

Centre d'Estudis Demogràfics

**LA INTERRUPCIÓ VOLUNTÀRIA DE L'EMBARÀS  
A LA CATALUNYA DEL SEGLE XXI**

Laia FERRER-SERRET  
Montserrat SOLSONA

418

*PAPERS  
DE  
DEMOGRAFIA*

2013

UNIVERSITAT AUTÒNOMA DE BARCELONA  
08193 Bellaterra (Barcelona)



**Centre d'Estudis Demogràfics**

**LA INTERRUPCIÓ VOLUNTÀRIA DE L'EMBARÀS  
A LA CATALUNYA DEL SEGLE XXI**

Laia FERRER-SERRET  
MONTSERRAT SOLSONA

**418**

L'article prové de la Tesi Doctoral de Laia Ferrer titulada  
"Lògiques socials i decisions individuals de la interrupció voluntària de  
l'embaràs: Espanya a través d'una perspectiva comparada",  
Tesi dirigida per Montserrat Solsona y  
presentada en el Doctorat en Demografia de la UAB.  
Bellaterra, 20 de desembre de 2012.

**Centre d'Estudis Demogràfics**

**2013**

**Resum.** - *La interrupció voluntària de l'embaràs en la Catalunya del segle XXI*

Es descriu el procés de la interrupció voluntària de l'embaràs (IVE), combinant l'anàlisi quantitativa i qualitativa. En primer lloc, es descriu la pràctica de la IVE a Catalunya en el marc de la salut sexual i reproductiva a l'any 2008; en segon lloc s'estima la incidència de la IVE i s'identifiquen els factors associats a la IVE a Catalunya a partir de les dades del registre d'avortaments; i, finalment, s'analitza el procés de decisió d'IVE a partir del discurs de dones embarassades de 25-34 anys, tenint en compte les diverses etapes del procés (sexualitat, anticoncepció, embaràs, decisió d'IVE, accés al serveis de salut). El diàleg entre les evidències empíriques de la incidència de la IVE i el discurs de les seves protagonistes permet discutir el concepte d'embaràs no desitjat.

**Paraules clau.**- Interrupció voluntària de l'embaràs, gènere, salut, sexualitat, serveis de salut.

**Resumen** - *La interrupción voluntaria del embarazo en la Catalunya del siglo XXI*

Se describe el proceso de la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) combinando el análisis cuantitativo y cualitativo. En primer lugar, se describe la práctica de la IVE en Cataluña en el marco de la salud sexual y reproductiva en el año 2008; en segundo lugar se estima la incidencia de la IVE y se identifican los factores asociados a la IVE en Cataluña a partir de los datos del registro de abortos; y, finalmente, se analiza el proceso de decisión de IVE a partir del discurso de mujeres embarazadas de 25-34 años, teniendo en cuenta las diversas etapas del proceso (sexualidad, anticoncepción, embarazo, decisión de IVE, acceso a los servicios de salud). El diálogo entre las evidencias empíricas de la incidencia de la IVE y el discurso de sus protagonistas permite discutir el concepto de embarazo no deseado.

**Palabras clave.**- Interrupción voluntaria del embarazo, género, salud, sexualidad, servicios de salud.

**Résumé**- *L'interruption volontaire de la grossesse en Catalogne dans le siècle XXI*

Description du processus de l'interruption volontaire de grossesse (IVG) combinant l'analyse quantitative et qualitative. Tout d'abord, on décrit la pratique de l'avortement en Catalogne, dans le contexte de la santé sexuelle et reproductive en 2008; deuxièmement on estime l'incidence de la IVG et on identifie les facteurs associés à l'avortement en Catalogne à partir des statistiques d'IVG et, finalement, on analyse le processus de décision à l'IVG à partir du discours des femmes enceintes âgées de 25-34 ans, en prenant en compte les différentes étapes du processus (la sexualité, la contraception, la grossesse, la décision à l'IVG, l'accès aux système sanitaire). Le dialogue entre les résultats empiriques sur l'incidence de l'IVG et le discours chez les femmes enceintes permet de discuter sur le concept de grossesse non désirée.

**Mots-clés.**- Interruption volontaire de grossesse, genre, santé, sexualité, services sanitaires.

**Summary.-** Induced abortion in Catalonia on XXI century. This paper describes the induced abortion process combining quantitative and qualitative perspectives. First, it describes the abortion practice in Catalonia in the context of sexual and reproductive health system in 2008; secondly, it estimates the incidence of abortion and it identifies factors associated with induced abortion in Catalonia from national abortion register; and finally, it analyzes the abortion decision making process at individual level among pregnant women aged 25-34 years, taking into account the different steps of the process (sex, contraception, pregnancy, decision to undergo an abortion, access to health services). The dialogue between the empirical evidence related to incidence of abortion and the decision making process at individual level lets discuss the concept of unintended pregnancy.

**Keywords.-** Induced abortion, Gender, Health, Sexuality, Health services.

## ÍNDEX

1.- Introducció .....	1
2.- Marc explicatiu per l'estudi de la interrupció voluntària de l'embaràs .....	2
3.- Marc teòric per a l'estudi de la interrupció voluntària de l'embaràs al segle XXI ....	2
4.- Metodologia .....	4
5.- Resultats .....	5
5.1.- La legislació i el sistema de salut sexual i reproductiva a Catalunya .....	5
5.2.- La intensitat de la IVE a Catalunya .....	11
5.3.- Determinants d'una interrupció voluntària de l'embaràs en dones de 25-34 anys .....	14
5.4.- El procés de decisió d'interrompre l'embaràs. Les raons expressades per les dones de 25-34 anys .....	16
6.- Conclusions .....	19
Bibliografia .....	22

## ÍNDEX DE GRÀFICS

1.- Índex Sintètic d'Avortament. Europa, 2008 .....	11
2.- Taxa específica d'avortament per edat. Catalunya i Espanya, 2008 .....	12
3.- Proporció d'embarassos que es resolen amb una IVE per edat. Catalunya i Espanya, 2008 .....	12
4.- Taxes d'avortament per edat segon lloc de naixement. Catalunya, 2008 .....	13

## ÍNDEX DE TAULES

1.- Factors associats a la decisió d'avortar en dones de 25-34 anys. Catalunya, 2008 ...	15
--	----

## **LA INTERRUPCIÓ VOLUNTÀRIA DE L'EMBARÀS A LA CATALUNYA DEL SEGLE XXI**

**Laia FERRER-SERRET**  
lf.serret@gmail.com

**Montserrat SOLSONA**  
msolsona@ced.uab.es

### **1.- Introducció**

Aquesta ponència té per objectiu l'estudi del procés de la interrupció voluntària de l'embaràs (IVE) combinant l'anàlisi quantitativa i l'anàlisi qualitativa. Consta de tres parts: 1) Presentar l'avortament a Catalunya en el marc de la salut sexual i reproductiva l'any 2008; 2) Estimar la incidència de la IVE a Catalunya i identificar els determinants de la decisió en les dones de 25-34 anys a partir de les dades del registre d'avortaments i de naixements l'any 2008 i 3) Analitzar el discurs respecte a la decisió de IVE o no, de dones embarassades de 25 a 34 anys, per comprendre les raons de la decisió, contemplant les diferents etapes del procés (sexualitat, anticoncepció, embaràs, decisió d'IVE, accés al serveis de salut).

Més de 20 anys després de la despenalització de la pràctica de l'avortament voluntari a Catalunya, en un context social que considera la IVE com a últim recurs davant d'un embaràs no desitjat, en la línia del que proposava la Conferència Internacional de Població i Desenvolupament del Caire (United Nations, 1994) i on s'ha establert una estructura sanitària àmplia que contempla la prevenció dels embarassos no desitjats, sense oblidar l'atenció a les dones que volen avortar, les xifres d'IVE no disminueixen.

## **2.- Marc explicatiu per l'estudi de la interrupció voluntària de l'embaràs**

El marc explicatiu de referència per a l'estudi de la IVE considera la IVE com a procés i no com un esdeveniment estàtic i permet articular els diversos factors que estan afectant el procés de decisió individual de la IVE: les lògiques socials. Segons aquesta perspectiva del fenomen, el procés individual d'IVE està format per 5 etapes: a) La sexualitat, b) l'anticoncepció, c) l'embaràs no desitjat d) la decisió d'IVE i e) l'accés al sistema sanitari.

Per estudiar les lògiques explicatives de la pràctica 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, incloent els objectius públics en matèria de salut sexual i reproductiva (SSR). 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 tenien 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 permeten entendre quines lògiques afecten la decisió i, finalment, la pràctica.

## **3.- Marc teòric per a l'estudi de la interrupció voluntària de l'embaràs al segle XXI**

El marc teòric adoptat 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 (Bongaarts, 1978, 105-132), permet considerar l'avortament com a opció de la dona per dur la maternitat "al bon moment" (Bajos, 2002, 1-348), manifestació de les transformacions que viu la societat catalana en el context de canvis socials i culturals que proposa la Segona Transició Demogràfica (Van de Kaa, 1987, 1-57; Lesthaeghe, 1992, 1-52). Es modifiquen les formes familiars i els valors a la maternitat, així com els rols socials de gènere i, així, la maternitat esdevé voluntària (Bajos, 2006, 91-117) o menys obligada (Brullet, 2004, 201-227) que en el passat. Catalunya presenta alguns d'aquests canvis de manera més evident que en altres regions de l'Estat espanyol, 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 patriarcales més dèbils (Solsona, 1997, 171-190).

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... Catalunya, formant part de l'Estat espanyol, 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.

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

L'avortament voluntari en el context català 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 (Ferrer, 2012, 1-363). 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, un embaràs no desitjat es pot –i s'ha definit com un dret– resoldre's amb una IVE.

Les preferències reproductives i les conductes sexual varien en funció de les característiques socioeconòmiques i demogràfiques, especialment de l'edat (Skjeldestad, 1994, 68–73; Bankole et al, 1998, 1-152; Barrett, 1998, 157-63; Torres, Darroch, 1998, 169-176; Törnbom, et al, 1999, 636-641; Kero et al, 2001, 1481-1490; Larsson et al, 2002, 64-71; Shivo et al., 2003, 601-605; Finer et al, 2005, 110-118; Delgado , 2007; Font-Ribera



et al, 2007, 125-135). El context social acabat de dibuixar 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 (Bajos, 2006, 91-117). 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 d'altres 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 elegit per estudiar les raons a una IVE.

#### **4.- Metodologia**

Per assolir els objectius plantejats es combina la metodologia quantitativa i qualitativa. La metodologia qualitativa permet assolir els objectius 1 i 3 de la comunicació:

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 Catalunya (Objectiu 1), les fonts de dades principals han estat els professionals vinculats amb la SSR, informants clau, i la literatura gris que ha permès situar la pràctica de l'avortament en el context social on pren sentit.

Per respondre a l'objectiu 2 de la comunicació s'utilitza metodologia i fonts de dades quantitatives.

El registre d'IVE és la principal font de l'estudi quantitatiu i l'única font exhaustiva del nombre d'avortaments realitzats anualment. Aquesta font permet construir indicadors d'intensitat (taxes específiques d'avortament per edat, índex sintètic d'avortament i proporció d'IVE respecte del total d'embarassos)

Per identificar els factors associats a la decisió d'avortar, la població d'estudi són totes les dones embarassades tant si resolen l'embaràs amb una IVE o un naixement a Catalunya, provinents dels registres oficials de naixements i d'IVE. Es crea una sola base de dades a partir dels dos registres que inclou les variables comunes previ exercici d'homogeneïtzació.

La variable dependent de l'estudi és la forma de resolució de l'embaràs (IVE o part) i Les característiques sociodemogràfiques i reproductives de les dones embarassades que s'han

considerat com variables independents són l'edat (<24, 25-34, >34 anys), el país de naixement (Espanya o estranger), la grandària del lloc de residència (10.000 o menys, 10.000-50.000, >50.000 habitants), el nivell educatiu (primària o menys, secundària i superior), la situació laboral (Actives o altres, estudiant, mestressa de casa), la situació de convivència. L'únic factor reproductiu que s'ha tingut en compte és el nombre de fills anterior a l'actual embaràs (0, 1, 2 o més fills).

Primerament s'ha realitzat una anàlisi descriptiva del conjunt de dones embarassades entre els 25 i els 34 anys. Posteriorment, s'han identificat els determinants a la IVE en el grup de dones adultes-joves a través de models de regressió logística univariades i multivariades estratificada per edat. S'ha calculat les odds ratio (OR) crues i ajustades, amb un interval de confiança del 95% (95% IC). Les variables seleccionades per incloure-les als models multivariats són aquelles que han aparegut associades univariadament ( $p < 0,001$ ).

Per estudiar les raons per decidir interrompre l'embaràs i l'experiència individual (objectiu 3), la principal tècnica qualitativa utilitzada és l'entrevista semiestructurada en profunditat realitzada a dones embarassades de 25-34 anys que resideixen a Catalunya. La informació obtinguda de les entrevistes s'ha complementat i contextualitzat amb la informació de tres grups focals. Un dels quals ha ofert el discurs col·lectiu sobre el valor de la maternitat de dones en el mateix tram d'edat que les dones embarassades, mentre que els altres dos mostren el discurs col·lectiu de professionals socio-sanitaris en contacte amb les dones i el sistema de salut.

## **5.- Resultats**

### **5.1.- La legislació i el sistema de salut sexual i reproductiva a Catalunya**

Catalunya va ser pionera en la despenalització de l'avortament, si bé va durar poc en el temps. Un dels fets històrics més destacables a Espanya va ser el Decret de la Generalitat de Catalunya el 5 de desembre de 1931, 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).

Una experiència que s'evidenciava molt progressista, però que no es va poder implementar vertaderament degut a la curta vigència de la llei. 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.

L'any 2008 –any al que fem referència en aquesta comunicació per contextualitzar la pràctica de la IVE en el marc de la SSR–, l'avortament voluntari es troba inclòs dins del codi penal i la seva pràctica està 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, com França, a Catalunya i en el conjunt de tot l'Estat espanyol es mantenen 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'adiuen amb l'estatus social que ha adquirit la dona dues dècades després. L'emancipació en l'esfera pública i privada que ha aconseguit la dona fa desfasada una llei que no la considera 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, el qual 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, deixa desprotegits als professionals que realitzen IVE i les dones que hi accedeixen l'any 2008.

Tot i que els avortaments són reglamentats per una legislació estatal, cada comunitat autònoma (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, l'any 2008, a tot l'Estat espanyol i això genera desigualtats territorials.

La IVE a Espanya és una prestació del Sistema Nacional de Salut, però l'any 2008 no està garantida l'atenció dins de la xarxa pública. Així, l'objecció de consciència i la manca de protocol·lització del circuits fa que les dones es puguin trobar amb traves abans de poder-se realitzar la IVE.

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 produí un debat polític per modificar la legislació.

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 prioritzava la prevenció d'embarossos 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 de drets sexuals i reproductius, com la que proposava la Conferència Internacional de Població i Desenvolupament del Caire.

Tot i que l'any 2008 la IVE no està assegurada, a la pràctica, dins de la xarxa pública, garantia d'una pràctica segura i d'un accés igualitari a l'avortament, ni forma 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 embarossos 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. El resultat, ha estat un mapa d'accés desigual a tot l'Estat. Fora del sistema públic, la gratuïtat de la pràctica de la IVE depèn de si s'ha establert algun sistema de finançament que cobreixi la intervenció en cada CCAA com s'ha fet a Catalunya.

El sistema sanitari a Catalunya l'any 2008, canalitza ajudes per a la cobertura de la IVE a través del copagament. En el marc del programa d'ajut a la maternitat de l'ONG Salut i Família, s'estableixen convenis amb clíniques privades acreditades de Catalunya d'acord amb un conjunt de criteris entre els quals s'inclou l'establiment d'un preu base menor al de mercat, així com l'acceptació, per part del centre acreditat a participar en la prevenció dels avortaments, col·locant el DIU a les dones que estiguin disposades a utilitzar aquest mètode, també amb subvenció del programa.

A vegades, són les clíniques privades acreditades les que es fan càrrec dels casos de més vulnerables socialment reduint els costos o permetent els pagaments fraccionats a les dones que acudeixen als seus serveis sol·licitant una IVE.

A Catalunya la informació sobre les ajudes es brinda, abans de la modificació de la legislació l'any 2010, de manera selectiva a dones que pertanyen a col·lectius especialment vulnerables, de manera que les dones no sempre saben que aquestes ajudes existien o s'autoexclouen perquè no es consideren prou en risc social.

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 apunten alguns autors (Berer, 2000, 580-592; Peiró et al., 2001 190-194).

Així mateix, el número de centres, les condicions d'accés als serveis i les desigualtats territorials tampoc afecten la xifra final d'avortaments a Catalunya on la prestació està assegurada per llei, però sí que pot afectar l'experiència i el perfil sociodemogràfic de les dones que avorten a cada regió i les característiques medicosanitàries de la pràctica.

Tot i que l'any 2008 a Catalunya són més els centres hospitalaris que realitzen IVE que extrahospitalaris (20 vs 10), el pes de la IVE hospitalària és molt minoritària (2,3% en el conjunt de Catalunya l'any 2008).

D'altres particularitats del sistema d'atenció a la IVE a Catalunya, tot i no ser exclusives de Catalunya, poden afavorir l'arribada de dones d'altres regions del territori i poden suposar, al mateix, un obstacle a la realització de la IVE. Es tracta, sobretot, de la distribució dels centres sanitaris que practiquen avortaments. A Catalunya, la distribució és heterogènia i es concentren majoritàriament a la província de Barcelona i, especialment, a una gran ciutat com Barcelona, obligant que les dones d'altres punts del territori i de zones rurals s'hagin de desplaçar. L'any 2008 el 86,5% d'IVE es realitzen a la província de Barcelona. L'ampli ventall de centres extrahospitalaris 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 (GIE, 2008, 1-278), però, pot suposar un obstacle per determinants perfils de dones vulnerables (joves, dones amb pocs recursos, immigrants...). Ja s'ha apuntat que 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.

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 planificació familiar (GIE, 2008, 1-278). El tipus de centre des del qual s'informa a la dona sobre on pot avortar indica el grau de normalització del circuit dins de la xarxa pública, tot i que després s'hi realitzi o no la pràctica. A Catalunya el 56,2% de dones que avorten el 2008 s'han informat d'on fer-ho en un servei de titularitat pública, per sobre de la mitja espanyola (47,0%).

A Espanya l'any 2008 no hi ha 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 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 dona a l'educació sexual varia entre centres educatius i dins de cada centre, en funció de qui l'imparteix.

No és fins el 1978 que va deixar de considerar-se delictes a l'Estat espanyol, vendre, prescriure, divulgar i oferir qualsevol mètode que evitès 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 IVE. D'altra banda, 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 manca una legislació que contempli la prevenció dels embarassos i les ITS de manera integral.

A Espanya no existeix tampoc 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.

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. A Catalunya hi ha el Programa d'Atenció a la Salut Sexual i Reproductiva vinculat als centres d'atenció primària i dirigit per llevadores molt proper a la usuària.

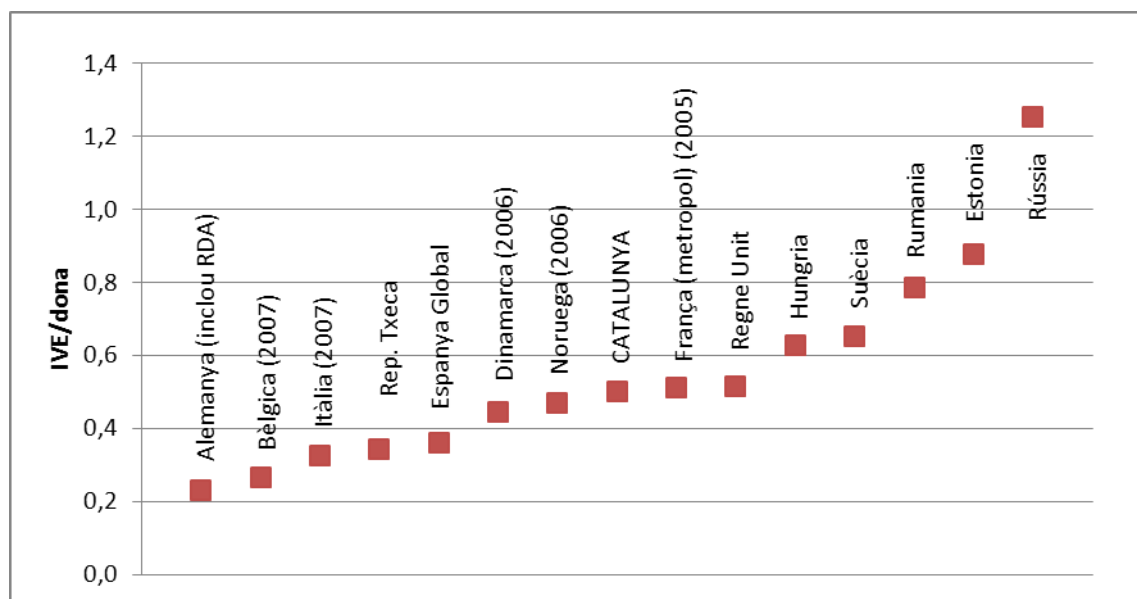
L'any 2008, la informació sobre SSR que es proporciona des dels serveis que depenen de les CCAA no està estandarditzada, així com tampoc ho estan ni el tipus de serveis ni les responsabilitats. Aquesta disgregació i manca d'homogeneïtzació ha suposat, i encara avui, descoordinació i desigualtat d'accés 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.

A Catalunya s'han establert programes específics per grups de població vulnerables. Així el 1991, la Federació de Planificació Familiar Estatal va posar en funcionament tres centres joves, un dels quals a Catalunya, com a recursos específics destinats a la població adolescent, complement de la xarxa sociosanitària de les CCAA i subvencionats pel Ministerio de Asuntos Sociales. Així mateix, el 2008 Catalunya és una de les 10 CCAA que finança l'anticoncepció d'urgència al sistema públic.

## 5.2.- La intensitat de la IVE a Catalunya

Catalunya és la comunitat autònoma amb una de les incidències d'IVE i el nombre d'embarassos que es resolen amb una IVE més altes de tot l'Estat espanyol. Amb un índex sintètic d'avortament, l'any 2008, de 0,50 IVE per dona i se situa en una posició intermèdia en el conjunt europeu (Gràfic 1).

**Gràfic 1.- Índex Sintètic d'Avortament. Europa, 2008**



Font: Registre oficial d'interrupcions voluntàries de l'embaràs i dades de població de l'Idescat a Catalunya i dades d'Eurostat per la resta de països.

Segons el Registre d'interrupcions voluntàries de l'embaràs, l'any 2008 es realitzen 26.932 IVE a Catalunya. Un 13,2% més IVE que l'any anterior. En la darrera dècada, la xifra d'IVE presenta un creixement clarament constant (Ferrer, 2012, 1-363).

El patró per edats l'any 2008, i de manera constant al llarg del temps, mostra intensitats més altes en edats anteriors als 30 anys (Gràfic 2) i s'adiu amb un patró tardà a la maternitat (al voltant dels 31 anys).

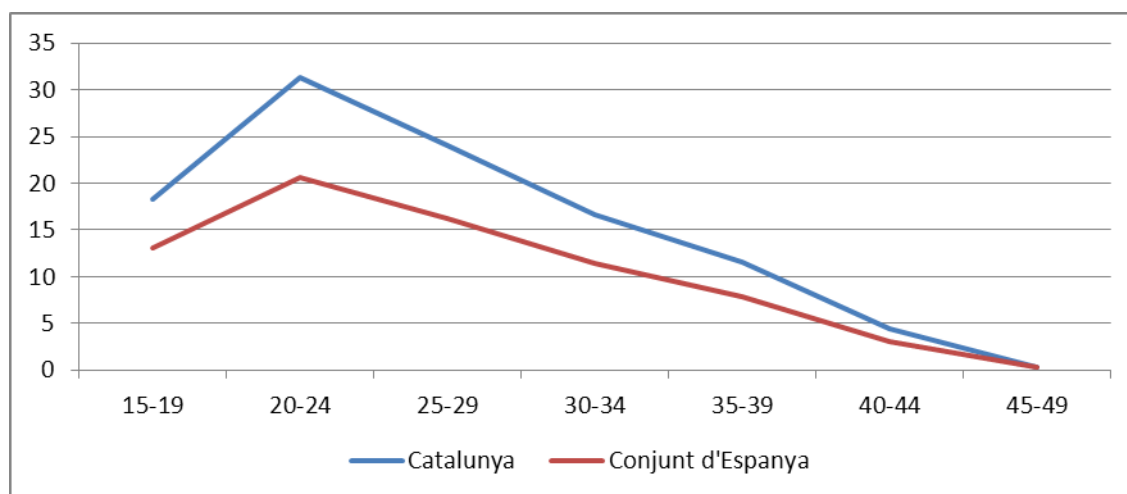
La corba dels embarassos que es resolen amb una IVE per edats, amb forma còncava (Gràfic 3), indica que les edats extremes presenten les xifres més altes d'embarassos no desitjats, especialment altes en les noies adolescents l'any 2008 (59,28%) i, al contrari, les



edats centrals mostren els valors més baixos, són les edats que avorten menys en cas d'embaràs, coincidint amb l'edat a la maternitat.

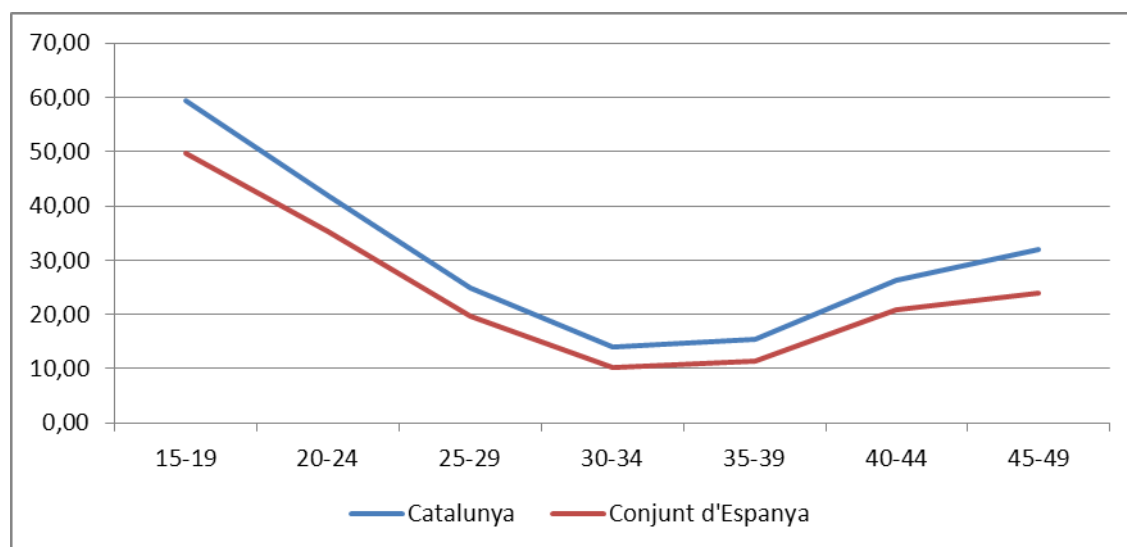
Destaca la intensitat de la IVE en dones residents a Catalunya nascudes fora d'Espanya, sent l'índex sintètic d'avortament de 0,90 IVE per dona respecte el 0,36 IVE per dona en dones nascudes a Catalunya i la resta de l'Estat espanyol (Gràfic 4). Tot i que amb intensitats diferents, el patró d'avortament per edat és similar d'un grup a l'altre.

**Gràfic 2.- Taxa específica d'avortament per edat. Catalunya i Espanya, 2008**

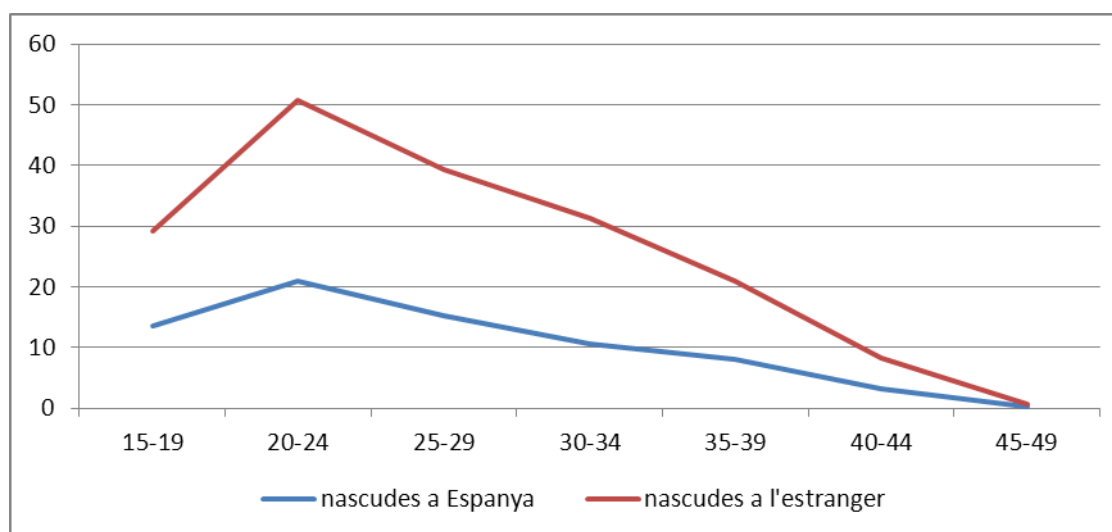


Font: Registre d'IVE i dades de població de l'INE

**Gràfic 3.- Proporció d'embarassos que es resolen amb una IVE per edat. Catalunya i Espanya, 2008**



Font: Registre d'IVE i dades de població de l'INE

**Gràfic 4.- Taxes d'avortament per edat segon lloc de naixement. Catalunya, 2008**

Font: Registre d'IVE i dades de població de l'Idescat

El grup de 20-24 anys és el que presenta una major incidència en ambdós grups, però en dones estrangeres el pic d'aquest és més pronunciat (50,62‰). Es rellevant la conducta del grup adolescent en dones espanyoles, la taxa és gairebé tan alta com la del grup de 25-29 anys i supera les taxes de les dones més grans de 30 anys, mentre que les dones adolescents d'origen estranger, amb una taxa del 29,09%, presenten una intensitat d'avortament inferior a les dones de 35 anys.

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, les que estiguessin contribuint a fer augmentar el risc a l'avortament (Helström et al. 2004, 405-410; Llácer-Gil, 2006, 13-17; Rasch et al. 2008, 144-149; Malmusi, Pérez, 2009, 64-66; Zurriaga et al, 2009, 57-63)

### **5.3.- Determinants d'una interrupció voluntària de l'embaràs en dones de 25-34 anys**

A través de l'anàlisi multivariant s'han comparat les característiques sociodemogràfiques i reproductives de les dones de 25-34 anys que avorten amb les característiques de les dones de la mateixa edat que continuen la gestació fins al part, per identificar els factors associats d'una IVE en aquest grup etari.

Del total de 113.160 embarassos de dones residents a Catalunya dels quals se'n coneix la forma de resolució el 2008, el 58,3% són dones de 25-34 anys. Entre les dones d'aquesta edat, el 79,5% conviuen en parella i el 37,8% estan solteres, el 37,7% han assolit els estudis secundaris i una quarta part (27,7%) els estudis superiors, el 84,8% tenen una situació laboral activa i el 53,9% viuen en ciutats de més de 50.000 habitants, el 54,6% d'aquestes dones no tenen fills previs. Els embarassos en dones estrangeres representen un 32,5% del total en aquesta edat. El perfil de dona embarassada de 25-34 es correspon al perfil del conjunt de dones embarassades.

Del total d'embarassos a Catalunya, un 22,4% es van resoldre amb una IVE i el 77,6% amb un naixement. Tot i que més de  $\frac{3}{4}$  parts dels embarassos en dones de 25-34 anys es resolen en un naixement (71,9%), no és menyspreable el 18,1% d'embarassos que s'interrompen.

Els factors que apareixen associats a la decisió d'avortar en aquest grup d'edat, a nivell univariat, són l'origen estranger, viure en una ciutat mitjana o gran, no conviure amb la parella, ser estudiant, tenir un nivell d'estudis de secundària i haver tingut un o més fills anteriors (Taula 1).

Després d'ajustar el model per totes les variables, els factors que apareixen més associats a una IVE en aquest grup d'edat són la convivència i el nombre de fills previs (Taula 1). Les dones que no conviuen tenen fins a 5,56 vegades més risc d'avortar respecte les que conviuen (95% IC: 5,28-5,85) i tenen 8,15 vegades més risc d'avortar les dones amb dos o més fills anteriors respecte les que no en tenen cap (95% IC: 7,61-8,73). Els altres factors de risc a una IVE són el país d'origen de la dona, que suposa 1,85 vegades més risc d'avortar (95% IC: 2,71-3,00), ser estudiant, haver assolit la secundària i viure en ciutats mitjanes o grans.

L'associació del nivell educatiu i la forma de resoldre l'embaràs es posa en funció de la cohabitació i del país de naixement de la dona. Per mesurar aquesta associació dins del

model multivariant s'ha inclòs la interacció que es produeix entre el nivell d'estudis i la cohabitació, d'una banda, i el nivell d'estudis i el país d'origen, de l'altra (Taula 1). Hi ha risc d'avortament en dones amb estudis superiors quan aquesta no conviu amb la seva parella o quan es d'origen estranger i, en canvi, no observem aquest risc quan la dona conviu amb la seva parella o és d'origen espanyol.

**Taula 1. Factors associats a la decisió d'avortar en dones de 25-34 anys. Catalunya, 2008**

Model de regressió logística (*odds ratio crues i ajustades i interval de confiança al 95%*)

	N	%	OR	95% CI	ORa	95% CI
<b>País de naixement</b>						
Espanya	44.158	12,7	ref			
Fora d'Espanya	21.269	29,5	2,86	(2,75-2,98)		
<b>Mida de la població de residència</b>						
<=10.000 hab	11.362	11,6	ref		ref	
10.001-50.000 hab	18.991	14	1,24	(1,16-1,33)	1,12	(1,04-1,22)
>50.000 hab	35.441	22,3	2,19	(2,06-2,34)	1,90	(1,77-2,05)
<b>Nivell educatiu</b>						
Primària o menys	21.654	15,4	ref			
secundària	23.650	28,1	2,14	(2,05-2,24)		
Superior	17.366	10,8	0,67	(0,63-0,71)		
<b>Situació laboral</b>						
Acties i altres*	55.847	18,5	ref		ref	
Estudiant	540	41,1	3,08	(2,59-3,66)	2,33	(1,91-2,85)
mestressa de casa	9.438	14,5	0,75	(0,70-0,80)	0,36	(0,41-,47)
<b>Convivència</b>						
Sí	52.311	12,9			ref	
No	13.452	37,8	4,11	(3,93-4,29)	5,56	(5,28-5,85)
<b>Nombre fills anteriors</b>						
0	35.940	12,8	ref		ref	
1	21.983	16,8	1,37	(1,31-1,44)	1,66	(1,57-1,75)
2 o +	7.902	45,7	5,72	(5,42-6,04)	8,15	(7,61-8,73)
	N	%	OR	95% CI	ORa	95% CI
<b>Convivència * nivell educatiu</b>						
Conviure i primària o menys	17.004	13,06			ref	
No conviure i secundaris	5.087	55,10			1,57	(1,40-1,75)
No conviure i superiors	2.531	36,39			2,79	(2,42-3,21)
<b>País d'origen * nivell educatiu</b>						
espanyola i primària o menys	11.521	10,62			ref	
estrangera i secundaris	6.719	51,35			2,07	(1,85-2,30)
estrangera i superiors	2.674	25,43			2,14	(1,84-2,47)

\* *altres* inclou pensionista i informació que no ha pogut ser classificada.

Finalment, els indicadors demogràfics i l'estudi quantitatiu dels factors de risc a una IVE mostren la realitat de l'avortament a Catalunya, 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.

#### **5.4.- El procés de decisió d'interrompre l'embaràs. Les raons expressades per les dones de 25-34 anys**

A través dels discursos de les mateixes dones embarassades i el discurs col·lectiu d'agents clau com els professionals sanitaris s'ha explorat el procés de decisió a la IVE. Aquí es presenten els factors que han aparegut més estructurants de la decisió en el grup de dones de la franja d'edat de 25-34 anys: La relació de parella, l'edat, la situació laboral o econòmica, la situació material i la xarxa social. El factor amb més pes, però, 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.

*“en vez de una alegría lo contrario, no, no me apetece ahora tener un niño/.../me quiero esperar dos años más a que yo de verdad esté preparada, ahora no creo yo que...tengo otras cosas antes/.../una serie de cosas que tenemos pendientes que cuando las hagamos entonces sí”* (Mònica, 25 anys).

*“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, 32 anys).

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.

*“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 venta i no... no ha vingut ningú a veure'l... Seria problema econòmic, eh, més que res, seria problema econòmic...”* (Rosa, 32 anys).

*“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, 29 anys).

L'edat, la situació laboral, 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.

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.

*"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, 32 anys).

*"...I almenys tenir les ganes aquestes de voler tenir un fill, tenir aquesta il·lusió de tenir-lo junts"* (Paula, 25 anys).

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.

*"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*" (Ivet, 27 anys, parella no estable- amic).

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 tramair 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 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.

Quan es produeix un embaràs no desitjat, per decidir la forma de resolució, no es tracta que la dona de 25-34 anys compleixi les condicions que elles consideraven necessàries per planificar l'embaràs, 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.

*"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).

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 dependent 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 ens remetent a la dificultat d'oferir al fill unes bones condicions de vida i poder-lo cuidar autònomament si no hi ha parella i, conseqüentment, 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.

## **6.- Conclusions**

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 s'han revelat determinants, a l'estudi quantitatiu, per decidir avortar en dones de 25-34 anys. Aquest resultat suggereix la importància que dóna la dona d'aquesta edat a poder compartir el projecte parental i la responsabilitat de la cura d'un fill nascut. Finalment l'estudi quantitatiu de la IVE apunta cap a possibles lògiques socials i individuals per explicar perquè el nombre d'IVE no disminueix en el nostre context. Els indicadors demogràfics i l'estudi quantitatiu dels factors de risc a una IVE mostren una part del l'explicació del fenomen de la IVE a Catalunya, 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.



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.

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 frontera 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. 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.

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.

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.

## **Bibliografia:**

BAJOS, N.; FERRAND, M.; Équip GINE (2002). *De la contraception à l'avortement. Sociologie des grossesses non prévues*. Paris: Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM).

BAJOS, N.; FERRAND, M. (2006). "L'interruption volontaire de grossesse et la recomposition de la norme procréative". *Sociétés Contemporaines*, 61, pp. 91-117.

BANKOLE, A.; SINGH, S.; HAAS, T. (1998). "Reason by women have induced abortion: evidence for 27 countries". *International Family Planning Perspectives*, 23 (3), pp.1-152.

BARRETT, G.; PEACOCK, J.; VICTOR, C.R. (1998). "Are Women who Have Abortions Different From Those who Do not?" *Secondary Analysis of the 1990 National Survey of Sexual Attitudes and Lifestyles*. *Public Health*, 112 (3), pp. 157-63.

BERER, M. (2000). "Making abortions safe: a matter of good public health policy and practice". *Bulletin World Health Organisation*, 78 (5), pp. 580-592.

BONGAARTS, J. A. (1978). "Framework for Analyzing the Proximate Determinants of Fertility". *Population Development Review*, 14, pp. 105-132.

BRULLET, C. (2004). "La maternidad en Occidente y sus condiciones de posibilidad en el Siglo XXI". CONCHA, A.; OSBORNE, R. (Coord.). *Las mujeres y los niños primero: discursos de la maternidad*. Madrid: Icaria, pp. 201-227.

DELGADO, M.; BARRIOS, L. (2007). *Determinantes sociales de la interrupción del embarazo en España*. 236. Madrid: Centro de Investigaciones Científicas.

FERRER, L. (2012). *Lògiques socials i decisions individuals de la interrupció voluntària de l'embaràs: Espanya a través d'una perspectiva comparada*. Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona.

FINER, L.; FROHWIRTH, L.; DAUPHINEE, L.; SINGH, S.; MOORE, A. (2005). "Reasons why US women have abortions: Quantitative and qualitative perspectives". *Perspectives on sexual and Reproductive Health*, 3 (37), pp. 110-118.

FONT-RIBERA, L.; PÉREZ, G.; SALVADOR, J.; BORRELL, C. (2007). "Socioeconomic inequalities in unintended pregnancy and abortion decision". *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy Medicine*, 1 (85), pp. 125-135.

Grupo de Interés Español en Población, Desarrollo y Salud Reproductiva-GIE (2008). *Acceso al aborto en el estado español. Un mapa de inequidad*. Madrid.

HELSTROM, L.; ODLIND, V.; ZATTERSTROM, C.; JOHANSSON, M.; GRANATH, F.; CORREIA, N. et al. (2003). "Abortion rate and contraceptive practices in immigrant and native women in Sweden". *Scandinavian Journal of Public Health*, 31 (6), pp. 405-410.

KERO, A.; HÖGBERG, U.; JACOBSSON, L.; LALOS, A. (2001). "Legal abortion: a painful necessity". *Social Science and Medicine*, 53 (11), pp. 1481-1490.

LARSSON, M.; ANEBLOM, G.; ODLIND, V.; TYDEN T. (2002). "Reasons for Pregnancy Termination, Contraceptive Habits and Contraceptive Failure Among Swedish

Women Requesting an Early Pregnancy Termination”. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, 81 (1), pp. 64-71.

LESTHAEGHE R. (1992) “The Second Demographic Transition in Western Countries: An Interpretation”. *Working Papers*, pp.1-52.

LLÁCER-GIL DE RAMALES, A.; MORALES MARTÍN, C.; CASTILLO RODRÍGUEZ, S.; MAZARRASA ALVEAR, L.; MARTÍNEZ BLANCO, ML. (2006). “El aborto en las mujeres inmigrantes. Una perspectiva desde los profesionales sociosanitarios que atienden la demanda en Madrid”. *Index Enfermería*, 15 (55), pp. 13-17.

MALMUSI, D.; PÉREZ, G. (2009). “Induced abortion in immigrant women in a urban setting”. *Gaceta Sanitaria*, 23 Supl. 1, pp. 64-66.

SHIVO, S.; BAJOS, N.; DUCOT, B.; KAMINSKI, M.; THE COCON GROUP (2003). “Women’s life cycle and abortion decision in unintended pregnancies”. *Journal of Epidemiology and Community Health Care*, 57 (8), pp. 601-605.

SOLSONA, M. (1997). “The Second Demographic Transition from a Gender Perspective: The Case of Catalonia”. COSÍO, E. (Ed.). *Women and families: evolution of the status of women as factor and consequence of changes in family dynamics*. Paris: CICRED, pp. 171-190.

TORRES, A.; DARROCH, J. (1998). “Why do women have abortions?”. *Family planning perspectives*, 20 (4), pp. 169-176

PEIRÓ, R.; COLOMER, C.; ÁLVAREZ-DARDET, C.; ASHTON, JR. (2001). “Does the liberalisation of abortion laws increase the number of abortions? The cas study of Spain”. *European Journal of Public Health*, 11, pp. 190-194

RASCH, V.; GAMMELTOFT, T.; KNUDSEN, L. B.; TOBIASSEN, C.; GINZEL, A.; KEMPF, L. (2008). “Induced abortion in Denmark: Effect of socio-economic situation and country of birth”. *European Journal of Public Health*, 18 (2), pp. 144-149.

SKJELDESTAD, F.E. (1994). “When pregnant-Why induced abortion?”. *Scandinavian Journal Social Medicine*, 22, pp. 68-73.

TÖRNBOM, M.; INGELHAMMAR, E.; LILJA, H.; SVANBERG, B.; MÖLLER, A. (1999). “Decision-making about unwanted pregnancy”. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, 78 (7), pp. 636-41.

UNITED NATIONS (UN). *Programme of Action of the International Conference on Population and Development*. New York: UN; 1994 (On line, consulta: 03.10.2006, <http://www.unfpa.org/public/home/sitemap/icpd/International-Conference-on-Population-and-Development/ICPD-Programme>

VAN DE KAA, D. (1987). “Europe’s Second Demographic Transition”. *Population Bulletin*, 42 (9), pp. 1-57.

ZURRIAGA, O.; MARTÍNEZ-BENEITO, MA.; GALMÉS TRUYOLS, A.; TORNE, MM.; BOSCH, S.; BOSSER, R. et al. (2009). “Recourse to induced abortion in Spain: profiling of users and the influence of migrant populations”. *Gaceta Sanitaria*, 23 Supl. 1 (1), pp. 57-63.