancha	20,7	67,8	11,4	0,1
Castella-Lleó	30,7	51,8	17,4	0,1
Catalunya	27,9	59,2	12,9	0,1
C. Valenciana	37,2	49,3	13,5	0,0
Extremadura	23,2	64,6	12,1	0,1
Galícia	7,2	79,9	12,9	0,0
Madrid	18,4	63,5	18,0	0,1
Múrcia	54,4	36,7	8,9	0,0
Navarra	4,1	80,4	15,5	0,0
País Basc	7,6	71,8	20,6	0,1
La Rioja	7,8	80,6	11,5	0,2
Ceuta i Melilla	19,6	65,7	14,7	0,0

Font: Elaboració pròpia a partir de les microdades del Registre d'IVE. Espanya, 2008.

Menys del 60% de dones treballaven fora de casa a Ceuta i Melilla, Galícia, Extremadura, la Comunitat Valenciana, Castella-La Mancha, Canàries i Andalusia, essent majoritàries les estudiants i aturades (Annex 2. Taula 4). Després de les dones assalariades, les mestresses de casa representen un pes important a Ceuta i Melilla, Castella-La Mancha, Múrcia i Andalusia. Entre les IVE de dones residents a l'estranger més del 60% són treballadores assalariades, seguit d'estudiants.

*Annex 2. Taula 4. Distribució de les IVE segons situació laboral i comunitat autònoma. Espanya, 2008*

	<b>Activa</b>	<b>Pensionista</b>	<b>Estudiant</b>	<b>Parada o buscant 1º feina</b>	<b>mestressa de casa</b>	<b>Altres</b>
Estranger	60,9	0,1	17,8	10,4	10,5	0,1
Andalusia	52,0	0,3	11,8	22,9	12,3	0,7
Aragó	67,3	0,2	7,8	17,5	6,5	0,6
Astúries	63,9	0,4	12,2	9,5	9,0	5,1
Balears	74,4	0,2	6,8	10,0	6,6	2,0
Canàries	58,8	0,5	12,4	18,7	7,3	2,3
Cantàbria	62,2	0,1	16,7	8,5	10,1	2,4
Castella-La Mancha	56,8	0,2	10,7	12,8	13,3	6,2
Castella-Lleó	64,0	0,2	16,4	7,2	11,2	1,0
Catalunya	70,6	0,6	7,8	9,2	11,3	0,4
C. Valenciana	57,8	0,1	10,1	22,7	7,1	2,2
Extremadura	53,0	0,4	18,8	22,8	4,5	0,6
Galícia	56,7	0,6	17,2	15,3	9,3	0,9
Madrid	70,6	0,1	8,3	14,1	6,4	0,6
Múrcia	66,4	0,1	8,0	9,5	15,3	0,6
Navarra	66,2	0,1	12,3	15,7	4,8	0,8
País Basc	68,2	0,2	11,3	12,7	7,3	0,2
La Rioja	70,0	0,0	6,7	15,7	7,3	0,3
Ceuta i Melilla	44,1	0,0	21,6	13,7	19,6	1,0

Font: Elaboració pròpia a partir de les microdades del Registre d'IVE. Espanya, 2008;  $p < 0,001$

La dona té ingressos propis en la majoria dels casos a qualsevol CCAA, però a Ceuta i Melilla (49%), Extremadura (55%) i Andalusia (55%) els percentatges són els més baixos (Annex 2. Taula 5). Més del 60% dels casos de dones residents a l'estranger tenen ingressos propis.

*Annex 2. Taula 5. Distribució de les IVE en dones amb ingressos propis segons CCAA de residència. Espanya, 2008*

	<b>Sí</b>
Estranger	63,5
Andalusia	55,3
Aragó	72,5
Astúries	71,8
Balears	76,0
Canàries	67,1
Cantàbria	64,9
Castella-La Mancha	69,1
Castella-Lleó	65,6
Catalunya	76,9
C. Valenciana	61,6
Extremadura	54,8
Galícia	60,1
Madrid	74,7
Múrcia	67,6
Navarra	69,5
País Basc	71,4
La Rioja	73,1
Ceuta i Melilla	49,0

Font: Elaboració pròpia a partir de les microdades del Registre d'IVE. Espanya, 2008;  $p < 0,001$

La categoria més freqüent entre les IVE, igual que en el conjunt nacional, és la solteria, especialment a Ceuta i Melilla, Madrid, Castella-Lleó, Canàries i la dona que residia a l'estranger, on supera el 70% de les IVE. El pes de les dones casades és especialment important a la Rioja i Aragó (vegeu Annex 2. Taula 6).

*Annex 2. Taula 6. Distribució de les IVE segons estat civil i CCAA de residència. Espanya, 2008*

	<b>Soltera</b>	<b>Casada</b>	<b>Viuda</b>	<b>Separada, divorciada</b>
Estranger	72,0	19,3	0,4	8,3
Andalusia	68,3	23,6	0,6	7,5
Aragó	60,4	31,5	0,3	7,7
Astúries	66,6	24,2	0,5	8,7
Balears	68,1	24,2	0,4	7,3
Canàries	70,6	18,6	0,5	10,3
Cantàbria	62,2	28,6	0,7	8,5
Castella-La Mancha	64,2	27,9	0,4	7,5
Castella-Lleó	73,6	21,2	0,4	4,8
Catalunya	68,7	23,7	0,4	7,2
C. Valenciana	66,9	24,9	0,4	7,8
Extremadura	68,8	23,2	0,2	7,8
Galícia	68,7	22,6	0,7	8,0
Madrid	71,8	21,6	0,4	6,1
Múrcia	68,1	25,4	0,4	6,1
Navarra	61,2	27,2	0,1	11,4
País Basc	64,0	28,2	0,4	7,4
La Rioja	58,2	34,4	0,2	7,3
Ceuta i Melilla	71,6	20,6	0,0	7,8

Font: Elaboració pròpia a partir de les microdades del Registre d'IVE. Espanya, 2008;  $p < 0,001$

La situació de parella està molt equilibrada entre les que conviven i les que no, es miri la CCAA que es miri, però on s'observa més dones que no conviven amb la seva parella van ser Astúries, Castella-Lleó, Galícia, Extremadura i Ceuta i Melilla i les dones que resideixen a l'estranger (vegeu Taula 7).

*Annex 2. Taula 7. Distribució de les IVE segons convivència amb la parella i CCAA de residència. Espanya, 2008*

	<b>Sí</b>	<b>No</b>
Estranger	44,4	55,6
Andalusia	48,6	51,4
Aragó	52,7	47,3
Astúries	43,6	56,4
Balears	53,9	46,1
Canàries	50,6	49,4
Cantàbria	51,0	49,0
Castella-La Mancha	53,0	47,0
Castella-Lleó	43,9	56,1
Catalunya	51,3	48,7
C. Valenciana	51,8	48,2
Extremadura	44,1	55,9
Galícia	37,4	62,6
Madrid	49,0	51,0
Múrcia	58,6	41,4
Navarra	46,9	53,1
País Basc	48,0	52,0
La Rioja	53,4	46,6
Ceuta i Melilla	28,4	71,6

Font: elaboració pròpia a partir de les microdades del Registre d'IVE. Espanya, 2008;  $p < 0,001$

Més del 20% de les IVE es produeixen en dones que declaren no tenir parella a Madrid, Galícia, Cantàbria i les Balears (Annex 2. Taula 8). El cas d'Andalusia és especial, perquè és gairebé inexistent aquesta categoria i, en canvi, presenta el percentatge més alt de dones que tenen parelles a l'atur. El cas de les dones residents a l'estranger mostra el nombre d'IVE més important de dones que tenen una parella amb una feina remunerada.

*Annex 2. Taula 8. Distribució de les IVE segons situació laboral de la parella i CCAA de residència. Espanya, 2008*

	No hi ha parella	Treball remunerat	Pensionista	Estudiant	Parat o buscant 1 <sup>a</sup> feina	mestressa de casa	Altres
Estranger	14,4	79,9	1,8	0,8	1,7	0,0	1,5
Andalusia	0,4	78,1	0,5	3,2	15,3	1,2	1,3
Aragó	14,2	82,3	0,5	0,4	2,3	0,1	0,2
Astúries	19,6	75,0	2,6	0,7	1,2	0,1	0,9
Balears	26,6	66,8	0,1	0,0	1,2	0,1	5,2
Canàries	21,9	66,9	3,8	0,7	4,3	0,1	2,3
Cantàbria	19,5	77,3	0,0	0,0	2,1	0,2	0,8
Castella-La Mancha	18,5	69,8	1,5	0,2	3,9	0,4	5,7
Castella-Lleó	20,8	72,0	2,7	0,9	2,5	0,0	1,0
Catalunya	13,7	81,1	0,4	0,5	3,5	0,4	0,3
Comunitat Valenciana	17,4	71,3	0,5	1,6	8,1	0,3	0,9
Extremadura	12,7	75,4	3,8	1,0	5,3	0,0	1,8
Galícia	23,4	70,9	1,7	0,3	2,3	0,1	1,3
Madrid	22,1	67,0	1,3	0,3	6,0	0,2	3,1
Múrcia	10,6	87,6	0,1	0,1	1,1	0,0	0,5
Navarra	8,8	89,4	0,0	0,2	1,4	0,0	0,2
País Basc	2,3	86,7	0,4	5,4	4,4	0,3	0,7
La Rioja	13,5	84,1	0,4	0,4	1,6	0,0	0,0
Ceuta i Melilla	1,9	87,0	0,0	3,7	3,7	3,7	0,0

Font: Elaboració pròpia a partir de les microdades del Registre d'IVE. Espanya, 2008;  $p < 0,001$

La majoria de dones que interrompen el seu embaràs viuen en àrees de més de 50.000 habitants, excepte a Extremadura, Castella-La Mancha i Navarra on aquestes representen menys del 50%. Aquesta variable, però, mostra una situació força heterogènia (*Annex 2. Taula 9*). Mentre totes les IVE a Ceuta i Melilla estan enregistrades en dones que viuen en poblacions de més de 50.000 habitants, més d'una quarta part de les IVE a Castella-La Mancha, Castella Lleó, Extremadura i Navarra es realitzen en dones que habiten poblacions de menys de 10.000 habitants i una quarta part de les IVE a Andalusia, Astúries, Balears, Canàries, Castella-La Mancha, la Comunitat Valenciana, Galícia, Múrcia i el País Basc es realitzen en dones que resideixen en poblacions d'entre 10.000 i 50.000 habitants. La raó cal buscar-la al tipus de nucli urbà prevalent a cada CCAA, però també al fet que algunes dones han de viatjar a ciutats d'altres comunitats per interrompre l'embaràs.

*Annex 2. Taula 9. Distribució de les IVE en funció del mida del lloc de residència segons CCAA de residència. Espanya, 2008*

	<b>&lt;=10.000</b>	<b>10.001-50.000</b>	<b>&gt;50.000</b>
Estranger	13,6	24,7	61,6
Andalusia	19,0	10,8	70,2
Aragó	9,4	26,7	63,9
Astúries	10,9	36,6	52,5
Balears	7,2	32,8	59,9
Canàries	17,4	23,2	59,3
Cantàbria	38,0	25,0	37,0
Castella-La Mancha	28,7	10,5	60,8
Castella-Lleó	11,6	22,8	65,6
Catalunya	12,0	35,0	52,9
C. Valenciana	38,0	23,0	39,0
Extremadura	15,5	29,1	55,4
Galícia	5,0	9,9	85,1
Madrid	4,6	41,1	54,3
Múrcia	32,9	22,3	44,8
Navarra	13,2	29,9	56,9
País Basc	22,7	19,5	57,9
La Rioja	0,0	0,0	100,0
Ceuta i Melilla	49,0	87,0	0,0

Font: Elaboració pròpia a partir de les microdades del Registre d'IVE. Espanya, 2008;  $p < 0,001$

*b) Història reproductiva i característiques de l'embaràs actual en dones que avorten*

Contràriament al conjunt de l'Estat espanyol, és especialment important el pes que representen les dones sense fills que interrompen el seu embaràs, sent a Castella-Lleó i a Ceuta i Melilla al voltant del 60% del total d'IVE, mentre que la CCAA de Múrcia destaca pel percentatge d'IVE entre dones amb fills anteriors (Annex 2. Taula 10). Més del 50% de les IVE del País Basc, Navarra, Galícia, Extremadura, Cantàbria, Astúries i de les dones que resideixen a l'estranger es produeixen en dones sense fills anteriors.

*Annex 2. Taula 10. Distribució de les IVE segons la paritat de la dona i la CCAA de residència. Espanya, 2008*

	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3 o més</b>
Estranger	56,0	21,5	15,3	7,2
Andalusia	44,1	25,7	19,5	10,6
Aragó	48,0	27,7	17,6	6,7
Astúries	56,1	24,8	13,8	5,3
Balears	46,5	26,5	19,0	7,9
Canàries	45,9	28,4	18,8	6,9
Cantàbria	56,6	24,6	14,6	4,3
Castella-La Mancha	47,5	25,1	19,2	8,3
Castella-Lleó	64,4	19,4	12,1	4,1
Catalunya	47,2	26,0	18,6	8,2
Comunitat Valenciana	47,1	26,9	17,6	8,3
Extremadura	55,3	20,9	17,1	6,7
Galícia	54,6	24,3	15,4	5,7
Madrid	46,7	27,1	17,8	8,3
Múrcia	38,7	25,8	20,9	14,6
Navarra	50,8	25,3	17,1	6,8
País Basc	51,2	23,8	17,1	7,9
La Rioja	49,0	27,0	16,8	7,2
Ceuta i Melilla	59,8	13,7	16,7	9,8

Font: Elaboració pròpia a partir de les microdades del Registre d'IVE. Espanya, 2008;  $p < 0,001$

Destaquen les CCAA de Múrcia, Madrid i les Canàries perquè és on es produeixen més IVE de repetició (Annex 2. Taula 11). Aquesta variable es comporta de manera semblant en les dones residents a Espanya i a l'estranger.



Annex 2. Taula 11. Distribució de les IVE en funció del nombre d'IVE anteriors i CCAA de residència. Espanya, 2008

	<b>Cap</b>	<b>2<sup>a</sup></b>	<b>3<sup>a</sup> o més</b>
Estranger	73,3	21,7	5,0
Andalusia	66,0	23,1	10,8
Aragó	69,0	19,5	11,5
Astúries	76,1	18,6	5,2
Balears	75,6	17,8	6,6
Canàries	61,5	26,4	12,0
Cantàbria	76,2	17,6	6,2
Castella-La Mancha	65,2	22,1	12,7
Castella-Lleó	78,6	16,7	4,6
Catalunya	64,6	26,1	9,3
Comunitat Valenciana	70,7	21,1	8,2
Extremadura	74,3	19,7	6,1
Galícia	74,6	19,8	5,6
Madrid	60,1	26,1	13,8
Múrcia	62,6	24,6	12,8
Navarra	74,5	18,6	6,9
País Basc	74,2	18,9	6,9
La Rioja	73,5	16,9	9,5
Ceuta i Melilla	75,5	23,5	1,0

Font: Elaboració pròpia a partir de les microdades del Registre d'IVE. Espanya, 2008;  $p < 0,001$

Menys del 10% de les IVE es produeixen més enllà del primer trimestre de gestació (Annex 2. Taula 12). I aquest percentatge és especialment baix a Múrcia, la Comunitat Valenciana, Catalunya, Canàries, Balears i Andalusia al voltant del 6%. Al contrari, és especialment important el percentatge d'IVE en estadis de gestació avançats a Navarra (11%), però també a Galícia, Extremadura, Castella-Lleó, Cantàbria i Andalusia al voltant del 9% del total d'IVE. El 52,7% de les IVE de les dones residents a l'estranger es produeixen entre la 15 i la 22<sup>a</sup> setmana de gestació.

Annex 2. Taula 12. Distribució de les IVE segons setmanes de gestació i CCAA de residència. Espanya, 2008

	<b>14 o -</b>	<b>15-22</b>	<b>&gt;22</b>
Estranger	44,0	52,7	3,2
Andalusia	93,6	6,3	0,1
Aragó	91,0	8,8	0,2
Astúries	93,1	6,9	0,0
Balears	93,8	6,1	0,1
Canàries	94,1	5,9	0,0
Cantàbria	90,9	9,1	0,0
Castella-La Mancha	91,8	8,2	0,0
Castella-Lleó	90,9	9,1	0,1
Catalunya Comunitat	94,2	5,7	0,1
Valenciana	94,1	5,9	0,0
Extremadura	90,5	9,5	0,1
Galícia	90,6	9,4	0,0
Madrid	91,9	8,0	0,1
Múrcia	95,8	4,1	0,0
Navarra	89,0	11,0	0,0
País Basc	92,5	7,5	0,0
La Rioja	92,0	7,9	0,2
Ceuta i Melilla	93,1	6,9	0,0

Font: Elaboració pròpia a partir de les microdades del Registre d'IVE. Espanya, 2008;  $p < 0,001$

c) Característiques medicosanitàries de la pràctica de la IVE

Entre un 2-4% de les IVE es produeixen per raó de risc fetal (Annex 2. Taula 13). Cantàbria, Extremadura, el País Basc i Navarra mostren percentatges lleugerament superiors (6-8%). Les dones que resideixen a l'estranger són les que representen el percentatge més alt d'IVE per raons de salut materna. El percentatge per violació és ínfim i no supera el 0,1% en cap CCAA.

*Annex 2. Taula 13. Distribució de les IVE segons motiu de la interrupció i per CCAA de residència. Espanya, 2008*

	<b>Salud materna</b>	<b>Risc fetal</b>	<b>Violació</b>
Estranger	99,6	0,3	0,1
Andalusia	96,9	3,1	0,1
Aragó	96,7	3,3	0,0
Astúries	96,1	3,8	0,1
Balears	96,9	3,1	0,1
Canàries	96,0	3,9	0,1
Cantàbria	91,9	8,0	0,1
Castella-La Mancha	95,9	4,1	0,0
Castella-Lleó	95,4	4,6	0,0
Catalunya	97,5	2,5	0,0
C Valenciana	96,6	3,4	0,1
Extremadura	93,9	6,1	0,1
Galícia	96,5	3,4	0,1
Madrid	98,0	2,0	0,0
Múrcia	97,6	2,4	0,0
Navarra	94,4	5,6	0,0
País Basc	93,8	6,2	0,0
La Rioja	96,1	3,9	0,0
Ceuta i Melilla	95,1	4,9	0,0

Font: Elaboració pròpia a partir de les microdades del Registre d'IVE. Espanya, 2008;  $p < 0,001$

La majoria d'IVE es produeixen en dones que no s'han visitat a cap centre de PF, excepte a les Balears, Galícia i entre les dones residents a l'estranger on aquest perfil representa entre un 20 i un 38% del total d'IVE (Annex 2. Taula 14). El centre més visitat per informar-se sobre mètodes anticonceptius i realitzar consultes sobre sexualitat va ser un centre de PF, excepte a Canàries on va predominar la visita al ginecòleg privat.

Annex 2. Taula 14. Distribució de les IVE segons l'accés a la PF i per CCAA de residència. Espanya, 2008

	<b>CPF</b>	<b>Ginecòleg privat</b>	<b>Altres centres</b>	<b>No s'ha visitat</b>
Estranger	53,6	15,1	0,9	30,4
Andalusia	40,2	6,0	3,5	50,3
Aragó	23,4	1,7	2,3	72,6
Astúries	23,0	13,9	0,2	63,0
Balears	52,2	20,3	6,5	21,1
Canàries	16,4	27,7	1,4	54,5
Cantàbria	19,9	6,2	0,6	73,3
Castella-La Mancha	17,4	5,8	1,7	75,1
Castella-Lleó	16,1	7,5	0,8	75,6
Catalunya	40,2	7,4	1,8	50,5
C. Valenciana	17,0	9,9	5,9	67,1
Extremadura	21,3	3,4	1,8	73,5
Galícia	53,2	8,5	0,2	38,1
Madrid	23,7	8,7	1,0	66,6
Múrcia	19,5	5,8	5,6	69,1
Navarra	26,5	1,5	0,5	71,6
País Basc	21,6	6,1	0,6	71,7
La Rioja	23,2	6,4	1,4	69,0
Ceuta i Melilla	10,9	5,0	5,9	78,2

Font: Elaboració pròpia a partir de les microdades del Registre d'IVE. Espanya, 2008;  $p < 0,001$

En la majoria de les CCAA predomina que les dones que acaben interrompent l'embaràs siguin orientades per circuits no formals, per altres vies com el grup d'iguals, familiars, amics o mitjans de comunicació, etc. Especialment Ceuta i Melilla aquesta font representa el 83,3% del total d'IVE. Tan sols a les comunitats del País Basc, Navarra, Galícia, Comunitat Valenciana, Catalunya, Cantàbria, les Balears i Andalusia les dones són informades des d'un centre sociosanitari, especialment de caràcter públic. A la Rioja i Múrcia les fonts estan molt equilibrades (entre les fonts formals i no formals). Andalusia destaca per l'alt percentatge d'IVE que han estat derivades a través dels canals sociosanitaris públics en un 78,7% dels casos. Pel que fa les dones residents a l'estranger, només un 30% dels casos són orientats a través de fonts no formals i la distribució de les IVE segons si han rebut la informació a través de centre públics o privats està molt igualada.

*Annex 2. Taula 15. Distribució de les IVE segons forma de derivació a la clínica i per CCAA de residència. Espanya 2008*

	<b>centre públic</b>	<b>centre privat</b>	<b>Altres</b>
Estranger	40,8	29,5	29,8
Andalusia	78,7	4,3	17,0
Aragó	23,4	7,9	68,7
Astúries	17,3	9,9	72,7
Balears	40,5	16,3	43,2
Canàries	13,8	13,0	73,2
Cantàbria	43,0	9,4	47,6
Castella-La Mancha	18,8	11,1	70,1
Castella-Lleó	22,7	11,2	66,1
Catalunya	56,2	10,5	33,3
C. Valenciana	48,8	10,3	40,9
Extremadura	27,7	5,0	67,3
Galícia	60,9	11,2	27,9
Madrid	29,5	7,3	63,2
Múrcia	43,1	6,7	50,2
Navarra	61,9	17,0	21,1
País Basc	53,1	20,7	26,2
La Rioja	30,1	19,3	50,6
Ceuta i Melilla	13,7	2,9	83,3

Font: Elaboració pròpia a partir de les microdades del Registre d'IVE. Espanya, 2008;  $p < 0,001$

Si bé predomina el centre extrahospitalari i fins i tot hi ha comunitats on el centre hospitalari és gairebé inexistent, com passa a Andalusia i Aragó sobretot, la comunitat de Castella-La Mancha i Madrid presenten un percentatge que destaca sobre les altres comunitats d'IVE que es realitzen en centres hospitalaris (33,8% i 41,4% respectivament) (Annex 2. Taula 16). La dona que resideix a l'estranger no és una excepció en aquest patró i, per tant, tan sols el 3,4% del total d'IVE d'aquest grup es realitza en un centre hospitalari.

*Annex 2. Taula 16. Distribució de les IVE segons tipus de centre que realitza les IVE i per CCAA de residència. Espanya, 2008*

	<b>extrahospitalari</b>	<b>hospitalari</b>
Estranger	96,6	3,4
Andalusia	99,5	0,5
Aragó	99,5	0,5
Astúries	95,7	4,3
Balears	95,0	5,0
Canàries	94,0	6,0
Cantàbria	86,1	13,9
Castella-La Mancha	66,2	33,8
Castella-Lleó	87,8	12,2
Catalunya	97,1	2,9
C. Valenciana	88,1	11,9
Extremadura	90,8	9,2
Galícia	81,6	18,4
Madrid	58,6	41,4
Múrcia	95,6	4,4
Navarra	94,6	5,4
País Basc	92,0	8,0
La Rioja	94,1	5,9
Ceuta i Melilla	98,0	2,0

Font: Elaboració pròpia a partir de les microdades del Registre d'IVE. Espanya, 2008;  $p < 0,001$

En la majoria de CCAA les IVE es realitzen en centres de titularitat privada, tan sols a Astúries, Balears, Canàries, Cantàbria, Catalunya, Comunitat Valenciana, Galícia, País Basc i la Rioja hi ha un petit percentatge d'IVE en centres de titularitat pública (Annex 2. Taula 17).

*Annex 2. Taula 17. Distribució de les IVE segons titularitat del centre que realitza les IVE i per CCAA de residència. Espanya, 2008*

	<b>Privat</b>	<b>públic</b>	<b>Altres</b>
Estranger	100,0	0,0	0,0
Andalusia	99,9	0,1	0,0
Aragó	99,9	0,1	0,0
Astúries	97,9	2,1	0,0
Balears	95,9	2,6	1,5
Canàries	95,4	4,6	0,0
Cantàbria	90,0	10,0	0,0
Castella-La Mancha	100,0	0,0	0,0
Castella-Lleó	100,0	0,0	0,0
Catalunya	97,2	2,3	0,5
Comunitat Valenciana	93,9	6,1	0,0
Extremadura	99,9	0,1	0,0
Galícia	93,7	6,3	0,0
Madrid	100,0	0,0	0,0
Múrcia	100,0	0,0	0,0
Navarra	99,9	0,1	0,0
País Basc	93,7	6,3	0,0
La Rioja	96,3	3,7	0,0
Ceuta i Melilla	100,0	0,0	0,0

Font: Elaboració pròpia a partir de les microdades del Registre d'IVE.

Espanya, 2008;  $p < 0,001$

Són poques les IVE que es realitzen en centres que tenen com a missió alguna activitat diferent de la de PF i IVE (Annex 2. Taula 18). D'entre les que això succeeix destaca Navarra on el 41,7% de les IVE es realitzen en un centre amb una altra finalitat (aquesta comunitat no té cap centre de PF que practiqui IVE).

*Annex 2. Taula 18. Distribució de les IVE segons finalitat del centre que realitza les IVE i per CCAA de residència. Espanya, 2008*

	<b>PF</b>	<b>Altres</b>
Estranger	99,8	0,2
Andalusia	99,9	0,1
Aragó	99,8	0,2
Astúries	97,9	2,1
Balears	95,9	4,1
Canàries	91,5	8,5
Cantàbria	88,0	12,0
Castella-La Mancha	99,8	0,2
Castella-Lleó	99,9	0,1
Catalunya	97,1	2,9
Comunitat Valenciana	88,9	11,1
Extremadura	99,9	0,1
Galícia	97,0	3,0
Madrid	100,0	0,0
Múrcia	89,3	10,7
Navarra	58,3	41,7
País Basc	83,0	17,0
La Rioja	93,6	6,4
Ceuta i Melilla	100,0	0,0

Font: Elaboració pròpia a partir de les microdades del Registre d'IVE. Espanya, 2008;  $p < 0,001$

La majoria d'IVE es realitzen amb el mètode de l'aspiració (Annex 2 Taula 19). De totes maneres destaca el País Basc amb un 33,7% de les IVE realitzades amb el mètode farmacològic o entre les dones residents a l'estranger un 39,7% de les IVE realitzades amb el mètode de la dilatació, segurament associat al temps de gestació que en el cas de les dones residents a l'estranger és més tardà.



*Annex 2. Taula 19. Distribució de les IVE segons finalitat del centre que realitza les IVE i per CCAA de residència. Espanya, 2008*

	<b>Aspiració</b>	<b>Dilatació</b>	<b>Raspat</b>	<b>RU486</b>	<b>Altres</b>
Estranger	51,5	39,7	2,0	0,5	6,4
Andalusia	95,9	0,1	0,1	1,0	3,0
Aragó	86,2	0,7	8,4	1,9	2,8
Astúries	85,4	0,4	1,0	10,2	3,0
Balears	91,6	4,0	3,2	0,1	1,1
Canàries	93,6	1,1	3,9	0,2	1,2
Cantàbria	72,6	0,8	14,0	7,3	5,3
Castella-La Mancha	86,8	2,1	5,1	3,7	2,3
Castella-Lleó	87,4	1,7	5,7	4,0	1,3
Catalunya	91,0	5,9	1,4	0,1	1,6
C. Valenciana	72,3	5,3	2,4	17,5	2,5
Extremadura	91,5	2,0	3,5	0,9	2,0
Galícia	72,2	3,1	5,0	16,6	3,1
Madrid	90,2	3,4	2,5	2,6	1,4
Múrcia	95,3	1,8	1,2	0,1	1,6
Navarra	61,4	2,9	10,7	22,2	2,7
País Basc	47,5	2,8	13,8	33,7	2,2
La Rioja	82,1	0,7	12,9	3,0	1,3
Ceuta i Melilla	92,2	0,0	1,0	1,0	5,9

Font: Elaboració pròpia a partir de les microdades del Registre d'IVE. Espanya, 2008; p<0,001

### **Annex 3. Guió de l'entrevista semiestructurada en profunditat**

El procés de la IVE

Blocs temàtics: MATERNITAT/ EMBARÀS / ANTICONCEPCIÓ

#### CARACTERÍSTIQUES SOCIODEMOGRÀFIQUES

6. Any de naixement/edat
7. nivell d'estudis/també de la parella
8. Professió/també de la parella
9. Lloc de residència
10. **Situació afectiva, material, financera** en el moment previ de a l'embaràs i en el moment actual:

##### Característiques familiars, personals i afectives

Situació de parella (en parella, casada, unió consensual, no parella).

Durada de la relació de parella?

...

##### característiques professionals i materials

Situació professional en el moment de l'embaràs (activa-parada, tipus de contracte, hores de treball, ...)

Situació professional en el moment de l'entrevista.

Tens pis?

...

#### EMBARÀS i MATERNITAT

"Com vius l'experiència de l'embaràs"

(Com et sents amb l'embaràs? què és el millor? Què és el més pesat?)

- 1) Com et vas sentir quan vas saber que estaves embarassada? Per què?  
(*ambivalències, dubte*)
- 2) Volies quedar-te embarassada? Per què? (*intencions*) El buscaves? Què va passar? Tires endavant la gestació? (*comportament i pressió social a la maternitat*).
  - **SÍ** En quin moment et plantejes tenir un fill. Factors (*factors explicatius*).
  - **NO** (Embaràs no planificat o desitjat): Què/qui fa que et plantegis tirar-lo endavant?

(No desitjat i/o no acceptat): per què vols avortar?

3) Situacions hipotètiques

○ **Si el tira endavant:**

- Sabent que a vegades hi ha errors anticonceptiu o que canvien les condicions una vegada ja se sap que s'està embarassada, i la dona pot decidir no tirar-lo endavant, quines condicions creus que poden fer que una dona no pugui tirar endavant l'embaràs?

○ Si interromp:

- Quines condicions haurien de canviar perquè canviessis de decisió respecte la resolució de l'embaràs? (*factors explicatius de la decisió*).

4) Què en pensa la teva parella de l'embaràs i de la teva decisió? Per què? (*rol de la parella*)

5) T'agradaria tenir més fills? Per què? (*desig, intencions*)

6) Veus probable tenir-ne més? Per què? (*dificultats*)

7) Què en pensa la teva parella de tenir més fills (*rol de la parella*)

8) El que més t'agrada de l'embaràs/lo que menys/què es lo que més ha canviado en tu vida?

## CONTROL DE LA FECUNDITAT

"Com et protegies d'un embaràs"

1) Quin mètode anticonceptiu uses habitualment? Per què vas escollir aquest mètode? T'hi senties bé? Quin era el principal inconvenient? (*pràctica anticonceptiva i implicació en la decisió, prescriptor*).

2) T'havia fallat alguna vegada? Què havies fet? (*consciència de risc*)

3) Abans de l'embaràs: Senties que disposaves del mètode i la orientació per evitar un embaràs?

4) En el moment de l'embaràs utilitzaves algun mètode (*ambivalència*)

5) Si utilitzava algun mètode: Per què ha fallat?

6) Com porta la teva parella l'ús d'aquest mètode? (*rol de la parella, negociació, rol de gènere...*)

7) Després de tenir el fill, usareu algun mètode?

8) Què en pensa la teva parella? (*rol de la parella, negociació, rol de gènere...*)

## RELACIÓ DE LA DONA AMB EL SISTEMA SOCIOSANITARI

"Com has viscut l'atenció rebuda pels professionals, abans i després de l'embaràs"

- 1) Creus que els professionals socio-sanitaris s'adeqüen a la necessitat de la noia en cada moment?
  - Orientació en el control de la fecunditat
  - Embaràs no planificat: vas rebre una bona atenció davant d'un/de l'embaràs que no volies continuar o tenien dubtes
  - Embaràs desitjat: preguntes i es prenen el temps per respondre't? Ajuden a treure pors?
- 2) Primer interlocutor i itinerari seguit
- 3) Dificultats, llibertat d'elecció
  - Creus que els professionals influeixen en el procés de decisió? De quina manera?
  - Creus que tenen present la situació de parella i la participació d'aquesta en el procés?
- 4) Acompanyament. Què podria millorar-se en l'atenció socio-sanitària per sentir-te més ben rebuda i més ben orientat per evitar un embaràs no desitjat (*concepció de l'embaràs entre els professionals*).

## **Annex 4. Guions dels grups de discussió**

### **Annex 4.1. Guió Grup de discussió 1.**

#### **Inicio de la sessió:**

Bienvenida y agradecimiento a las participantes. Información en relación al carácter voluntario de su participación y la respuesta a las preguntas, la grabación de la sesión y su duración. Introducción del estudio. Mención a que cuando hablamos de mujeres (embarazadas o no) lo haremos teniendo a la cabeza la franja de edad entre 25 y 34 años.

#### **1er bloque: Decidir sobre la maternidad**

Rueda inicial: Se pedirá que cada uno de los participantes se presente (nombre, edad, ocupación, lugar de origen).

Se plantea la pregunta introductoria: ¿De qué manera experimentan las mujeres el deseo de ser madres?

Conceptos de los cuales hace falta hablar si no surgen en la conversación y pregunta al respecto:

- 1 ¿Cómo interactúan el deseo de maternidad de las mujeres y la presión social sobre la maternidad? ¿Existe presión sobre la maternidad? ¿Cómo actúa? ¿Sigue siendo un atributo de la mujer la maternidad? ¿Existen mujeres que no quieren ser madres?
- 2 ¿Se plantean la pregunta sobre si quieren ser madres en este momento? ¿Qué factores influyen en la respuesta a esta pregunta? ¿y en la posibilidad de realizar esta decisión?
- 3 ¿Existen mujeres que deseando tener un hijo, cambian de opinión una vez que están embarazadas? ¿Existen mujeres que deseando un embarazo, lo postergan? ¿Existen mujeres que no tienen claro el deseo de tener un hijo en un momento determinado? Explorar factores que influyen en estas ambivalencias.
- 4 ¿Cómo son los deseos acerca de la paternidad en los hombres? ¿Comparten las mujeres sus deseos de maternidad con los hombres?

#### **2do bloque: Decidir sobre anticoncepción**

Pregunta introductoria: ¿Qué puede influir para que una mujer que está buscando quedar embarazada en este momento haga uso inconsistente de la anticoncepción?

Conceptos de los cuales hace falta hablar si no surgen en la conversación y pregunta al respecto:

- 1 ¿Cómo influye el deseo de ser madre en el uso de la anticoncepción?
- 2 ¿Qué rol tiene la pareja? ¿Qué papel juega la confianza en la pareja? ¿Qué papel juega el placer? Tener una pareja estable ¿"relaja" el uso de los métodos? ¿Se produce una "negociación"? ¿Cómo es?
- 3 ¿Qué rol juega el sistema sanitario y el profesional de salud? ¿Visibilizan la diversidad de las mujeres frente a la maternidad? ¿Consideran a sus parejas? ¿Qué dificultades tienen las mujeres para mostrar sus preocupaciones, dudas y ambivalencias frente a los profesionales sanitarios? ¿Cómo afecta esto a la corresponsabilidad entre las mujeres y profesionales? ¿Qué podría hacerse para mejorar?

### **3er bloque: Decidir ante un embarazo**

¿Qué factores entran en juego para decidir llevar adelante o interrumpir un embarazo que no estaba planificado? ¿Existen cambios con respecto al deseo de maternidad una vez que el embarazo se ha producido? ¿Qué rol juega la pareja? ¿Qué rol juegan los profesionales sanitarios?

## Annex 4.2. Guió Grup de discussió 2.

**Ronda inicial:** Es demanarà que cadascun dels participants es presenti (nom i professió) i que contesti de manera individual, segons la seva experiència, a una pregunta introductòria.

Un cop hagin parlat tots els professionals es proposarà la discussió en grup.

### **Des de la vostra experiència, com veieu que gestionen les dones els mètodes anticonceptius?**

Conceptes dels quals cal parlar si no sorgeixen en la conversa i pregunta al respecte:

1. Informació anticonceptiva
  - Creieu que les dones tenen suficient informació? La demanen? Tenen dubtes? Qui dóna la informació?
2. Pràctica anticonceptiva (gestió i ús)
  - Fan bon ús de l'anticoncepció? Tenen dubtes? Debilitats en la gestió diària? S'adapta el mètode als moments vitals de la dona? (factors explicatius de la mala gestió) Consciència i pràctiques de risc
  - Consciència i pràctiques de risc: ¿Qué dificulta la realització dels desitjos reproductius de les dones? ¿Com gestionen les dificultats? Es realitzen pràctiques de risc? Perquè? És que no hi ha una consciència del risc a l'embaràs? (oblida't una mica la consciència de risc parla més de pràctiques de risc si la noia no vol tenir embaràs) En el cas d'errades, per què una dona que no vol quedar embarassada no pren mesures?\_(anticoncepció d'emergència o p.ex ús preservatiu quan s'oblida pastilla). Estigmatització de la pastilla de l'endemà. Com es presenta l'avortament dins de l'imaginari? (si s'ho prenen com un mètode, relaxament) (si no surt en el seu discurs: ¿Quin paper juguen la sexualitat i el plaer en aquest procés ¿Què dificulta la realització dels desitjos reproductius de les dones?)
3. Implicació dels professionals en el seu rol prescriptor
  - Paper dels professionals socio-sanitaris: Consideren els professionals els desitjos reproductius de les dones quan les atenen? apacitat per modificar conductes (dones que es deixen aconsellar, professionals que s'adapten a les necessitats). Quina

relació s'estableix amb la usuària? Espai que donen en la consulta respecte el tema de la prevenció (si és a petició de la dona i o bé s'avancen a les seves necessitats). Si creuen que són referent, si confien amb

4. Rol de la parella (negociació, implicació)

- Les dones venen soles o en parella? Quina implicació trobeu que hi ha per part dels homes en relació a la gestió dels mètodes anticonceptius?

5. Perfil de les dones (si no surt)

- Creieu que es podrien establir diferents perfils de dones en base a al desig de tenir fills o no i en la gestió dels mètodes anticonceptius (ja sigui pel nivell d'estudis, que tinguin més i menys informació; en relació a tenir parella estable, més o menys informació; per edats, etc.) o cap dona és igual a una altre, és a dir, no es poden agrupar per elements en comú? Quins estereotips hi haurien respecte a les dones i l'ús del mètodes anticonceptius.

⇒ **2n bloc (aproximadament 40 minuts): Maternitat**

**Ronda inicial:** Es demanarà que cadascun dels participants contesti de manera individual a una pregunta introductòria.

Un cop hagin parlat tots els professionals es proposarà la discussió en grup.

↪ **Des de la vostra experiència, com creieu que s'està vivint l'embaràs en l'actualitat?**

Conceptes dels quals cal parlar si no sorgeixen en la conversa i pregunta al respecte:

1. Intencions i desig d'embaràs (significació de la maternitat)

- Tenint en compte que hi ha embarassos no desitjats. Per què es produeixen? Quin significat donen a la maternitat? Quines conseqüències prioritzen?

2. Pors, dificultats i dubtes

- Us fan alguna valoració sobre l'embaràs, les dificultats per dur-lo endavant, pors i dubtes que puguin tenir? Com acostumen a afrontar la por?

3. Rol de la parella (implicació, interès)



- Quina implicació es dona en la parella? Venen a la consulta? Pregunten coses? (distinció entre les dones que volen avortar i les que no)

#### 4. Acompanyament del professional

- Quin paper jugueu vosaltres quan us arriba una dona embarassada? Davant del dubte podeu plantejar opcions, modificar opinions, disminuir por? Acostumeu a preguntar pels seus desitjos de continuar o no continuar amb l'embaràs? Hi ha una atenció diferenciada en cada cas?

#### 5. Perfil de les dones (si no surt)

- Creieu que es podrien establir diferents perfils de dones en la vivència de l'embaràs (per exemple: les dones que ho han planificat venen amb la parella i es mostren més segures, les dones que no han planificat però tenen suport de la parella, les dones que venen amb dubtes sobre si seran bones mares, si tindran suficients recursos econòmics, etc.) o cap dona és igual a una altre, és a dir, no es pot ressaltar cap element en comú?

⇒ **3r bloc (aproximadament 15 minuts): Recursos disponibles/necessaris que tenen/necessiten els professionals socio-sanitaris**

Per finalitzar se'ls demanarà que valorin de manera grupal, els recursos (tan humans, com econòmics, de temps i espai, com formatius) que tenen a l'abast a l'hora d'atendre a les dones. Quines mancances hi ha en relació a les necessitats. De què depèn que es pugui disposar d'aquests recursos

**Annex 5. Indicadors d'IVE a Bèlgica i França. 1993-2003***Annex 5. Taula 1. Taxes específiques d'avortament per edat (‰). França 1993-2002*

	1993	1995	1997	2002
15-19	11,0	11,9	13,7	14,3
20-24	23,3	24,0	24,4	27,6
25-29	22,3	22,1	22,0	22,6
30-34	19,5	19,2	18,9	18,8
35-39	14,4	14,4	14,2	13,4
40-44	6,2	6,3	6,1	5,7
45-49	0,9	0,8	0,5	0,6

Font: elaboració pròpia a partir de les estimacions oficials de l'Institut National d'Études Démographiques de 2005 i dades de l'Institut National de la Statistique et des Études Économiques

*Annex 5. Taula 2. Taxes específiques d'avortament per edat (‰). Bèlgica 1993-2003*

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
15-19	4,3	4,6	5,2	6,0	5,9	6,0	6,7	7,0	7,5	7,2	7,3
20-24	7,6	8,1	8,4	9,4	9,2	9,2	10,0	10,9	11,9	11,6	12,6
25-29	6,5	6,9	7,1	8,2	8,0	7,7	8,2	9,0	10,0	10,2	10,5
30-34	5,3	5,4	5,6	6,4	6,2	6,0	6,3	7,2	7,7	7,9	8,3
35-39	3,6	3,6	3,8	4,2	4,2	4,0	4,3	4,7	4,8	5,0	5,4
40-44	1,1	1,3	1,3	1,5	1,6	1,6	1,5	1,6	1,7	1,8	2,0
45-49	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2	0,1	0,1	0,2	0,2

Font: elaboració pròpia a partir de les dades d'avortament de la Commission National d'Évaluation.

Annex 5. Taula 3. Índex sintètic de fecunditat i d'avortament. França 1990-2004

	<b>IVE per dona</b>	<b>Fills per dona</b>
1990		1,8
1991		1,8
1992		1,7
1993	0,49	1,7
1994	0,49	1,7
1995	0,49	1,7
1996	0,49	1,7
1997	0,50	1,7
1998	0,50	1,8
1999	0,51	1,8
2000	0,51	1,9
2001	0,51	1,9
2002	0,51	1,9
2003	0,51	1,9
2004		1,9

Font: elaboració pròpia a partir de l'estimació oficial del nombre d'avortaments de l'INED el 2005 i dades d'Eurostat, 2006, pel càlcul de les taxes específiques de fecunditat per edat.

Annex 5. Taula 4. Índex sintètic de fecunditat i d'avortament. Bèlgica 1990-2004

	<b>IVE per dona</b>	<b>Fill per dona</b>
1990		1,6
1991		1,7
1992		1,7
1993	0,1	1,6
1994	0,1	1,6
1995	0,2	1,6
1996	0,2	1,6
1997	0,2	1,6
1998	0,2	1,6
1999	0,2	1,6
2000	0,2	1,7
2001	0,2	1,6
2002	0,2	1,6
2003	0,2	1,6
2004		1,6

Font: Elaboració pròpia a partir de les dades d'IVE de l'Informe de la Commission National d'Évaluation, dades de població i naixements de l'Institut National de Statistique i Eurostat.

*Annex 5. Taula 5. Proporció d'embarassos que es resolen amb una IVE per edat. França 1993-2002*

	<b>1993</b>	<b>1995</b>	<b>1997</b>	<b>2002</b>
15-19	58,1	63,0	66,4	64,1
20-24	27,7	30,2	31,8	32,9
25-29	14,9	14,4	14,6	15,0
30-34	17,7	16,1	15,4	13,7
35-39	28,4	26,5	25,0	20,7
40-44	45,0	43,6	40,6	33,2
45-49	65,3	63,2	52,3	50,5

Font: Elaboració pròpia a partir de l'estimació oficial dels avortaments de l'INED l'any 2005; els naixements (per edat de la mare en anys complerts) s'han obtingut d'Eurostat.

*Annex 5. Taula 6. Proporció d'embarassos que es resolen amb una IVE per edat. Bèlgica, 2000-2003*

	<b>2000</b>	<b>2003</b>
15-19	37,7	47,5
20-24	15,1	19,6
25-29	6,4	8,0
30-34	7,1	7,3
35-39	13,1	12,3
40-44	24,4	22,4
45-49	27,5	32,4

Font: Elaboració pròpia a partir de les dades d'IVE de l'Informe de la Commsision National d'Évaluation (2000, 2003) i de naixements vius per edat complerts de la dona d'Eurostat